

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI  
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

# **DIPLOMOVÁ PRÁCE**

**2019**

**Bc. Eliška Baumruková**

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetrovatelství N5341

**Bc. Eliška Baumruková**

Studijní obor: Ošetrovatelská péče v chirurgických oborech 5341T015

Kombinovaná forma studia

**VYUŽITÍ KONCEPTU BAZÁLNÍ STIMULACE  
V INTENZIVNÍ PÉČI**

**Diplomová práce**

Vedoucí práce: MUDr. Alexandra Žídková, Ph.D.

PLZEŇ 2019

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI  
Fakulta zdravotnických studií  
Akademický rok: 2018/2019

## ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Eliška BAUMRUKOVÁ**  
Osobní číslo: **Z17N0020K**  
Studijní program: **N5341 Ošetřovatelství**  
Studijní obor: **Ošetřovatelská péče v chirurgických oborech**  
Název tématu: **Využití konceptu bazální stimulace v intenzivní péči**  
Zadávací katedra: **Katedra ošetřovatelství a porodní asistence**

### Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

- Zpracovat seznam odborné literatury na vybrané téma.
- Stanovit cíl kvalifikační práce.
- Zpracovat teoretickou a praktickou část práce dle požadavků FZS.
- Popsat metodiku praktické části.
- Vypracovat diskuzi a závěr kvalifikační práce.
- Dodržet formální úpravu kvalifikační práce dle požadavků FZS.
- Dodržet citační normu.
- Dodržet předepsaný minimální počet konzultací s vedoucím práce.

Rozsah grafických prací:

Rozsah kvalifikační práce:

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

Seznam odborné literatury:

- **FRIEDLOVÁ, Karolína.** Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči. Praha: Grada, 2007. 168 s. ISBN 978-80-247-1314-4.
- **FRIEDLOVÁ, Karolína.** Bazální stimulace pro pečující, terapeuty, logopedy a speciální pedagogy: praktická příručka pro pracující v sociálních službách, dlouhodobé péči a ve speciálních školách. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2015. 202 s. ISBN 978-80-904668-9-0.
- **ČÁPOVÁ, Jarmila.** Terapeutický koncept "Bazální programy a podprogramy". Ostrava: Repronis, 2008. 119 s. ISBN 978-80-7329-180-8.
- **BARTOŠ, Aleš a kol.** Diagnostika poruch vědomí v klinické praxi. V Praze: Karolinum, 2004. 238 s. ISBN 80-246-0921-5.
- **FRÖHLICH, Andreas.** Bazale stimulation in der Pflege, die Grundlagen. Leipzig: Kallmeyersche Verlagsbuchhaltung GmbH, 2003. ISBN 3-780040018.

Vedoucí diplomové práce:

**MUDr. Alexandra Žídková, Ph.D.**

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Datum zadání diplomové práce:

**31. ledna 2018**

Termín odevzdání diplomové práce:

**29. března 2019**



PhDr. Lukáš Štich  
děkan



PhDr. Mgr. Jitka Krocová  
vedoucí katedry

V Plzni dne 1. února 2019

### **Prohlášení**

*Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně. Veškeré použité literární prameny a odborné zdroje jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.*

V Plzni dne 25. 3. 2019

.....

vlastnoruční podpis

## **Poděkování**

*Touto cestou bych ráda poděkovala své vedoucí diplomové práce MUDr. Alexandře Žídkové, Ph.D. za ochotu, cenné rady a čas, který mi věnovala při zpracování diplomové práce. Dále děkuji všem respondentům, kteří se zúčastnili výzkumného šetření na jejich pracovišti. Velmi děkuji svému příteli a své rodině za trpělivost a podporu při studiu.*

## **ANOTACE**

Příjmení a jméno: Baumruková Eliška, Bc.

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Využití konceptu Bazální stimulace v intenzivní péči

Vedoucí práce: MUDr. Alexandra Žídková, Ph.D.

Počet stran: číslované – 113, nečíslované – 34

Počet příloh: 9

Počet titulů použité literatury: 42

Klíčová slova: Bazální stimulace, intenzivní péče, poruchy vědomí, vnímání, pohyb, komunikace, potřeby

Souhrn: Diplomová práce je zaměřena na využití konceptu Bazální stimulace v intenzivní péči. Konkrétně se zabývá aspekty, které ovlivňují integraci tohoto konceptu do praxe. Teoretická část se zabývá základními poznatky a principy konceptu Bazální stimulace. Pojednává o vzniku a vývoji tohoto konceptu u nás i ve světě a zabývá se jeho uplatněním v intenzivní péči. Dále také popisuje jednotlivé metody Bazální stimulace, jejich aplikaci do ošetrovatelské péče a charakterizuje význam rodiny jako nedílnou součást bazálně stimulující péče, včetně přístupu zdravotnického personálu k nejbližším příbuzným. V empirické části diplomové práce jsou zpracovány výsledky získané kvantitativní výzkumnou metodou. Standardizovaný anonymní dotazník byl určen pro nelékařský zdravotnický personál pracující na anesteziologicko – resuscitačních pracovištích a pracovištích následné intenzivní péče. Hlavním cílem je posoudit aspekty ovlivňující integraci konceptu Bazální stimulace do praxe a vytvořit edukační materiál ve formě webových stránek, které jsou určené pro nelékařské zdravotnické pracovníky.

## **ANNOTATION**

Surname and name: Baumruková Eliška, Bc.

Department: Nursing and Midwifery

Title of thesis: The Use of The Basal Stimulation Concept in Intensive Care

Consultant: MUDr. Alexandra Židková, Ph.D.

Number of pages: numbered – 113, unnumbered – 34

Number of appendices: 9

Number of literature items used: 42

Keywords: basal stimulation, intensive care, disorders of consciousness, perception, movement, communication, needs

Summary: This thesis focuses on applying the concept of basal stimulation in intensive care. Specifically, it deals with the aspects of integrating this concept in clinical practice. The theoretical part discusses the basic findings and principles of the concept of basal stimulation. It reviews the origins and developments of this concept in the Czech Republic and abroad and discusses its application in intensive care. It also describes the individual methods of basal stimulation, their application in nursing care and points out the role of the family as an integral part of basal stimulation care, including how medical staff should approach close relatives. The empirical part of the thesis includes the results of the quantitative research conducted. A standardised anonymous questionnaire was completed by non-medical healthcare professionals working in anaesthesiology-resuscitation units and chronic intensive care departments. The main aim was to evaluate the aspects that affect the integration of the basal stimulation concept within clinical practice and to create educational materials in the form of a website targeting non-medical healthcare professionals.



# OBSAH

ÚVOD.....	11
1 KONCEPT BAZÁLNÍ STIMULACE .....	13
1.1 Prvky konceptu bazální stimulace .....	13
1.1.1 Význam vnímání v konceptu bazální stimulace.....	13
1.1.2 Význam pohybu v konceptu bazální stimulace.....	15
1.1.3 Význam komunikace v konceptu bazální stimulace .....	15
1.2 Principy a aspekty konceptu bazální stimulace .....	16
1.3 Cíle konceptu bazální stimulace .....	17
1.4 Metody bazální stimulace .....	18
1.5 Desatero bazální stimulace .....	19
1.6 Biografická anamnéza.....	19
2 HISTORIE A VÝVOJ KONCEPTU BAZÁLNÍ STIMULACE .....	21
2.1 Vznik konceptu bazální stimulace .....	21
2.2 Současná situace .....	22
2.3 Vývoj konceptu bazální stimulace v České republice .....	22
3 KONCEPT BAZÁLNÍ STIMULACE V INTENZIVNÍ PÉČI.....	24
3.1 Uplatnění konceptu bazální stimulace v intenzivní péči.....	24
3.2 Vědomí.....	25
3.2.1 Poruchy vědomí.....	25
3.2.2 Vnímání v bezvědomí .....	26
3.3 Potřeby pacientů v intenzivní péči.....	27
4 METODY ZÁKLADNÍ STIMULACE .....	28
4.1 Somatická stimulace .....	28
4.1.1 Iniciální dotek.....	29
4.1.2 Somatická stimulace zklidňující.....	29
4.1.3 Somatická stimulace povzbuzující .....	30
4.1.4 Neurofyziologická stimulace.....	31
4.1.5 Symetrická stimulace .....	32
4.1.6 Rozvíjející stimulace .....	32
4.1.7 Diametrální stimulace .....	32
4.1.8 Polohování.....	33
4.1.9 Masáž stimulující dýchání.....	34
4.2 Vestibulární stimulace .....	35
4.3 Vibrační stimulace .....	36

5 METODY NÁSTAVBOVÉ STIMULACE .....	38
5.1 Optická stimulace .....	38
5.2 Auditivní stimulace .....	39
5.3 Orální stimulace .....	40
5.4 Olfaktorická stimulace .....	41
5.5 Taktilně – haptická stimulace .....	41
6 RODINA JAKO SOUČÁST OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE .....	43
6.1 Rodina a terapeutický tým .....	43
6.2 Model zpracování krizové situace podle Eriky Schuchart .....	44
6.3 Komunikace a spolupráce s rodinnými příslušníky .....	45
7 FORMULACE PROBLÉMU .....	47
8 CÍL/DÍLČÍ CÍLE PRÁCE .....	48
9 FORMULACE HYPOTÉZ .....	48
10 METODOLOGIE VÝZKUMU .....	49
11 VZOREK RESPONDENTŮ .....	50
12 PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ .....	51
12.1 Základní demografické údaje respondentů .....	52
12.2 Znalosti nelékařského zdravotnického personálu o konceptu Bazální stimulace ....	61
12.3 Vedení záznamů a dokumentace o Bazální stimulaci .....	77
12.4 Proškolení NELZP certifikovanými kurzy .....	85
12.5 Zapojování příbuzných pacienta do ošetrovatelské péče v rámci konceptu Bazální stimulace .....	93
13 TESTOVÁNÍ HYPOTÉZ .....	101
13.1 Hypotéza č. 1 .....	102
13.2 Hypotéza č. 2 .....	104
13.3 Hypotéza č. 3 .....	106
13.4 Hypotéza č. 4 .....	107
14 DISKUZE .....	110
ZÁVĚR .....	122
LITERATURA A PRAMENY .....	124
SEZNAM ZKRATEK .....	128
SEZNAM TABULEK .....	129
SEZNAM GRAFŮ .....	131
SEZNAM PŘÍLOH .....	132

## ÚVOD

*„Slepý může jít, ale nenajde cestu. Chromý zná cestu, ale nemůže jít. Teprve až slepý vezme chromého na ramena, mohou se společně vydat na cestu. Bazální stimulace znamená jít společnou cestou.“*

*Nydahl 1999, Vorwort*

Současné ošetrovatelství, jako samostatný vědní obor, nahlíží na každého člověka jako na jedinečnou a neopakovatelnou bytost s vlastními zážitky, způsobem komunikace, chování, jednání a myšlení. Mimo jiné také zohledňuje jeho tělesné, psychické, sociální, duchovní a kognitivní potřeby. Tato jedinečnost a individualita je pomocí Bazální stimulace ruku v ruce podporována s vykonáváním jednotlivých výkonů v povolání sestry. Bazální stimulaci nelze vnímat jako zázrak, kdy lusknutím prstů postavíme pacienta v kómatu na nohy během pár dní, ale jako ucelený komplex metod, který nemocnému přináší naději na zlepšení a navozuje u něj příjemné pocity. Koncept Bazální stimulace však není přínosem pouze pro nemocného, ale i pro ošetrující personál a nejbližší příbuzné pacientů. Právě rodina bývá často frustrována pocitem, že svému blízkému nemohou nijak pomoci, a že jediné co jim zbývá, je spoléhat se na činnost zdravotníků. Díky Bazální stimulaci se však příbuzní mohou přímo podílet na ošetrovatelské péči a být tak významným zdrojem psychických sil pro svoji milovanou osobu.

Koncept Bazální stimulace je pro mnohé zdravotníky stále novým či neznámým konceptem, pro jiné je však již nedílnou součástí ošetrovatelské péče. V posledních letech je koncept stále oblíbenější a vzrůstá i řada pracovišť, která se s tímto konceptem snaží pracovat. Bazální stimulace nepředstavuje pro zdravotnická zařízení žádnou finanční zátěž a ani není při její aplikaci zapotřebí žádných speciálních pomůcek či přístrojů. Jediné, co vyžaduje, je vyškolený personál, lidský přístup, porozumění a vzájemnou spolupráci celého týmu a rodiny nemocného. Celá řada zdravotníků, ať již lékařů či sester, tímto konceptem často pohrdá a považuje jej za nesmysl. Nikdo z nás však předem nemůže vědět, jaký podnět ze zevního prostředí způsobí, že zdravá mozková tkáň převezme funkci poškozené tkáně.

Problematika Bazální stimulace je mi velmi blízká, a proto jsem se rozhodla tento poměrně nový směr ošetrovatelské péče prozkoumat hlouběji. Již mnohokrát jsem na vlastní oči mohla vidět, jak koncept Bazální stimulace utišil bolest nemocného, navodil

zklidnění a vedl k nabytí jeho vědomí. Při své každodenní práci se pravidelně snažím tento koncept integrovat do ošetrovatelské péče, ve které má již své nezastupitelné místo. Rešerše k danému tématu, kterým se zabývám, je uvedena v příloze diplomové práce.

Teoretická část diplomové práce se zabývá základními principy a východisky konceptu Bazální stimulace. Pojednává o jeho historii, představuje nejvýznamnější osobnosti, které se této problematice věnovali a popisuje jednotlivé metody a prvky Bazální stimulace. Dále definuje rodinu a její význam v ošetrovatelské péči. V empirické části jsou prostřednictvím kvantitativní výzkumné metody zjišťovány aspekty, které ovlivňují integraci tohoto konceptu do praxe na pracovištích intenzivní péče. Konkrétně jsou ověřovány znalosti nelékařských zdravotnických pracovníků o konceptu Bazální stimulace, jejich účast na některém z certifikovaných kurzů, způsob vedení záznamů o bazálně stimulující péči a také způsob zapojování rodinných příslušníků do ošetrovatelské péče.

# 1 KONCEPT BAZÁLNÍ STIMULACE

Bazální stimulace je komunikační, interakční a vývoj podporující stimulační koncept, který přinesl do ošetrovatelství zcela nový rozměr péče. Vede k podpoře lidského vnímání v nejzákladnější, tj. v bazální rovině. Je zaměřen na všechny oblasti lidských potřeb a přizpůsobuje se věku a stavu pacienta. Koncept vychází z poznatků celé řady vědeckých oborů. Zejména z anatomie, fyziologie, neurologie, ošetrovatelství, psychologie a pedagogiky (Friedlová, 2009, s. 4; Friedlová, 2007, s. 19).

## 1.1 Prvky konceptu Bazální stimulace

Koncept Bazální stimulace podporuje lidské vnímání prostřednictvím smyslových vjemů, což vede ke stimulaci organismu lépe vnímat sebe sama a své okolí. Pouze v případě, že pacient dokáže v dané chvíli vnímat své tělo, je schopen vnímat i své okolí díky využití vhodného komunikačního kanálu. Lidský mozek je schopen uchovávat vzpomínky a životní návyky v paměťových drahách. Cílená stimulace umožňuje znovu aktivovat činnost mozku, přispívá k regeneraci paměťových stop a mimo jiné se podílí na vzniku nových dendritických spojení v mozku. Vývoj smyslového vnímání probíhá již v embryonální fázi života a v průběhu celého života má nenahraditelný význam. Vnímání je předpokladem naučit se komunikovat a pohybovat. Mezi základní prvky bazální stimulace, které jsou úzce propojeny a navzájem se ovlivňují, patří vnímání, pohyb a komunikace (Friedlová, 2018, s. 2; Friedlová, 2007, s. 19).

### 1.1.1 Význam vnímání v konceptu Bazální stimulace

Kaňovský (2007, s. 123) definuje lidské vědomí jako „stav plného uvědomování se vlastního ega i okolí, včetně adekvátních reakcí na vnější i vnitřní podněty.“ Nervový systém má schopnost plasticity, která je významná pro kompenzaci poškozené části CNS. S přibývajícím věkem schopnost plasticity klesá. Znovunabytí funkcí poškozené CNS je možné prostřednictvím cílené stimulace paměťových stop. Základní podmínkou je ovšem dostatek podnětů (stimulů), které působí na neuron. Působení podnětu se označuje jako stimulace (dráždění). Podnět představuje energii, která v místě působení podnětu vyvolá vzruch. Vstupním místem pro přenos informací je receptor, jehož úkolem je přijímat a zpracovávat informace. Podnět je následně veden axonem a synapsí na výkonný orgán (Friedlová, 2015, s. 34).

Již v prenatálním období člověka postupně dochází k utváření primárních druhů vnímání, od kterých jsou následně odvozeny jednotlivé techniky Bazální stimulace. Dle vědeckých poznatků dochází nejprve k vývoji somatických, vestibulárních a vibračních podnětů. Tyto tři druhy vnímání představují základ pocitu jistoty a bezpečí (Friedlová, 2018, s. 2).

Již na konci druhého měsíce prenatálního období dochází k vývoji somatického vnímání, které poskytuje informace o našem těle. „*Vývoj pohybu a vnímání spolu úzce souvisí.*“ (Friedlová, 2007, s. 20). Schopnost se pohybovat je patrná od konce 6. týdne nitroděložního vývoje. Vnímání vibrací vzniká časně, společně s vývojem kůže a svaloviny. Poskytuje informace o intenzitě vibrací, např. vibrace při mluvení. Lidé se sníženou sluchovou percepcí mají silně vyvinuté vnímání vibrací, které jsou rytmické (tzv. auditivně – rytmické vnímání). Vestibulární vnímání, tedy schopnost vnímat změnu polohy, je spojeno s vývojem vestibulárního aparátu. Schopnost cíleně zaujmout a fixovat svou polohu je plod schopen od 16. týdne nitroděložního vývoje. Orální a olfaktorická stimulace je patrná již v časném období prenatálního vývoje. V posledním trimestru pije plod amniovou tekutinu. Bylo prokázáno, že má částečně vyvinutý smysl chuti, a že je schopno pamatovat si chuťové vjemy. Po narození dozrává schopnost cítit vůně a pachy. Třetí až čtvrtý měsíc před narozením je vyvinuto auditivní vnímání. Plod vnímá nejen zvuky zevního prostředí, ale také zvuky vznikající v těle matky. Taktilní vnímání pomáhá plodu se uklidňovat, sání prstů je patrné od 24. týdne prenatálního vývoje. Schopnost zrakové percepcce dozrává až po narození (Friedlová, 2007, s. 20; Friedlová, 2009, s. 17).

„*Trvalý přísun podnětů je nezbytný předpoklad pro vývoj každého jedince a jejich nedostatek vede nejen k deficitům vývoje inteligence, ale také schopností percepcce, pohybu, ale také vývoje emocionálního, rozvoje sociálních vztahů atd.*“ (Zikl, 2014, s. 119). Člověk je schopen poznat sebe sama a své okolí prostřednictvím veškerých smyslů, pokud nejsou poškozeny. V případě deficitu kteréhokoli smyslu dochází ke změně vnímání sebe sama a svého okolí. Základem účinné stimulace vnímání je formulace reálných cílů a sestavení ošetřovatelského plánu. Naprosto nezbytné je získání kvalitní autobiografické anamnézy a integrace nejbližších příbuzných do ošetřovatelské péče o pacienta (Zikl, 2014, s. 119; Friedlová, 2007, s. 24).

### **1.1.2 Význam pohybu v konceptu Bazální stimulace**

Pohyb patří mezi základní potřeby všech živých organismů a je nezbytný pro zajištění chůze, udržení polohy těla a uspokojení základních potřeb. Vlastnímu pohybu předchází myšlenka na pohyb, což svědčí pro úzké propojení vnímání a pohybu. Pohyb je však úzce spojený i s komunikací a jinými psychickými procesy. Má nezastupitelný význam pro vnímání svého těla i okolí (Friedlová, 2015, s. 34).

*„Omezení pohybu zásadně snižuje množství podnětů a méně vjemů má za následek podnětovou a senzoryckou deprivaci, sekundární poškození intelektu na základě této deprivace, nedostatečný vznik nových dendritických spojení, narušení vývoje mozku apod.“* (Zikl, 2014, s. 118). Základní podmínkou hybnosti je svalový tonus, na kterém je vybudována opěrná motorika – systém vzpřimovacích a postojových reflexů. Motorika je řízena všemi oddíly CNS a její korové centrum se nachází v čelním laloku (Friedlová, 2007, s. 26).

S rozvojem nervové soustavy dochází současně k vývoji motoriky. Rozvoj pohybových schopností je patrný od časného prenatálního období. Již na konci 6. týdne nitroděložního vývoje se začínají objevovat první spontánní pohyby plodu, v 9. týdnu je schopné pohybovat zárodky svých končetin a od 12. týdne jsou patrné pohyby hlavy, úst, horní i dolních končetin. Dýchací pohyby se začínají objevovat v 11. týdnu gestace. Vývoj motoriky však pokračuje i po narození, a to ve 4 stádiích – holokinetické, monokinetické, dromokinetické a kratikinetické. Pro první, holokinetické stádium, jsou typické nekoordinované pohyby všech končetin, včetně reflexů. Objevuje se v prvním měsíci života. Následuje stádium monokinetické, ve kterém již dítě vykonává pohyb samostatně jednou končetinou a vzniká souhra ruka – ústa. Třetí dromokinetické stádium je charakterizované tím, že dítě vykonává pohyby ve správném směru. Poslední kratikinetické stádium poté trvá celý život. Vývoj hybnosti je ukončen s dosažením 25. roku života (Friedlová, 2007, s. 26).

### **1.1.3 Význam komunikace v konceptu Bazální stimulace**

Komunikace je vědomá činnost, díky které dochází k výměně informací, vytváření a udržování mezilidských vztahů prostřednictvím slov, signálů a prostředků. Schopnost komunikace má významný vliv na kvalitu života a je utvářena spoluprací smyslových orgánů, mozku a duševních pocitů. Vyžaduje určité médium, které plní transportní funkci našeho sdělení okolí. Médium může být celá řada možností – řeč, písmo, vůně, chutě, doteky,

změny polohy těla či různé chemické a fyzikální podněty, které působí na smyslové orgány (Friedlová, 2018, s. 8).

Komunikace se uskutečňuje pomocí komunikačních kanálů, kterými mohou být veškeré smyslové orgány. S přihlédnutím k věku, schopnostem a celkovému stavu lze v rámci konceptu Bazální stimulace komunikovat na bázi komunikace somatické, vibrační, vestibulární, olfaktorické, orální, optické, auditivní a taktilně – haptické. Již první formy komunikace, které se utvářejí v prenatálním období mezi matkou a plodem, mají charakter stimulace. Probíhají na bázi somatického, vibračního a vestibulárního komunikačního kanálu (Friedlová, 2018, s. 8).

Komunikace je možná pouze v případě, že zvolíme vhodnou formu komunikace. Ta musí být ovšem uzpůsobena komunikační úrovni nemocného. Komunikovat s osobami, které nemohou zpracovávat informace stejným způsobem jako zdravý člověk, jelikož jejich vnímání a vyjadřovací schopnosti jsou omezené, je značně obtížné. Terapeut musí být schopen vnímat a zaznamenávat i sebemenší reakce pacienta, např. hluboké, nepravidelné dýchání, mžikání očima nebo uvolnění či zvýšení svalového tonu. Rozlišit a následně adekvátně reagovat i na zcela nepatrné projevy je důležitou součástí bazálně stimulační ošetrovatelské péče (Friedlová, 2007, s. 35; Friedlová, 2018, s. 9).

## **1.2 Principy a aspekty konceptu Bazální stimulace**

Pojetí konceptu Bazální stimulace vychází z pěti následujících principů (Friedlová, 2007, s. 45):

- Smysly a vnímání jsou utvářeny postupně.
- Schopnosti a dovednosti člověka jsou vzájemně spojeny nervovými buňkami.
- Zkušenosti vytvářejí osobnost člověka.
- Jedinec, který dýchá, je schopen vnímat.
- Snížená schopnost reagovat nastává v případě nedostatku stimulačních podnětů.

Bazální stimulace akceptuje jednotlivé stupně schopnosti vnímat, v nichž se jedinec v daném okamžiku nachází. Při práci s konceptem Bazální stimulace se uplatňují následující aspekty (Friedlová, 2009, s. 7):

- Směřovat společně stejnou cestou určitou dobu.



- Utvářet vztah mezi terapeutem a klientem.
- Napomáhat terapeutům vnímat tak, aby nemocným umožnili vnímat prostřednictvím informací, které postrádají a redukovat informace, které jej vysilují.
- Poskytovat vjemy, v kterých si klient samostatně rozhodne, zda je přijme či odmítne.
- Pomáhat jedinci vnímat hranice svého těla, okolní svět i přítomnost jiné osoby a mít prožitek ze sebe sama.
- Umožňovat ošetrovatelskému personálu rozvíjet a realizovat svoji kreativitu a schopnosti.

Snahou je koncept Bazální stimulace integrovat do ošetrovatelské péče takovým způsobem, aby nezatěžoval personál časově, ani svojí náročností od jiných povinností. Jednotlivé prvky stimulace je nezbytné naplánovat a časově uspořádat tak, aby umožnily zlepšení vnímání jedince, ale zároveň nenarušily kontinuitu ošetrovatelské péče. Při plánování péče je nutné zohlednit denní režim klienta, včetně jeho aktuálního psychického a fyzického stavu. Poskytovaná stimulace by měla pro nemocného představovat příjemný prožitek a doba jejího trvání by neměla přesáhnout 20 minut. Mohlo by dojít k narušení koncentrace a schopnosti přijímat nové vjemy a podněty. Taktéž je zcela nezbytné v rámci ošetrovatelské péče respektovat zvyky a rituály nemocného (Friedlová, 2009, s. 47).

### **1.3 Cíle konceptu Bazální stimulace**

V roce 2003 formuloval prof. Andreas Fröhlich ve spolupráci s prof. Christel Bienstein tzv. centrální ošetrovatelské cíle, nebo také tzv. centrální oblasti. Cíle byly vytvořeny pro zkvalitnění péče v konceptu Bazální stimulace a pro snazší tvorbu ošetrovatelských, terapeutických a vzdělávacích plánů. „*Cílem bazálně stimulující péče je podpora vývoje, zlepšení funkcí organismu, adekvátní stimulace a navázání a podpora komunikace*“ (Zikl, 2014, s. 120). Výjimečnost konceptu Bazální stimulace tkví v jeho struktuře. Všichni pracovníci nejrůznějších oborů, vždy ve spolupráci s rodinou, sledují a dodržují jednotné cíle (Friedlová, 2015 s. 41; Zikl, 2014).

Jednotlivé cíle odráží všechny základní lidské potřeby a jejich základ vychází z Maslowovy pyramidy potřeb. Formulace cílů je vždy dána z pohledu pacienta,

nikoli ošetřujícího. Tudíž je možné zajistit individuální péči pro každého klienta. Centrální cíle bazálně stimulující péče je možné také rozdělit do dvou kategorií – cíle vztahující se na osobu a cíle vztahující se na okolní svět (Friedlová, 2015, s. 41). **Centrální ošetřovatelské cíle bazálně stimulující péče** (Friedlová, 2018, s. 29):

1. Zachovat život a zajistit vývoj.
2. Umožnit nemocnému vnímat vlastní život.
3. Poskytnout nemocnému pocit jistoty a důvěry.
4. Rozvíjet vlastní rytmus pacienta.
5. Umožnit nemocnému poznat vlastní svět.
6. Pomoci nemocnému navázat vztah.
7. Umožnit nemocnému zažít smysl a význam věcí či konaných činností.
8. Pomoci nemocnému uspořádat jeho život.
9. Poskytnout nemocnému autonomii a zodpovědnost za svůj život.
10. Objevovat svět a vyvíjet se.

#### **1.4 Metody Bazální stimulace**

Metody Bazální stimulace se rozdělují na základní a nastavbové. Základní metody jsou somatické, vibrační a vestibulární. Mezi nastavbové prvky patří metody auditivní, orální, olfaktorické, optické a taktilně haptické (Kapounová, 2007, s. 208).

- **Somatická stimulace** – poskytuje vjemy z povrchu těla a umožňuje jedinci uvědomovat si sebe sama (Kapounová, 2007, s. 207).
- **Vibrační stimulace** – posiluje stabilitu jedince, ovlivňuje dýchání a umožňuje uvědomit si polohu těla (Kapounová, 2007, s. 208).
- **Vestibulární stimulace** – poskytuje informace o prostorové orientaci, poloze a pohybu těla (Šándorová, 2008, s. 9).
- **Optická stimulace** – stimulace zrakových vjemů prostřednictvím známých předmětů pomáhá uvědomit si denní dobu (Šándorová, 2008, s. 9).
- **Auditivní stimulace** – využívá známé zvuky pro stimulaci paměťových stop. Vyžaduje zajištění klidného prostředí (Kapounová, 2007, s. 208).
- **Orální stimulace** – zprostředkovává vjemy z úst a zaměřuje se na stimulaci rtů a receptorů chuti (Kapounová, 2007, s. 208).
- **Olfaktorická stimulace** – pro stimulaci se využívají známé chutě a vůně, jelikož jsou významnými vyvolavateli vzpomínek (Šándorová, 2008, s. 9).

- **Taktilně – haptická stimulace** – poskytuje smysluplné stimuly ve formě známých materiálů a věcí, které jsou vkládány do rukou pacienta (Kapounová, 2007, s. 208).

## 1.5 Desatero Bazální stimulace

Desaterem Bazální stimulace se rozumí základní pravidla pro komunikaci s pacienty v rámci bazálně stimulující péče. Tato pravidla by měli respektovat nejen všichni členové ošetřovatelského týmu, ale i nejbližší příbuzní pacienta. **Desatero Bazální stimulace** (Friedlová, 2018, s. 27):

1. Přivítat i rozloučit se vždy stejnými slovy.
2. Při oslovení pacienta využívat iniciální dotek – dotýkat se pacienta vždy na stejném místě.
3. Hovořit jasně, zřetelně, a ne příliš rychle.
4. Nezvyšovat hlas, ale mluvit přirozeným tónem.
5. Tón, mimika a gestikulace je v souladu s významem slov.
6. Při hovoru komunikovat s pacientem na takové úrovni, na kterou byl dříve zvyklý.
7. Nepoužívat zdobné výrazy.
8. Nemluvit najednou s více osobami.
9. Při komunikaci je vhodné zajistit klidné prostředí.
10. Ponechat nemocnému dostatečný prostor reagovat na naše slova.

## 1.6 Biografická anamnéza

Koncept Bazální stimulace pohlíží na každého člověka jako na jedinečnou a neopakovatelnou bytost, která se v určitých situacích různě chová a různě reaguje. Individualita člověka je formována prožitými situacemi a také jeho sociálním prostředím. Nezastupitelnou součástí ošetřovatelského procesu je získání biografické anamnézy. Ta umožňuje ošetřovatelskému personálu nalézt správnou konstruktivní cestu k nemocnému, pochopit jeho vnitřní svět a jeho chování. Pro integraci prvků konceptu Bazální stimulace do každodenní ošetřovatelské péče je nezbytné znát pacientovi životní návyky, potřeby a denní rituály. Hlavním úkolem ošetřovatelského personálu je přizpůsobit harmonogram pacienta, na který byl zvyklý v běžném životě s harmonogramem

nemocničním. Tím lze u pacienta vyvolat příjemné pocity, které zažíval před hospitalizací (Friedlová, 2009, s. 44; Friedlová, 2018, s. 28).

Pro udržení soudržnosti ošetrovatelské péče jsou informace získávány od rodiny či nejbližších. Získání biografických údajů je však velmi často dlouhodobým procesem, jelikož veškeré informace nemusejí být poskytnuty ihned při prvním rozhovoru. Bližší a podrobnější informace často nejbližší příbuzní sdělují až po získání důvěry v ošetrovatelský personál. Údaje se odebírají prostřednictvím předem připraveného dotazníku. Ten by si jednotlivá zařízení měla vypracovat individuálně, aby jej mohla uzpůsobit struktuře daného pracoviště, skladbě pacientů a jejich potřebám. Pro získání a následné zpracování kvalitních údajů by měli poskytovatelé bazálně stimulující péče mít sociální, intelektuální a organizační schopnosti. Sociálními schopnostmi se rozumí např. empatie, trpělivost, naslouchání, komunikace či schopnost spolupráce (Friedlová, 2007, s. 132).

Podstatou biografické anamnézy je získat co nejvíce informací o pacientovi. Zahrnuje údaje o jednotlivých oblastech vnímání (např. dominance ruky, spací rituály, oblíbené vůně, chutě, materiály, jak vidí, slyší či jak reaguje, když má bolesti). Dále obsahuje údaje týkající se sociální situace, zaměstnání, zájmů, rituálů, typu a temperamentu osobnosti, denního harmonogramu apod. Zohledňuje také formu oslovování a dotekovou biografii – zda má rád doteky či nikoli. Mimo jiné je v biografické anamnéze uvedeno, kdo může nemocného navštěvovat a je zde také vymezen prostor pro důležité prožitky v poslední době, např. svatba, narození dítěte aj. (Friedlová, 2015, s. 60).

## **2 HISTORIE A VÝVOJ KONCEPTU BAZÁLNÍ STIMULACE**

Ošetrovatelství se prolíná historií starou, jako je lidstvo samo. Během svého dlouhého vývoje bylo ovlivňováno mnoha faktory, které odrážely hodnoty dané společnosti a měly pro ni rozhodující význam. Ošetrování nemocných na profesionální úrovni je poměrně mladým oborem, lze jej datovat až od konce 19. století. Stejně tak i koncept Bazální stimulace vznikl poměrně nedávno, a to taktéž v 19. století.

### **2.1 Vznik konceptu Bazální stimulace**

Jako první se o konceptu Bazální stimulace zmínil prof. dr. Andreas Fröhlich, který se v průběhu svého života věnoval speciální pedagogice. Zaměřoval se především na děti s těžkými somatickými a intelektovými změnami a možností začlenit je do vzdělávacího procesu. Již v rámci doktorandského studia zpracoval pedagogický projekt s názvem koncept bazální stimulace. Základní myšlenkou konceptu jsou poznatky z prenatálního vývoje, konkrétně schopnost plodu vnímat a komunikovat s matkou a okolím. Po dokončení studia v roce 1970 začal pracovat v rehabilitačním centru Westfal/Landstuhl v Německu. Zde pracoval s dětmi s těžkým handicapem v oblasti tělesné i duševní. S dětmi bylo obtížné či spíše až nemožné navázat jakoukoli verbální komunikaci. Snažil se proto nalézt jiný způsob komunikace, který mu umožní se k dětem lépe přiblížit. Úspěšnou komunikaci se mu podařilo navázat pomocí vibračního, vestibulárního a somatického vnímání. Lidské tělo je totiž schopné přes tyto komunikační kanály vnímat, přijímat signály a reagovat na ně (Friedlová, 2018, s. 2; Friedlová, 2009, s. 6).

O včlenění konceptu Bazální stimulace do ošetrovatelské péče se v 80. letech 20. století zasloužila zdravotní sestra, profesorka Christel Bienstein. Po mnoho let pracovala v oblasti intenzivní péče, ale také zároveň působila i v rámci vzdělávacího centra v německém Essenu. Úzce spolupracovala s prof. dr. Andreasem Fröhlichem v oblasti ošetrovatelské péče u osob s omezenou či změněnou schopností vnímání, komunikace a pohybu. Koncept Bazální stimulace aplikovala v rámci ošetrovatelské péče u pacientů ve vigilním kómatu. Aplikací dokázala úspěšnost tohoto komunikačního a vývoj podporujícího konceptu a zavedla tak nový způsob ošetrovatelské péče do intenzivní medicíny (Friedlová, 2018, s. 2; Friedlová, 2009, s. 6).

Prof. dr. Andreas Fröhlich společně s prof. Christel Bienstein vypracovali systém vzdělávání lektorů konceptu bazální stimulace a podílejí se na vědeckých projektech v oblasti Bazální stimulace (Friedlová, 2018, s. 2).

## **2.2 Současná situace**

Koncept Bazální stimulace v 70. a 80. letech minulého století prodělal fázi dokazování a přesvědčování, a nyní se nachází ve fázi realizace a zavádění do praxe (Friedlová, 2007, s. 14).

V posledních letech došlo k velkému rozvoji Bazální stimulace, především prostřednictvím internetu, odborných publikací, konferencí, kurzů a seminářů. Koncept má své nezastupitelné místo v oblasti ošetrovatelství a speciální pedagogiky. Patří k oblíbeným a uznávaným konceptům. Stal se nedílnou součástí života nemocných se změnami v oblasti vnímání, hybnosti a komunikace. Velký význam má i v péči o nedonošené děti. Koncept Bazální stimulace výrazně ovlivnil kvalitu ošetrovatelské péče a podpořil nutnost ošetrovatelského výzkumu (Friedlová, 2015, s. 29).

V zemích Evropské unie je koncept integrován do osnov výuky ošetrovatelství na zdravotnických školách a v klinické praxi se využívá na řadě oddělení. Většina zdravotnických zařízení má dokonce vlastní lektory (tzv. supervizory), kteří v rámci kurzů průběžně školí své zaměstnance (Friedlová, 2007, s. 16).

V roce 2000 vznikla pod záštitou prof. Fröhliche, prof. Bienstein a dalších certifikovaných lektorů z různých zemí Evropy Mezinárodní asociace Bazální stimulace. Jejím cílem je vzdělávat nové certifikované lektory konceptu, kteří následně zajišťují transfer konceptu do vzdělávání, zdravotní a sociální péče. Jednou ročně pořádá celoevropskou mezinárodní konferenci Bazální stimulace a vydává odborný časopis Rundbrief, který poskytuje novinky z teorie a praxe a informuje o aktuálním dění v asociaci (Friedlová, 2018, s. 2; Friedlová, 2015, s. 29).

## **2.3 Vývoj konceptu Bazální stimulace v České republice**

Pojem Bazální stimulace se v České republice dostal do podvědomí zdravotnických pracovníků se značným odstupem. První zmínky o konceptu se u nás objevily v roce 2000 prostřednictvím publikací v časopise Sestra a na multioborové ošetrovatelské konferenci v Olomouci. Za propagátorku konceptu je považována PhDr. Karolína Friedlová,

kteřá jako jediná má absolvovaný lektorský certifikovaný kurz Bazální stimulace (Friedlová, 2007, s. 16).

V lednu roku 2003 lektorovala první základní kurz Bazální stimulace na lékařské fakultě v Olomouci. Od té doby zaškolovala do základních, ale i nastavbových kurzů nejen zdravotnické pracovníky v oblasti ošetrovatelství, ale i širokou odbornou veřejnost – učitele zdravotnických škol, fyzioterapeuty, ergoterapeuty, sociální pracovníky či logopedy pracující v oblasti speciální pedagogiky (Friedlová, 2015, s. 25).

V roce 2004 byl koncept zařazen do osnov studijního programu ošetrovatelství na středních zdravotnických školách. Zároveň byl také zohledněn ve vyhlášce ministerstva zdravotnictví České republiky č. 424/2004 Sb., konkrétně §4, odstavec h, o stanovení činnosti náplně všeobecné sestry (Friedlová, 2018, s. 2).

Rok 2005 se stal důležitým mezníkem ve vývoji konceptu Bazální stimulace v České republice. V říjnu tohoto roku byl založen ve Frýdku – Místku Institut Bazální stimulace. O měsíc později se zde uskutečnila historicky první národní (česko-slovenská) konference Bazální stimulace, které se účastnila prof. Christel Bienstein. Institut poskytuje poradenství pracovištím využívajících koncept Bazální stimulace, pořádá kurzy, semináře a zároveň je garantem kvality poskytovaných seminářů a supervizí. V současnosti koncept využívá celá řada zdravotnických a sociálních zařízení, ale také agentury domácí péče (Friedlová, 2007, s. 17; Friedlová, 2015, s. 25).

### **3 KONCEPT BAZÁLNÍ STIMULACE V INTENZIVNÍ PÉČI**

Intenzivní medicína je lékařský obor, který poskytuje vysoce specializovanou péči nemocným s akutním až život ohrožujícím stavem. Zabývá se diagnostikou a terapií pacientů s hrozícím či již probíhajícím selháním jednoho či více orgánů. Poskytuje kontinuální monitoraci, podporu a náhradu základních životních funkcí. Pracoviště intenzivní péče rozdělujeme na tři úseky. Jedná se o anesteziologicko – resuscitační oddělení, jednotky intenzivní péče a jednotky semiinvazivní intermediální péče (Kapounová, 2007, s. 19; Ševčík, 2014, s. 2).

#### **3.1 Uplatnění konceptu Bazální stimulace v intenzivní péči**

V intenzivní péči jsou hospitalizováni pacienti s širokým spektrem diagnóz. Velmi často se jedná o kritické a život ohrožující stavy, které bývají spojené s kvalitativní či kvantitativní poruchou vědomí. Vždy je však nezbytné brát na zřetel, že každý jedinec s jakkoli porušeným stavem vědomí je schopen alespoň některým ze svých smyslů vnímat (Friedlová, 2003, s. 314).

Většina pacientů v intenzivní péči je napojena na celou řadu monitorovacích, léčebných a podpurných přístrojů, které vydávají nepříjemné a pro pacienta neznámé zvuky. Navíc se pacienti nacházejí zcela v cizím prostředí, obklopeni novými a neznámými věcmi. Tyto faktory mohou u pacienta vyvolávat stavy zmatenosti, dezorientace či pocity strachu a úzkosti. Mimo jiné ovlivňují psychický stav jedince, a tím i jeho celkový zdravotní stav. Ošetřující personál by na tento fakt neměl zapomínat a vždy by se měl pokusit zajistit klidné a příjemné prostředí s minimem rušivých elementů. Avšak v intenzivní péči je to mnohdy velmi obtížné. Bazálně stimulující péče má v intenzivní péči nezastupitelnou roli, neboť nejenže zlepšuje vnímání pacienta, ale také mu pomáhá zpříjemnit pobyt ve zdravotnickém zařízení (Mechová, Majkusová, 2006, s. 31).

Vnímání pacienta lze podpořit využitím jeho osobních hygienických pomůcek, lůžkovin, oblíbených předmětů či talismanů. Nemocniční prostředí působí chladně, proto je nezbytné dbát na úpravu prostředí. Vhodným způsobem stimulace je umístění namalovaných obrázků či fotografií nejbližších do zorného pole pacienta. Důraz je kladen na vytvoření příjemné atmosféry pro nemocného. Všichni členové zdravotnického týmu by spolu měli úzce spolupracovat, neboť práce na jednotce intenzivní péče je nesmírně náročná a mnohdy i vysilující nejen po stránce fyzické, ale i psychické. Proto je zásadní si práci vhodně zorganizovat a vhodně naplánovat zařazení Bazální stimulace



do ošetrovatelské péče. Bazální stimulace bere v úvahu aktuální potřeby, zvyky a rituály nemocného, které jsou mnohdy přehlíženy či stavěny do pozadí na úkor administrativní či diagnosticko – terapeutické činnosti (Mechová, Majkusová, 2006, s. 31).

## 3.2 Vědomí

*„Vědomí je stav, kdy je člověk schopen správně vnímat sebe i své okolí a správně reagovat na podněty vnějšího i vnitřního prostředí“* (Ambler, 2011, s. 63). Vědomí nemá vlastní mozkové centrum, ale je výsledkem interakce systému retikulární formace a nervových buněk obou hemisfér. Na základě získaných zkušeností umožňuje vznik paměťových stop a nových myšlenek. Uložené informace a životní návyky v paměťových drahách lze vyvolat prostřednictvím cílené stimulace. Specifickou schopností CNS je plasticita. Plasticitou se rozumí schopnost adaptovat se na nejrůznější změny a vlivy prostředí. Základními podmínkami neporušeného stavu vědomí je vigilita a lucidita. Vigilita udává schopnost reagovat na okolí a v průběhu dne charakteristicky kolísá. Lucidita určuje hloubku a jasnost bdělosti (Ambler, 2011, s. 63; Friedlová, 2007, s. 51).

### 3.2.1 Poruchy vědomí

Porucha vědomí může být způsobena reverzibilním či ireverzibilním poškozením mozku. Etiologie poruch vědomí je multifaktoriální. Dle rozsahu lze příčiny rozdělit na místní a celkové. Místní příčina je patrná přímo v mozkovém parenchymu. Jedná se např. o CMP, zánětlivé onemocnění mozku či intracerebrální krvácení. Naopak celkové příčiny jsou patrné mimo mozkovou tkáň. Mezi ně řadíme např. hypoxii, intoxikaci léky, alkoholem či drogami, dále také selhání jater, ledvin či endokrinní poruchy. Poruchy vědomí lze rozlišit na poruchy kvalitativní a kvantitativní (Kapounová, 2007, s. 197).

Kvalitativní poruchy vědomí představují poruchu obsahu vědomí, především kognitivních a afektivních funkcí. Řadíme mezi ně např. zmatenost, psychomotorický neklid či delirium. Projevují se dezorientací, poruchou sebeuvědomování, myšlení a jednání. Velmi často se objevují u kriticky nemocných v časně fázi hypoxické, septické či jaterní encefalopatie a také u celé řady intoxikací (Ambler, 2011, s. 63).

Kvantitativní poruchy vědomí jsou charakterizovány snížením vigility. Jedná se tedy o poruchu bdělosti. Mezi kvantitativní poruchy vědomí řadíme somnolenci, sopor a kóma (Ambler, 2011, s. 64).

**Somnolence** je nejlehčí připomínající zvýšenou spavost. Pacient reaguje na oslovení a dotykové podněty, ale jeho reakce jsou zpomalené. Slovní kontakt lze navázat jen na krátkou chvíli. Bez stimulace opět usíná. **Sopor** je hlubší stupeň poruchy vědomí. Pacient na silný až algický podnět reaguje otevřením očí, grimasami či obrannými reakcemi. Nelze navázat slovní kontakt. Polykací reflex a funkce sfinkterů bývá narušena. Kašlací reflex je však zachován. **Kóma** je nejtěžší poruchou vědomí. Postupně dochází ke ztrátě reaktivity na zevní stimuly. Zpočátku pacient reaguje na silné a algické podněty decerebrací, dekortikací či pouze vegetativní reakcí. S prohlubující se poruchou vědomí dochází ke ztrátě reakcí na jakýkoli podnět a také ke ztrátě kmenových reflexů (Ambler, 2011, s. 64; Kaňovský, 2007, s. 124).

Pro zhodnocení stavu vědomí je nutné provést neurologické vyšetření, při kterém hodnotíme velikost a reakci zornic, oční pohyby a polohu očních bulbů, svalový tonus, reflexy a přítomnost křečí. Univerzálním nástrojem pro posouzení stavu vědomí je celosvětově uznávaná stupnice GCS. Dalšími vyšetřovacími metodami k objasnění příčiny poruchy vědomí je CT mozku, EEG, RTG lebky, lumbální punkce, vyšetření očního pozadí a kompletní laboratorní vyšetření, včetně toxikologie (Kapounová, 2007, s. 198).

### 3.2.2 Vnímání v bezvědomí

Předchozí teorie, že jedinec v komatózním stavu není schopen vnímat, je již minulostí. V současnosti popisuje doc. Dr. Andreas Ziegler komatózní stav jako strategii přežití v extrémní situaci. Vědomí jako by představovalo určitou rovinu, kterou nelze jakkoli zjistit či změřit. Také teorie Bazální stimulace se opírá o fakt, že každý jedinec s jakoukoli změnou vnímání může vždy alespoň částečně vnímat některým svým smyslem, je schopen otevřít se svému okolí a komunikovat s ním. Avšak jakýkoli smyslový a pohybový deficit (např. nedoslýchavost, porucha zrakové percepce) způsobuje změnu vnímání sebe sama i svého okolí a vyvolává pocity strachu a nejistoty (Friedlová, 2009, s. 18).

Pečovat o nemocné s porušeným stavem vědomí je pro ošetřující personál nelehký úkol. Řada zdravotníků stále zastává názor, že jedinec, který nevykazuje žádné akce a reakce, nic nevnímá. Nebo na nemocné reagují až tehdy, začnou-li vykazovat určité reakce (např. mrkání očima, změna rytmu dýchání). Ovšem doc. Dr. Andreas Ziegler podotýká, že stav nečinnosti a nereagování je výsledkem nedostatečné komunikace. Posoudit stav vnímání je možné pouze v případě, že pacienta chápeme jako jedince, který je schopen cítit,

vnímat a reagovat, a pokud zvolíme vhodnou komunikační formu dle aktuálního stavu pacienta (Friedlová, 2009, s. 19).

Adekvátní komunikace s nemocným je nedílnou součástí kvalitní péče. Není-li činnost zdravotnického personálu vhodně verbálně okomentována, není pro pacienta s porušeným stavem vnímání pochopitelná. Jedinci v komatózním stavu ztrácejí orientaci o svém tělesném schématu, o hranicích svého těla. Řada pacientů si na období bezvědomí nevzpomíná, jiní si vybavují pocity nehybnosti, rozpínajícího se těla či pocity jako by se nacházeli na dně moře. Pacienti také udávají, že vnímali zvuky z okolí a hlasy zdravotnického personálu a svých nejbližších. Popisují, že některé hlasy vnímali pozitivněji než jiné, že měli hlasy oblíbené a neoblíbené. Na neoblíbené a negativně vnímané hlasy mnohdy reagovali agresivně, a to zejména v případě, že diagnosticko – terapeutické výkony a ošetrovatelské činnosti nebyly dostatečně verbálně podpořeny (Eliášová, 2013, s. 27).

### **3.3 Potřeby pacientů v intenzivní péči**

Potřeba představuje pro organismus nutnost něčeho dosáhnout či se něčeho zbavit. Je něčím, co je nezbytné pro život i vývoj jedince a nabádá k odhalení podmínek nezbytných k životu. Není-li potřeba adekvátně uspokojena, narušuje rovnováhu organismu a ovlivňuje psychiku jedince – jeho emoce, pozornost i myšlení. Potřeby jedince se mění, vyvíjejí a kultivují v závislosti na aktuálním stavu, osobním vývoji a životních hodnotách. Potřeby ovšem nemá pouze pacient, ale také terapeut. Abychom mohli potřeby druhých adekvátně uspokojit, je nezbytné mít uspokojeny potřeby vlastní (Trachtová, 2010, s. 10).

Ošetrovatelská péče na jednotkách intenzivní péče je poskytována v závislosti na aktuálním zdravotním stavu a diagnóze pacienta. Potřeby nemocného a jeho nároky na ošetrovatelskou péči se neustále mění, stejně tak jako se mění jeho zdravotní stav. Pacient bývá plně odkázaný na péči sestry, která by měla znát veškeré jeho potřeby a být mu rovnocenným partnerem. Je-li určitým způsobem porušený stav vědomí, dochází ke změně v uspokojování základních životních potřeb. Bazálně stimulující péče v tomto případě umožňuje podporu všech základních životních potřeb klienta. Mezi nejčastější potřeby nemocného v intenzivní péči řadíme potřebu dýchání, výživy, vyprazdňování moče a stolice, potřebu jistoty a bezpečí (Kapounová, 2007, s. 23).

## 4 METODY ZÁKLADNÍ STIMULACE

Metody základní stimulace jsou pilířem konceptu Bazální stimulace. Mezi základní metody řadíme stimulaci somatickou, vestibulární a vibrační. V prenatálním období se vyvíjejí jako první, i proto jsou nazývány jako prvky základní. Embryo je schopno vnímat vjemy z povrchu těla již od osmého týdne gravidity. Společně s vývojem kůže se rozvíjí i vnímání chvění a vibrací. S rozvojem vestibulárního aparátu v šestnáctém týdnu se rozvíjí vnímání vestibulární (Friedlová, 2018, s. 2).

### 4.1 Somatická stimulace

Somatická stimulace umožňuje nemocnému vnímat vjemy z povrchu těla, podporuje vnímání tělesného schématu a následně i okolního světa prostřednictvím kožního percepčního orgánu. V rámci konceptu Bazální stimulace popisujeme vnímání těla prostřednictvím pojmů – tělesný obraz a tělesné schéma. Tělesný obraz představuje vnímání vnějších hranic těla, zatímco tělesné schéma znamená představu o vlastním těle v prostoru. Následkem neurologického onemocnění či imobility dochází ke změně vnímání tělesného schématu a ke zkrácenému vnímání svého těla, což se objektivně projevuje motorickým neklidem, zmateností, strachem, úzkostí či neschopností komunikovat se svým okolím (Friedlová, 2018, s. 10; Tomová a Křivková, 2016, s. 104).

Základní formou somatické stimulace je dotek. Ten poskytuje nemocnému dostatečné množství podnětů ze zevního prostředí, umožňuje komunikaci s okolním světem a přináší nemocnému orientaci a jistotu. Důraz je kladen na kvalitu, intenzitu a lokalitu doteků (Tomová a Křivková, 2016, s. 105; Friedlová, 2018, s. 5).

Stimuly provádíme v klidu, s dodatečnou silou, tlakem a rytmem. Frekvenci opakování stimulů volíme na základě reakcí a celkového stavu pacienta. Naopak se snažíme vyvarovat letným, krátkodobým a chaotickým dotekům, jelikož mohou způsobit zvýšení svalového tonu a celkovou nežádoucí reakci organismu (Friedlová, 2015, s. 67).

Mezi techniky somatické stimulace řadíme iniciální dotek, stimulaci zklidňující, povzbuzující, neurofyziologickou, symetrickou a diametrální. Dále mezi tyto techniky patří polohování a masáž stimulující dýchání. Všechny tyto druhy stimulace lze aplikovat na sucho či v rámci koupele (Friedlová, 2007, s. 74; Tomová a Křivková, 2016, s. 105).

#### **4.1.1 Iniciální dotek**

Cílem iniciálního doteku je informovat pacienta o zahájení a ukončení naší přítomnosti či jakékoli ošetrovatelské intervence. Doteky, které nemocný neočekává, ho mohou vylekat či vyvolat pocity nejistoty a strachu. Využívá se u pacientů, kteří nedokáží ihned zpracovat verbální oslovení. Jedná se o pacienty s poruchou vědomí či deficitem kognitivních funkcí (Friedlová, 2015, s. 71).

Iniciální dotek je vždy podpořen verbálním projevem – oslovením a sdělením prováděné činnosti. Lokalita doteku je stanovena na základě biografické anamnézy. Vhodnými místy pro aplikaci jsou ruka, paže a rameno. Iniciální dotek by měli respektovat a dodržovat všichni členové zdravotnického týmu. Naprosto nezbytné je zvolený dotek zaznamenat do dokumentace a umístit informační ceduli se zvoleným místem a oslovením do blízkosti lůžka nemocného (Friedlová, 2018, s. 5).

#### **4.1.2 Somatická stimulace zklidňující**

Záměrem zklidňující stimulace je podpořit vnímání vlastního těla, navodit pocit uvolnění, utišit bolest a eliminovat neklid, zmatenost, dezorientaci a pocity strachu a úzkosti. Mimo jiné umožňuje navázat komunikaci mezi pacientem a ošetřujícím. Do ošetrovatelské péče je zařazována u osob ve vigilním kómatu, s mentálním i tělesným postižením, s demencí, u neklidných a hyperaktivních pacientů a u osob trpících Alzheimerovou či Parkinsonovou chorobou. Dále se aplikuje u pacientů s tachykardií, bolestí, zvýšeným svalovým tonem či poruchami spánku. Vhodné je ji též využít u umírajících pacientů a v rámci předoperační a pooperační péče (Friedlová, 2018, s. 13).

Zklidňující stimulace může být prováděna kdykoliv během dne různými členy týmu (např. ošetřující personál, fyzioterapeut, ergoterapeut, logoped aj.). Lze ji aplikovat tzv. „na sucho“ froté ponožkami či žínkami navlečených na ruku, dále také pomocí krému či oleje. Lze ji však provádět i ve formě zklidňující koupele. Teplotu vody volíme v rozmezí 37 - 40°C. Při stimulaci postupujeme pouze jedním směrem, tj. po směru růstu chlupů. Tím lze dosáhnout zklidnění nemocného (Friedlová, 2007, s. 76).

Na základě stavu vědomí a schopnosti vnímat nejprve pacienta adekvátním způsobem informujeme o zahájení zklidňující stimulace. V některých případech bývá vstupní informace sdělována formou iniciálního doteku. S ohledem na celkový stav nemocného adekvátně zvolíme tělesnou oblast pro zahájení stimulace. Umožní-li stav nemocného zahájit stimulaci v oblasti obličeje, stimulujeme jej vždy po obvodu současně

na obou stranách. Musíme mít ovšem na paměti, že obličej představuje intimní zónu a zahájení stimulace v této oblasti může vést k psychickému rozrušení. V tomto případě obličej stimulujeme až na závěr procedury, popř. jindy během dne a stimulaci zahajujeme v oblasti hrudníku. Hrudník stimulujeme symetricky od středu trupu směrem k jeho stranám. Po dokončení pohybu, mírným tlakem zvýrazníme hranice trupu. Horní i dolní končetiny stimulujeme vždy distálním směrem, přičemž jednotlivé prsty modulujeme vždy samostatně. Záda stimulujeme v poloze na boku obdobně jako ventrální část trupu, tj. od páteře k zevní straně trupu a opět mírným tlakem zvýrazníme hranice trupu. Pacienta osušujeme stejným způsobem, tedy ve směru růstu chlupů. Po ukončení procedury poskytneme nemocnému prostor pro odpočinek (Friedlová, 2007, s. 77; Tomová a Křivková, 2016, s. 105).

Stimulace by měla být prováděna pouze jednou osobou, která s nemocným udržuje neustálý kontakt a jednotlivé kroky stimulace verbálně komentuje. Důraz je kladen na klidné prostředí, snažíme se eliminovat rušivé elementy, nekomunikujeme s třetí osobou a nikdy v průběhu stimulace od pacienta neodcházíme. Vždy si všímáme možných nežádoucích reakcí (např. změna hemodynamiky, kašel, zvýšená salivace). V případě, že se tyto reakce objeví, stimulaci přerušíme (Friedlová, 2007, s. 80).

#### **4.1.3 Somatická stimulace povzbuzující**

Povzbuzující stimulace se provádí za účelem zvýšení pozornosti, úrovně vědomí a vnímání tělesného schématu. Mimo jiné vede ke zvýšení pohybové aktivity, svalového tonu, tepové frekvence a krevního tlaku. Jelikož se nemocného snažíme povzbudit a aktivizovat, provádíme stimulaci v opačném směru než při stimulaci zklidňující, tedy proti směru růstu chlupů. Tyto pohyby jsou nemocným vnímány velmi intenzivně (Friedlová, 2015, s. 81).

Povzbuzující stimulace je indikována u pacientů s poruchou vědomí (somnia, sopor, vigilní kóma), s onemocněním cévního systému, mentální retardací, bradykardií, hypotonií a u depresivních a apatických pacientů. Naopak kontraindikována je u nemocných se zvýšeným intrakraniálním tlakem, krvácením do mozku, hypertenzí, tachykardií a také u neklidných a dezorientovaných pacientů (Friedlová, 2018, s. 15).

Povzbuzující stimulace může být, stejně jako stimulace zklidňující, prováděna tzv. „na sucho“ rukama ošetřujícího, froté ponožkami či za použití olejovité či krémové emulze. Aplikovat ji však lze i ve formě povzbuzující koupele, pro kterou volíme teplotu vody nižší, než je teplota těla. Vhodné rozmezí teploty vody je 23 - 28°C. Zvolíme-li formu

koupele, musíme vzít v úvahu teplotní zóny těla. Nejteplejší oblastí těla je břicho, podpaží a obličej. Naopak končetiny bývají nejchladnější (Friedlová, 2018, s. 15).

Stejně jako u předchozí stimulace nejprve upozorníme pacienta na konající stimulaci a podpoříme ji iniciálním dotekem. Stimulaci zahajujeme v oblasti obličeje pouze v případě, že nám to celkový stav nemocného dovolí. Nastane-li však jakákoliv negativní reakce, zařadíme obličej až na závěr stimulace. Obličej stimulujeme po jeho obvodu od brady směrem k čelu symetricky na obou stranách. Hrudník modulujeme oběma rukama nejprve na stranách trupu a následně pokračujeme směrem ke sternu. Horní i dolní končetiny stimulujeme od konečků prstů směrem proximálním. Záda jsou stimulována ve směru od hranic trupu k páteři. Stimulace zad je prováděna, leží-li pacient na boku. Při utírání nemocného vyvíjíme dostatečný tlak a vždy postupujeme proti směru růstu chlupů (Friedlová, 2007, s. 82).

Vhodné je, aby stimulace byla opět aplikována pouze jedním ošetřujícím v klidném prostředí s minimem hluku. Během stimulace bychom neměli hovořit s jinou osobou a vzdalovat se od nemocného. Sledujeme jeho reakce na aplikovanou stimulaci. Všimáme si zejména hodnot krevního tlaku, neboť povzbuzující stimulace zvyšuje hodnoty systolického krevního tlaku o 10 - 20 mmHg. Objeví-li se jakákoliv negativní reakce, stimulaci okamžitě ukončíme (Friedlová, 2007, s. 82).

#### **4.1.4 Neurofyziologická stimulace**

Neurofyziologická stimulace umožňuje nemocným s poruchami hybnosti integrovat jejich postiženou stranu těla zpět do jejich tělesného schématu pomocí cílených doteků a stimulace. Nezbytné pro vytvoření představy o tom, jak se cítí postižená strana je, aby nemocný vnímal podněty na straně nepostižené. Cílem této stimulace je zvýšit vnímání postižené části těla u pacientů s poruchou hybnosti a cití. Vychází z podpory a následné obnovy vzpomínek ze svého těla, které má nemocný uložené ve svých paměťových drahách. Důraz je kladen na optickou stimulaci, která nemocnému umožňuje kontrolovat prováděné stimuly na jeho těle (Friedlová, 2015, s. 82).

Hlavní indikační skupinou jsou pacienti s parézami a plegiemi po CMP, úrazech či operacích mozku. Dále se využívá u dětí s dětskou mozkovou obrnou, psychomotorickou retardací a vrozenými vadami pohybového aparátu (Friedlová, 2018, s. 17).

Neurofyziologickou stimulaci vykonává buď terapeut samostatně, nebo lze využít tzv. asistovaného mytí, při kterém terapeut vede ruku nemocného v požadovaném směru. Nejčastěji se provádí v poloze vsedě za použití kompenzačních pomůcek a zrcadla pro vizuální kontrolu prováděných stimulů. Lze ji opět aplikovat tzv. „na sucho“ či ve formě koupele. Pro koupel volíme teplotu vody 30°C. Před zahájením stimulace sdělíme nemocnému úkony, které jej čekají. Terapeut zaujme pozici na straně postižené části těla a pomůže nemocnému zaujmout nejbezpečnější polohu. Prožívá-li nemocný pocity strachu a nejistoty, zvyšuje tím svalový tonus, čímž zaměřuje svoji pozornost na udržení své polohy než na vnímání dané stimulace. Při stimulaci je pohyb veden pod mírným tlakem vždy od zdravé strany těla směrem ke straně postižení. Postupujeme symetricky a střed těla zřetelně zvýrazňujeme. Po ukončení stimulace poskytujeme nemocnému prostor pro regeneraci (Friedlová, 2007, s. 85).

#### **4.1.5 Symetrická stimulace**

Symetrická stimulace slouží k obnově vnímání tělesného schématu, přičemž její základ představuje fixaci tělesné symetrie. Před zahájením této stimulace je vhodné aplikovat stimulaci zklidňující. Při aplikaci je nezbytná správná pozice terapeuta, která mu umožní stimulovat obě poloviny těla současně. Využívá se u pacientů s poruchami rovnováhy (Friedlová, 2015, s. 85).

#### **4.1.6 Rozvíjející stimulace**

Důraz rozvíjející stimulace je kladen na symetrii a střed těla, jelikož právě tam je soustředěno vnímání těla. Slouží ke zlepšení a rozvoji vnímání tělesného schématu u pacientů, kteří mají vnímání těla narušené či nevyvinuté. Využívá se u pacientů ve vigilním kómatu, kvadruplegiků a nemocných dlouhodobě upoutaných na lůžko. Své uplatnění nachází i u předčasně narozených dětí a u dětí s těžkými a kombinovanými vadami (Friedlová, 2015, s. 86).

#### **4.1.7 Diametrální stimulace**

Zvýšený svalový tonus zabraňuje nemocnému vykonávat plynulý pohyb. Jakýkoliv pokus o potlačení spasticity vede naopak k jejímu prohloubení. Objevuje se zejména u nemocných dlouhodobě upoutaných na lůžko, avšak spasticita vzniká již od prvního dne postižení. K jejímu rozvoji přispívá nevhodné polohování a nesprávná



technika pohybu. Snížit svalové napětí lze pomocí diametrální stimulace. Tu je ovšem vhodné provádět i preventivně u nemocných, u kterých se spasticita předpokládá (Friedlová, 2015, s. 86).

Diametrální stimulaci lze provádět několika způsoby – tzv. „na sucho“ pomocí našich předem zahřátých rukou, dále v rámci koupele, pro kterou volíme teplotu vody v rozmezí 38 - 40 °C či ve formě krémování (např. oleje). Teplo je nezbytným předpokladem diametrální stimulace, jelikož umožňuje uvolnit svalové napětí. Chlad naopak spasticitu zvyšuje. Diametrální stimulaci lze aplikovat buď na celé tělo, nebo pouze na jeho část. Při aplikaci ovšem dbáme na dodržení tělesné symetrie. Provádíme-li stimulaci na jedné polovině těla, musíme ji aplikovat i na straně opačné, popř. poskytujeme alespoň zklidňující stimulaci (Friedlová, 2015, s. 87).

Nemocnému pomůžeme zaujmout polohu, ve které se cítí příjemně. Ošetřující za stálého kontaktu s nemocným oběma rukama stimuluje svaly končetin. Je-li končetina ve flekčním postavení, provádíme stimulaci svalů na vnitřní straně vždy od proximálního směru k distálnímu. Svaly na vnější straně stimuluje opačným směrem. Pokud se však končetina nachází v postavení extenčním, působíme přesně naopak, tj. svaly na vnitřní straně stimuluje od směru distálního k proximálnímu a svaly na vnější straně směrem opačným. Pohyby opakujeme 3 - 5x. Na závěr stimulace uložíme pacienta tak, aby došlo k uvolnění svalového tonu. Správná poloha končetiny zamezuje jejímu návratu do původní polohy (Friedlová, 2007, s. 87).

#### **4.1.8 Polohování**

Polohování je důležitou součástí bazálně stimulační péče. Slouží k prevenci kontraktur, dekubitů, pneumonie či tromboembolických komplikací. Dále zlepšuje orientaci, vnímání tělesného schématu a poskytuje nemocnému informace o svém těle. Ovšem již po 30 minutách klidného ležení dochází ke změně vnímání vlastního těla. Pacient ztrácí pocit vlastních tělesných hranic a orientace v prostoru. Stav je navíc zhoršován uložením nemocného na velmi měkkou matraci. Na změnu vnímání vlastního těla nemocný reaguje naprostou pasivitou a nezájmem či naopak zmateností a agresivitou. Polohováním aplikujeme nejen stimulaci somatickou, ale také vestibulární a optickou. Při polohování bereme ohled na autobiografickou anamnézu a vždy se snažíme zajistit co největší komfort pro nemocného. Vnímání tělesného schématu lze podpořit pomocí minimálních změn polohy těla (např. položení horních končetin na hrudník, propletení prstů, překřížení dolních

končetin), dále pomocí perličkových polštářů či srolovaných ručníků. Významnými polohami somatické stimulace je poloha „hnízdo“ a poloha „mumie“ (Friedlová, 2018, s. 18; Friedlová, 2015, s. 88).

Poloha „hnízdo“ umožňuje nemocnému zřetelně vnímat hranici svého těla, čímž dochází ke zlepšení tělesného schématu a orientace na svém těle. Mimo jiné slouží k uvolnění a relaxaci, jelikož navozuje příjemné pocity a pocity jistoty a bezpečí. Aplikovat ji lze po zklidňující stimulaci, diagnostických výkonech či během spánku nemocného. Využívá se zejména u neklidných, agresivních a dezorientovaných pacientů. Dále u pacientů se spasticitou, hypertenzí či v kómatu. Nezastupitelnou roli má u předčasně narozených dětí a v paliativní péči. Na základě přání nemocného, popř. dle autobiografické anamnézy uložíme pacienta do polohy na zádech, na boku, na břicho či jej posadíme do křesla. Následně tělo nemocného obložíme srolovanými dekami, ručníky a perličkovými polštáři. Důraz přitom klademe na ohraničené celého pacientova těla. Na závěr dle přání nemocného či vlastního úsudku jej přikryjeme dekou (Friedlová, 2015, s. 89; Friedlová, 2018, s. 21).

Poloha „mumie“ velmi intenzivně stimuluje představu o vlastním těle a zlepšuje vnímání hranic svého těla. Indikována je u neklidných a agresivních pacientů, u pacientů v deliriu, kómatu či v poslední fázi anestezie těsně před procitnutím. Její využití je vhodné i u dětí narozených matkám závislých na alkoholu a drogách či u dětí s hlubokou mentální retardací. Naopak kontraindikována je u pacientů s klaustrofobií. Nemocného uložíme do polohy na zádech. Celé jeho tělo zabalíme do deky či prostěradla, které zafixujeme pod tělo nemocného. Vždy postupujeme od dolních končetin směrem k horní části těla. Ruce nemocného uložíme na jeho hrudník, čímž mu zajistíme vnímání vlastního dechu a také možnost vymanit se z této polohy. Polohu „mumie“ lze kombinovat s polohou „hnízdo“. V tomto případě zabalíme nemocného do deky či prostěradla se všemi polohovacími pomůckami nebo naopak pomůcky přikládáme kolem celého jeho těla. Pacienta do této polohy ukládáme max. na 20 minut a po celou dobu sledujeme jeho reakce (Friedlová, 2015, s. 90; Friedlová, 2018, s. 20).

#### **4.1.9 Masáž stimulující dýchání**

Masáž stimulující dýchání je prvkem dechové gymnastiky. Cílem této stimulace je navodit klidné, hluboké a periodické dýchání, které nemocnému pomáhá vnímat své tělo a redukovat stavy neklidu a zmatenosti. Navozuje pocity jistoty, duševního a tělesného uvolnění. Umožňuje vytvoření vztahu a navázání komunikace mezi ošetřujícím a pacientem.

Základem úspěchu neustálý trénink a správně zvolený postup. Využívá se u nemocných s poruchami rytmu dýchání (povrchní nepravidelné dýchání, bradypnoe, tachypnoe), u nemocných s bolestmi, depresemi, poruchami spánku, s hlubokou mentální retardací, ve vigilním kómatu a u umírajících. V intenzivní péči se využívá nejčastěji v rámci weaningu (Friedlová, 2015, s. 92).

Před zahájením stimulace pomůžeme nemocnému zaujmout co nejpohodlnější polohu. Volíme polohu vsedě s opřenými horními končetinami či u imobilních pacientů vleže na boku či na břiše. Ovšem aplikovat ji lze i ve stoje. Masáž primárně zahajujeme na dorzální části trupu. Nelze-li ji však v této oblasti z jakékoliv příčiny aplikovat, volíme pro stimulaci ventrální část trupu. Masáž provádíme v rytmu s dostatečným tlakem rukama zvlhčenými zahřátým olejem nebo krémem. Stimulaci provádíme v klidném prostředí s minimem rušivých elementů za neustálého kontaktu s nemocným. Během stimulace nehovoříme s třetí osobou (Tomová a Křivková, 2016, s. 110).

Stimulaci zahajujeme v oblasti ramen a provádíme tahy podél páteře směrem k sakrální oblasti. Následně opět podél páteře kreslíme každou naší rukou pomyslné tři kroužky pod sebou. Masáž ukončujeme tahy ve směru od ramen ke kostrči. Vždy se snažíme, synchronizovat se s dechem nemocného. Masáž provádíme 3 - 5 minut a v jejím průběhu nikdy neopouštět obě naše ruce tělo nemocného zároveň. Po ukončení masáže poskytneme nemocnému dostatečný prostor pro odpočinek (Tomová a Křivková, 2016, s. 110; Friedlová, 2007, s. 104).

Pro stimulaci nemocného lze využít i kontaktní dýchání. Naše ruce pokládáme na hrudník nemocného a podporujeme ho v inspiriu a expiriu. V době expiria lze hrudník nemocného stlačit či pro podporu expektorace přidat vibrace. Využít lze ovšem i ruce nemocného, které uložíme na jeho hrudník. Tím nemocnému umožníme vnímat vlastní dech. U malých dětí se kontaktní dýchání provádí tak, že se přiloží hrudník dítěte na svůj hrudník terapeuta a společně dýchají (Friedlová, 2018, s. 24).

## **4.2 Vestibulární stimulace**

Vestibulární aparát je zodpovědný za koordinaci pohybu, orientaci v prostoru, rovnováhu a stabilizaci oběhového systému. Zdravý člověk se neustále pohybuje a mění svou polohu, čímž je dosaženo permanentní stimulace rovnovážného ústrojí. Zatímco lidé s omezením hybnosti mají podnětů pro vestibulární aparát naprosté minimum.

Prostřednictvím konceptu Bazální stimulace lze dosáhnout zlepšení prostorové orientace a vnímání polohy a pohybu těla v prostoru (Friedlová, 2018, s. 25).

Vestibulární aparát může podléhat habitaci, zejména dochází-li ke změnám polohy minimálně (např. u imobilních pacientů). Následkem nedostatečné stimulace vestibulárního ústrojí se může objevit nauzea, bolesti hlavy, změny svalového tonu, kolaps či poruchy orientace v prostoru (Friedlová, 2015, s. 101).

Cílenou skupinou vestibulární stimulace jsou osoby minimální či s omezenou hybností, osoby ve vigilním kómatu, s těžkou či hlubokou mentální retardací či osoby dlouhodobě závislé na UPV. Vhodné je ji také aplikovat u seniorů s těžkým stupněm demence a u osob s rozvíjející se spasticitou extenzorů a flexorů (Friedlová, 2015, s. 102).

Vestibulární stimulace slouží jako příprava organismu k mobilizaci a následné vertikalizaci, k redukci závratě z otáčivého pohybu a ke snížení napětí flexorů a extenzorů. Mimo jiné poskytuje informace o prostorové orientaci a umožňuje udržet ve vestibulárním ústrojí pohyb endolymfy. U pacientů upoutaných na lůžko lze vestibulární stimulaci provádět pomocí nepatrných pohybů hlavy do stran. Hlava nemocného je v neustálém kontaktu s podložkou a pevně fixována rukama ošetřujícího. Tyto pohyby je vhodné provádět 3 - 5x. Změnu polohy těla lze dosáhnout též pomocí vertikálních náklonů celého lůžka. Vždy před zahájením změny polohy těla nemocného mírně pootočíme jeho hlavou tak, aby hlava nemocného zaujímal pozici příští polohy těla (Friedlová, 2007, s. 106).

V poloze vsedě vykonává pacient samostatně či s naší pomocí houpavé pohyby ze strany na stranu, přičemž jeho dlaně i plosky nohou jsou pevně opřené o podložku. Využit můžeme také metodu tzv. ovesného klasu, která představuje kombinaci vestibulární, optické, proprioreceptivní a somatické stimulace. Při této metodě zaujímá terapeut polohu vsedě či vkleče za nemocným, jeho tělo pevně tiskne ke svému, hlavu nemocného opírá o svůj hrudník a vykonává s ním pohyby ve tvaru ležaté osmičky (Friedlová, 2015, s. 102).

K této stimulaci lze také využít celou řadu pomůcek (např. trampolíny, houpací sítě, manipulační zvedáky aj.), které podněcují vlastní pohybovou aktivitu a umožňují výrazněji působit na vestibulární aparát. Mimo jiné slouží i k navázání kontaktu a ke komunikaci u osob se změnami v kognitivní oblasti (Friedlová, 2015, s. 102).

### **4.3 Vibrační stimulace**

Vibrační stimulace spočívá v podněcování kožních receptorů a receptorů hluboké citlivosti ve svalech, šlachách, kostech a kloubech. Jejím záměrem je zprostředkovávat

nemocnému intenzivní vjemy z jeho vlastního těla, a tím jej povzbudit k haptické stimulaci. Mimo jiné umožňuje nemocnému pocítit hloubku i hranice svého těla a pomáhá mu uvědomit si stabilitu svého těla se skeletem. Vibrace jsou vnímány od periferie do nitra těla (Friedlová, 2018, s. 26).

Do ošetrovatelské péče je tato stimulace nejčastěji integrována u pacientů s hemiplegií, hlubokou mentální retardací, ve vigilním kómatu či po CMP. Avšak vibrace se také využívají jako příprava k vnímání pohybu, zejména u pacientů, u kterých je plánována mobilizace a vertikalizace. Existují však i stavy, u nichž je použití vibrační stimulace nevhodné. Jedná se např. o poranění či poruchy kožního krytu, varixy či krvácivé stavy (Friedlová, 2015, s. 105).

K aplikaci vibrační stimulaci se využívají elektrické vibrující přístroje, hudební nástroje, ruce ošetřujícího či hlas. Vhodnými oblastmi na těle nemocného pro aplikaci této stimulace je hrudník a oblasti velkých kloubů horních i dolních končetin. Elektrické přístroje (např. elektrický zubní kartáček, holicí strojek, vibrující hračky, sedátka či lehátka) se přikládají na tělo nemocného či se vkládají do jeho dlaní. Pomocí těchto pomůcek lze však uskutečnit i celotělovou vibrační stimulaci. Té je dosaženo tím, že danou pomůcku položíme na matraci, na které nemocné leží. Při manuální vibrační stimulaci, tj. rukama ošetřujícího, pokládáme své teplé ruce po celém obvodu kloubu a přiměřeným tlakem vykonáváme velmi jemné pohyby. Na hrudníku se pomocí rukou terapeuta provádí kontaktní vibrační dýchání. Zvláštní formou stimulace je používání hudebních nástrojů, které vydávají vibrace či hlas. Hrudník se při řeči či zpěvu jemně chvěje, čehož se při vibrační stimulaci využívá tak, že se ruce nemocného přikládají na hrudník terapeuta či na jeho vlastní hrudník (Friedlová, 2015, s. 105).

Při provádění vibrační stimulace je nutné poskytnout co největší plochu pro vnímání vibrací. Z tohoto důvodu nemocného ukládáme nejčastěji do polohy vleže na zádech. Vibrace poskytujeme podél skeletu, vždy od proximální k distální části. Tento způsob aplikace vibrací navozuje intenzivní pocity v nosných částech těla a v kloubech. Zejména stimulace na kostech je velmi významná, jelikož umožňuje šíření vibrací na skelet a tím vnímat hlubší části organismu. Nezbytné je si uvědomit, že vnímání vibrací je u každého jedince zcela individuální (Friedlová, 2007, s. 107).

## 5 METODY NÁSTAVBOVÉ STIMULACE

V bazálně stimulující péči se kromě základních metod stimulace vnímání uplatňují i metody nastavbové. Mezi nastavbové metody patří stimulace optická, auditivní, orální, olfaktorická a taktilně – haptická. Vývoj proprioreceptivního vnímání úzce souvisí s vývojem somatického a vestibulárního vnímání a je patrný již v prenatálním období, s výjimkou schopnosti zrakové percepce (Friedlová, 2018, s. 2).

### 5.1 Optická stimulace

Zrakový vjem je jedním z nejdůležitějších a nejvíce používaných smyslů. Vizuální stimulace představuje vrchol hierarchie prvků bazální stimulace. Dostatek vizuálních podnětů umožňuje člověku orientovat se v prostoru, rozeznávat barvy a denní dobu, poznávat okolní svět, předměty. Prostředí pacienta v intenzivní péči poskytuje naprosté minimum vizuálních stimulů. Ve svém okolí mohou pacienti vidět pouze přístroje, hadičky, plenty či bílý strop, což pro ně bývá velmi stresující a destimulující. Navíc pozorování stále stejných objektů způsobuje dezorientaci, agresivitu, halucinace a vyvolává negativní emoce. Jelikož předměty nemocničního prostředí nemá pacient uložené ve svých paměťových stopách, je nezbytné integrovat do tohoto cizího a neznámého prostředí jemu známé věci, které má uložené v paměťových stopách (Friedlová, 2007, s. 110).

Optická stimulace spočívá nejen v obnovení starých paměťových stop prostřednictvím jemu známých obrázků a předmětů, ale také spočívá i v časté změně polohy těla. Jelikož i malá změna polohy těla, resp. hlavy mění jeho zorné pole. Optická stimulace nepředstavuje pouze pasivní aplikaci stimulů (vkládání známých předmětů do zorného pole), ale také možnost pomocí obrázků a fotografií aktivizovat pacienta k vyprávění. Tuto možnost oceňují zejména senioři, kteří rádi vzpomínají na svůj život (Friedlová, 2015, s. 110).

Pacientovi se při optické stimulaci poskytují podněty se zřetelně světlou či tmavou barvou. Obrázky a fotografie by měli být umístěny do zorného pole či na jeho okraj, čímž stimulujeme jeho pohybovou aktivitu. Obrázky mají mít jednoduché tvary a základní barvy, v případě poruch zraku jsou vhodné pouze černo – bílé obrázky. Důraz je kladen na denní dobu, aby měl pacient možnost uvědomit si, zda je den či noc. Hodiny je vhodné umístit na viditelné místo. Osobní oblečení, ložní prádlo i uniformy personálu mají být pestré a barevné. Využití kompenzačních pomůcek, jako např. dioptrické brýle je naprostou samozřejmostí (Friedlová, 2015, s. 111).

Při aplikaci optické stimulace je nutné zohledňovat možné poškození zrakového vjemu pacienta (např. traumatem, onemocněním či stářím) a také respektovat autobiografickou anamnézu. Velmi důležité je všimnout si reakcí pacienta na námi poskytované stimuly a pečlivě je zaznamenávat do dokumentace (Friedlová, 2007, s. 113).

## 5.2 Auditivní stimulace

Sluchový vjem je stejně jako vjem zrakový jedním z nejvíce využívaných smyslů. Sluchové ústrojí je významné pro komunikaci, rozvoj myšlení a vývoj řeči. Prostřednictvím auditivní stimulace lze navázat vztah mezi pacientem a ošetřujícím personálem, zprostředkovat mu informace o své osobě, svém těle a také mobilizovat či stimulovat vzpomínky pacienta uložené v jeho paměťových stopách, a tím vyvolat vzpomínky nové. Mimo jiné umožňuje pacientovi orientovat se a posiluje jeho pocit jistoty a bezpečí. Auditivní stimulace vychází z autobiografické anamnézy a poskytuje se pomocí několika prostředků – řeč, hudba a zpěv. V rámci anamnézy zjišťujeme údaje o používání kompenzačních pomůcek, oblíbené hudbě či možnému poruše sluchu (Friedlová, 2015, s. 114).

Řeč je významný a nejpřirozenější prostředek auditivní stimulace. Může být aplikována formou mluveného slova (př. rozhovor, vyprávění), čtenou či reprodukovanou ze záznamu. Pro aktivizaci vzpomínek je výhodou, aby ji poskytovali nejbližší příbuzní, jelikož právě oni dokáží s pacientem nejlépe komunikovat jeho obvyklým způsobem (Friedlová, 2007, s. 115).

Hudba bývá nemocnému nejčastěji nabízena pomocí zvukových přehrávačů, rádia či televize. Pomocí zvukových přehrávačů lze nemocnému pouštět nejen hudbu, ale i záznam mluveného slova nejbližších příbuzných. Jelikož jejich hlasy jsou nemocnému nejvíce známy, představují významný prostředek auditivní stimulace. Pokud je hudba reprodukována ze sluchátek, pokládají se do vzdálenosti 20 cm od ucha. Tím je nemocnému umožněno vnímat mimo hudby i zvuky okolního prostředí. Hudba může být také produkována hrou na hudební nástroj, s nimiž pracují muzikoterapeuti. Zejména u dětí s hlubokou a těžkou mentální retardací lze využívat hudební nástroje vyvolávající vibrace (např. bubínek), čímž mohou vnímat zvuky celým svým tělem (Friedlová, 2015, s. 114).

Poslední možností auditivní stimulace je zpěv. Zpívat mohou nejen muzikoterapeuti, ale i nejbližší příbuzní. Vždy se volí oblíbené písně nemocného. Tato forma auditivní stimulace se používá zejména u dětí a seniorů (Friedlová, 2007, s. 116).

Pacienti velmi často slyšené okolní zvuky vnímají zcela odlišně, např. alarmy přístrojů mohou zaměňovat za zvonek od svého bytu. Proto je nesmírně důležité při aplikaci auditivní stimulace redukovat rušivé elementy prostředí. V případě, že nemocný mluvenému slovu nerozumí a jeho stav vědomí to umožňuje, lze pro komunikaci využívat analogování – speciální karty s obrázky (Friedlová, 2007, s. 116).

### 5.3 Orální stimulace

*„Ústa představují nejcitlivější a na vnímání nejaktivnější tělesnou zónu. Člověk vnímá svá ústa jako intimní osobní zónu“* (Friedlová, 2007, s. 117). Ústa slouží nejen k příjmu potravy, ale také ke komunikaci, vyjadřování emocí, dýchání a mimo jiné umožňují zprostředkovávat vnímání chutí, vůní a konzistence. Již od raného vývoje poznávají děti okolní svět prostřednictvím úst. Tento fakt se využívá i u nemocných s poruchami vnímání. Ústa mohou vést ke stimulaci vnímání, a tím i k navázání komunikace (Friedlová, 2007, s. 118).

Stav vědomí lze posuzovat dle aktivity v oblasti dutiny ústní, jelikož jakákoliv změna v oblasti vnímání se projeví i změnou svalového tonu. Za normálních okolností má většinou člověk ústa zavřená, což zabraňuje jejich vysychání. Ovšem v případě poruchy vnímání se svalový tonus uvolní a následně dochází k otevření úst. Otevřená ústa jsou predisponujícím faktorem vzniku bolestivých ragád a vyžadují speciální péči (Friedlová, 2007, s. 118).

Orální stimulace pomáhá nemocnému zprostředkovat vjemy z úst. Zejména pozitivní stimuly, jako např. chuťový prožitek, umožňují stimulovat jeho vnímání. Známkou úspěšné stimulace je zvýšený svalový tonus v oblasti dutiny ústní. Zmíněnou stimulaci lze provádět buď samostatně, nebo jako přípravu před příjmem potravy. Ovšem nesmí být pojímána jako péče o dutinu ústní či nácvik polykacího reflexu. Velmi vhodné je orální stimulaci vzájemně kombinovat s péčí o dutinu ústní (Friedlová, 2015, s. 120).

Před zahájením orální stimulace je nutné zhodnotit stav dutiny ústní – přítomnost aftů, ragád, dekubitů apod. Nezbytné je také zjistit informace o hygienických návycích, oblíbených pokrmech a nápojích prostřednictvím autobiografické anamnézy. Tyto údaje lze užít při zvýšeném skusu pro uvolnění napětí dutiny ústní. Nejvhodnější a nejpoužívanější pomůckou pro orální stimulaci jsou vatové či molitanové štětičky. Ty se namáčejí do oblíbeného nápoje, vkládají se do úst, čímž podporujeme stimulaci chuťových buněk. Vhodné jsou též tzv. cucací váčky, tj. kousek požívatinu zabalený v mulu



a namočený ve vodě či čaji. Nezbytné je cucací váček pevně fixovat. Používání kovového peánu či pinzety s tamponem není doporučováno, jelikož kov cinká o zuby a může u klienta vyvolat negativní vzpomínky. Zásadou je nekombinovat více než tři různé chutě a nevnikat násilím do úst. Násilné vniknutí do dutiny ústní vzbuzuje nepříjemný zážitek, který může ztěžovat podmínky pro provedení následné péče o dutinu ústní (Friedlová, 2015, s. 123).

Příjem potravy probíhá ve dvou fázích – preorální a orální. V preorální fázi využíváme vzájemné spojení taktilně – haptických, vizuálních, čichových a gustačních vjemů, které u pacienta vzbuzují příjemné prožitky. Před samotným příjmem potravy je vhodné navodit příjemnou atmosféru a nezbytné zajistit vhodnou polohu, která je pacientovi příjemná. Zvýšená poloha horní poloviny těla po ukončení stimulace zabraňuje refluxu žaludečního obsahu do jícnu. Pacient by v této poloze měl setrvat minimálně 30 minut (Friedlová, 2015, s. 124).

## **5.4 Olfaktorická stimulace**

Olfaktorická stimulace úzce souvisí se stimulací orální, neboť oba tyto smysly jsou přizpůsobeny pro vnímání chemických látek. Hlavními vyvolavateli pozitivních i negativních vzpomínek každého člověka jsou vůně a pachy. Každá vůně představuje pro každého člověka odlišné spojení se situacemi, osobami či věcmi. Při aplikaci olfaktorické stimulace opět vycházíme z autobiografické anamnézy. Zjišťujeme zejména údaje o vůních, které klient preferuje. Nabízení nepříjemných či neznámých vůní může vést ke stimulaci s negativním účinkem. Stejně jako u auditivní stimulace nenabízíme stimuly vůní kontinuálně, neboť by se jedinec mohl na tyto vjemy plně adaptovat a úspěšnost stimulace by byla minimální. Olfaktorickou stimulaci je vhodné kombinovat se stimulací optickou a taktilně – haptickou (Friedlová, 2015, s. 128).

Nejvhodnějšími pomůckami olfaktorické stimulace jsou vůně osobních hygienických potřeb, deodorantů, parfémů, oblíbených pokrmů či vůně z pracovního prostředí nebo z prostředí jeho zájmů (např. jehličí, motorový olej). Naopak nevhodné je používání vonných svíček (Friedlová, 2007, s. 126).

## **5.5 Taktilně – haptická stimulace**

*„Schopnost lidské ruky rozpoznávat předměty umožňuje získávat během života taktilně – haptické zkušenosti a ty pak uchovávat v paměti“* (Friedlová, 2015, s. 130). Pokud dojde z nejrůznějších důvodů k omezení hybnosti ruky (např. paréza, plegie,

spasticita), nastane i omezení taktilně – haptického vnímání, a tím i poznávání svého těla a okolního prostředí. Ruka umožňuje vnímat dotek, vibrace, tlak, napětí, natažení, teplo i chlad (Friedlová, 2015, s. 130).

Tato forma stimulace se využívá zejména u neklidných a hyperaktivních pacientů. Tito pacienti často žmoulají kapesníky, lůžkoviny, tahají za katétry, hrají si s plenkovými kalhotkami, které trhají na malinké kousky či poklepávají prsty do matrace. Tím si kompenzují nedostatek taktilně – haptických stimulů nebo se jen snaží identifikovat předmět, který nahmatali. Neznámé předměty u nich mohou vést k pocitům strachu, úzkosti či nejistoty (Friedlová, 2007, s. 128).

Cílem taktilně – haptické stimulace je poskytnout klientům smysluplnou stimulaci prostřednictvím známých materiálů a věcí, které mohou stimulovat paměťovou stopu. Nejčastějšími pomůckami této stimulace jsou předměty z osobního či pracovního života a také z oblasti zájmů. Využívají se např. talismany, hračky, předměty k osobní hygieně (zubní kartáček, hřeben), k výkonu povolání, předměty denního života (klíče, mobilní telefon) či předměty, které lze zahřát či chladit. Stimulaci ruky lze provést také pomocí masáže, kterou provádí buď terapeut či nejbližší příbuzní. Olfaktorickou stimulaci lze kombinovat se stimulací optickou, auditivní či olfaktorickou (Friedlová, 2007, s. 129).

## 6 RODINA JAKO SOUČÁST OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

Každé onemocnění nezasahuje pouze do života jednotlivce, ale dotýká se všech členů rodiny. V posledních letech se výrazně změnilo postavení rodiny v rámci ošetrovatelské péče, ale i přístup zdravotníků k rodinným příslušníkům. Rodina dříve zastávala pouze postoj nečinného přihlížejícího. Dnes je však považována za rovnocenného partnera a důležitého účastníka ošetrovatelské péče (Tomová, Křivková, 2016, s. 114).

### 6.1 Rodina a terapeutický tým

Práce na odděleních intenzivní péče představuje pro ošetřující personál fyzickou i psychickou zátěž, která mnohdy přesahuje až hranice lidských možností. Každodenní konfrontace s kritickými až život ohrožujícími stavy, nevléčitelným onemocněním, umíráním a smrtí pacientů, může vést k vyčerpání personálu a jejich neschopnosti odpoutat se od dané situace a pracovních problémů. Není proto divu, že zdravotnický personál může integraci rodiny do ošetrovatelské péče vnímat jako zatěžující jev. Je nezbytné si uvědomit, že těžká situace nemocného je zároveň i těžkou situací pro rodinu. Již první kontakt se svým nejbližším, hospitalizovaným na oddělení intenzivní péče může být pro příbuzné šokujícím zážitkem nahánějícím strach a hrůzu. Vždyť jejich nejbližší je upoután na lůžko, často není schopen komunikovat a je obklopen přístroji a hadičkami. Na vzniklou situaci příbuzní reagují nejrůznějšími způsoby, např. agresivitou vůči zdravotnickému personálu, pláčem, strachem, úzkostí či pocitem viny. Je přirozené, že se příbuzní upínají na ošetřující personál a doufají, že personál bude neprodleně reagovat na vzniklou situaci a bezmocnost (Anastasiadou, 2007, s. 5).

Péči o rodinné příslušníky nelze považovat za podřadný úkol, ale naopak za nedílnou součást ošetrovatelské péče. K nejbližším příbuzným je nezbytné přistupovat jako k rovnocenným partnerům, jelikož právě oni mohou terapeutický proces účinně podpořit. Důležitým úkolem zdravotnického personálu je citlivý přístup k příbuzným, který nám umožní stát se jejich účinnou podporou a pomocí v jejich nešťastné životní situaci a také nám usnadní jejich integraci do ošetrovatelské péče. Nezbytným předpokladem smysluplné integrace příbuzných do ošetrovatelské péče je vysoká úroveň profesionality ošetřujících, vhodná forma komunikace, empatie a ochota zdravotnického personálu. Úspěšná integrace příbuzných do terapeutického týmu může být významným zdrojem sil pro pacienta (Anastasiadou, 2007, s. 9).

## 6.2 Model zpracování krizové situace podle Eriky Schuchart

Reakce rodinných příslušníků na náhle vzniklou krizovou situaci popisuje model Eriky Schuchart, který vystihuje spirálovitý vývoj situace. Model se skládá se tří stádií: úvodní (kognitivní), přechodné (emocionální), cílové (akční) a z osmi fází. Příbuzní nemusejí projít všemi fázemi. Mnohdy se také stává, že určitých fází nikdy nedosáhnou. Zvládnutí krizové situace nemusí probíhat v uvedeném pořadí a jejich délka a míra intenzity se mohou lišit (Anastasiadou, 2007, s. 6).

### Fáze zvládnutí krizové situace:

#### 1. Nejistota – „*Co se vlastně děje?*“

- Krizová situace se objevuje náhle, jako blesk z čistého nebe. Příbuzní na dané okolnosti nejsou připraveni a často nedokážou vzniklou realitu akceptovat. Celá situace je pro ně chaotická až šokující, prožívají strach a nejistotu. Navázání kontaktu s příbuznými je v této fázi velmi důležité (Anastasiadou, 2007, s. 6).

#### 2. Jistota – „*Ano, ale to snad není možné?*“

- Příbuzní touží po jistotě, která by ukončila jejich nesnesitelné napětí. Jsou již schopni akceptovat pravdu. Stále ovšem doufají, že vše je pouze nedopatření a že tento zlý sen brzy skončí (Anastasiadou, 2007, s. 6).

#### 3. Agrese – „*Proč zrovna já?*“

- Nejbližší příbuzní se začínají smířovat se vzniklou skutečností. Ovšem utrpení, které prožívají, projevují navenek silnými negativními emocemi až agresivitou. Své pocity i agresivní projevy často ventilují vůči ostatním lidem, zejména vůči zdravotnickému personálu (Anastasiadou, 2007, s. 6).

#### 4. Vyjednávání – „*Když... pak ale musí?*“

- Příbuzní se snaží získat a shromáždit co nejvíce nových informací. Od všech členů zdravotnického týmu opakovaně zjišťují jakékoliv novinky, pokroky i minimální změny ve zdravotním stavu jejich blízkého (Anastasiadou, 2007, s. 6).

### **5. Deprese – „Proč, všechno je zbytečné?“**

- Neschopnost svému nejbližšímu jakkoli pomoci vnímají příbuzní jako prohru či své osobní selhání. Prožívají pocity viny, strachu, smutku a pro své okolí bývají až depresivní. Důležitým krokem pro příbuzné, který umožňuje smířit se s konečnou fází a přijmout osud, je uvědomit si a vyrovnat se se svým smutkem (Anastasiadou, 2007, s. 7).

### **6. Přijetí – „Teď teprve uznávám!“**

- Příbuzní jsou z nešťastné životní situace vyčerpaní. Stojí na pokraji svých sil a pociťují prázdnotu. Smiřují se se situací a přijímají nezvratné (Anastasiadou, 2007, s. 7).

### **7. Aktivita – „Udělám to!“**

- Příbuzní se smiřují s osudem a přijímají fakt, že stav jejich nejbližšího je nezměnitelný. Pociťují úlevu a dochází k uvolnění potlačované energie (Anastasiadou, 2007, s. 7).

### **8. Solidarita – „My jednáme!“**

- Příbuzní, kteří se nedokáží smířit se zátěží osudu, nemohou nikdy dosáhnout této fáze. Východiskem ze svízelné životní situace není bojovat proti nemilosti osudu, ale přijmout fakt a snažit se akceptovat život s omezením (Anastasiadou, 2007, s. 7).

## **6.3 Komunikace a spolupráce s rodinnými příslušníky**

V životě člověka představuje rodina nezastupitelnou roli. Její důležitost stoupá nejen v době nemoci a hospitalizace, ale také po propuštění nemocného do domácího ošetřování. Rodina je významným pomocníkem zdravotnického personálu při plnění základních potřeb nemocného, ale také poskytuje svému blízkému psychickou podporu. Proto by rodina měla být považována za významného partnera, neboť i oni se po celou dobu hospitalizace podílejí na ošetrovatelské péči (Tomová, Křivková, 2016, s. 119).

Snahou zdravotnického personálu je co nejdříve integrovat rodinné příslušníky do ošetrovatelské péče. Aby integrace rodiny byla úspěšná, je nezbytná spolupráce ošetrojícího personálu, nemocného a jeho rodiny. Vzájemná spolupráce je nesmírně důležitá,

neboť je významným zdrojem informací jednak pro ošetřující personál (např. autobiografické údaje), tak i pro rodinné příslušníky. Na spolupráci má vliv celá řada okolností. Některé z nich ošetřující personál ovlivnit nedokáže, jiné naopak ano. Na vzájemnou spolupráci rodiny se zdravotnickým personálem má výrazný vliv charakter onemocnění. Rodina často prožívá méně závažné onemocnění zcela odlišným způsobem, než onemocnění závažné či nevléčitelné. Dalším faktorem, který má vliv na vzájemný vztah, je délka hospitalizace. Při krátce trvající hospitalizaci obvykle nedochází k bližšímu seznámení s rodinou klienta. Avšak dlouhodobá hospitalizace již poskytuje dostatek času na vzájemné poznání. I průběh hospitalizace může velmi zásadně ovlivnit vztahy mezi rodinou a zdravotnickým personálem. Nastanou-li v průběhu zotavování pacienta jakékoliv komplikace či se jeho stav nevyvíjí tak, jak si rodina představuje, dochází k narušení vzájemné interakce. Všechny tyto faktory ovlivňují pocity rodinných příslušníků, ale také reakce i přístup rodiny ke zdravotníkům. Ovšem řadu faktorů, které působí na vzájemnou interakci, zdravotnický personál ovlivnit dokáže. Těmito faktory se rozumí vlastnosti a dovednosti zdravotnických pracovníků, mezi které řadíme např. profesionální přístup, empatii, dobrosrdečnost a lásku ke svému povolání (Vybíhalová, 2012, s. 30).

Komunikační dovednosti mají zásadní vliv na vytvoření vztahu mezi rodinou a zdravotnickým personálem. Prvotní setkání však bývá ovlivněno předsudky či negativními zkušenostmi příbuzných z předchozí hospitalizace. Právě tyto nepříjemné zážitky mají vliv na jejich názory, postoje, vztahy a také na celkový přístup ke zdravotníkům. Základním předpokladem úspěšné komunikace mezi rodinou a zdravotnickým personálem je ochota a snaha obou stran komunikovat. Komunikace s rodinou a sdělování informací o zdravotním stavu jejich blízkého by měla vždy probíhat v klidném prostředí. Není vhodné jednat s příbuznými přímo u lůžka, neboť by mohlo dojít k rozrušení nemocného. Před zahájením rozhovoru bychom měli mít promyšlené, o čem s příbuznými chceme hovořit a jakým způsobem budeme informace sdělovat. Snažíme se zvolit takovou formu komunikace, která odpovídá komunikační úrovni nejbližších příbuzných. K rodině přistupujeme přátelsky, nikoli autoritativně. Hovoříme klidným tónem hlasu, zřetelně, srozumitelně a v přiměřeném tempu. Kontrolujeme své nonverbální projevy a vyhýbáme se odborné terminologii. Během rozhovoru udržujeme v přiměřené míře oční kontakt s příbuznými a všímáme si jejich reakci a pocitů. Na závěr poskytneme rodině dostatečný prostor vyjádřit se k dané situaci a zjišťujeme, zda rodina sděleným informacím porozuměla (Vybíhalová, 2012, s. 30).

## 7 FORMULACE PROBLÉMU

Nalezení správné cesty k nemocnému je nejtěžším, ale zároveň nejdůležitějším úkolem ošetrovatelské péče, neboť každý člověk je jedinečná bytost charakterizovaná individuálním způsobem chování, vnímání, myšlení, prožívání a komunikace. Každý pacient má právo na uspokojování svých potřeb a nárok na to, aby se mu dostávalo takových podnětů, jako před úrazem, onemocněním či hospitalizací. Bazální stimulace se stala velmi oblíbeným konceptem, neboť umožňuje poskytovat péči na vysoké profesionální úrovni a zároveň respektuje holistický přístup k pacientům. Tato osvědčená metoda umožňuje nemocnému vnímat vlastní identitu, své okolí a vždy se přizpůsobuje věku, stavu a potřebám nemocného. Aplikace bazálně stimulující péče nevyžaduje použití žádných speciálních pomůcek a ani neznamena významné finanční zatížení pro zdravotnické zařízení. Požaduje jen proškolený zdravotnický personál a pochopení celého ošetrovatelského týmu.

V zemích Evropské unie je již po mnoho let koncept Bazální stimulace neodmyslitelnou součástí ošetrovatelské péče. V České republice je spíše stále novým konceptem, který hledá své místo v ošetrovatelské péči. I přesto, že je v posledních letech tento koncept stále více integrován do ošetrovatelské péče a vzrůstá počet zdravotnických pracovišť, která s tímto konceptem pracují, je pro celou řadu zdravotnických pracovníků stále novým či neznámým konceptem. Ačkoliv byl koncept Bazální stimulace zakotven do učebních osnov zdravotnických škol a zohledněn ve vyhlášce ministerstva zdravotnictví České republiky č. 424/2004 Sb., není tomuto konceptu věnovaná taková pozornost, jakou by si zasloužil. Je důležité si uvědomit, že pro celou řadu nemocných je již nedílnou součástí života. Jelikož již několik let pracuji na klinice KARIM, zvolila jsem z vlastního zájmu o tuto problematiku jako hlavní cíl práce, posoudit aspekty ovlivňující integraci konceptu Bazální stimulace do praxe v oblasti intenzivní péče.

## 8 CÍL/DÍLČÍ CÍLE PRÁCE

Ve své diplomové práci jsem si jako **hlavní cíl** výzkumné části stanovila posoudit aspekty ovlivňující integraci konceptu bazální stimulace do praxe v oblasti intenzivní péče.

### Dílčí cíle

1. Zjistit znalosti nelékařského zdravotnického personálu o konceptu Bazální stimulace v oblasti intenzivní péče.
2. Zmapovat vedení dokumentace Bazální stimulace v oblasti intenzivní péče.
3. Zjistit proškolení nelékařských zdravotnických pracovníků v konceptu Bazální stimulace prostřednictvím certifikovaných kurzů v oblasti intenzivní péče.
4. Zjistit, zda je rodina pacienta v rámci konceptu Bazální stimulace zapojována do ošetrovatelské péče v oblasti intenzivní péče.
5. Vytvořit návrh dokumentace Bazální stimulace pro KARIM – lůžka.
6. Vytvořit webovou prezentaci, jako edukační materiál, pro nelékařské zdravotnické pracovníky.

## 9 FORMULACE HYPOTÉZ

Pro své výzkumné šetření jsem si stanovila tyto **nulové hypotézy**:

H1: Míra znalostí nelékařských zdravotnických pracovníků v konceptu Bazální stimulace v oblasti intenzivní péče nezávisí na typu intenzivní péče.

H2: Míra objektivních znalostí nelékařských zdravotnických pracovníků nekoresponduje s jejich subjektivními znalostmi o konceptu bazální stimulace.

H3: Podíl absolventů základního kurzu konceptu Bazální stimulace nezávisí na typu intenzivní péče.

H4: Frekvence zapojení rodiny do ošetrovatelské péče dle konceptu Bazální stimulace nezávisí na typu intenzivní péče.



## 10 METODOLOGIE VÝZKUMU

Pro výzkumnou část diplomové práce byla použita metoda kvantitativního výzkumu. Dle Bártlové, Sadílka a Tóthové je kvantitativní výzkum „založen na ověřování platnosti teorií, konstruovaných pomocí konceptů a měřených čísel, analyzovaných vzápětí pomocí statistických procedur s cílem zjistit, zda prediktivní zobecnění teorie je pravdivé.“ (Bártlová S., Sadílek P. a Tóthová V., 2005, s. 14). Pro získání dat jsem ve své diplomové práci použila následující výzkumné techniky:

- Studium odborné literatury, časopisů a dalších dostupných materiálů.
- Dotazníkové šetření.

**Studium odborné literatury, časopisů a dalších dostupných materiálů** bylo důležité pro sepsání teoretické části diplomové práce, ale také pro sestavení otázek dotazníkového šetření. **Dotazník** je dle Bártlové, Sadílka a Tóthové „v podstatě standardizovaným souborem otázek, jež jsou předem připravené na určitém formuláři. Získáváme jím empirické informace, založené na nepřímém dotazování se respondentů, s použitím předem formulovaných písemných otázek.“ (Bártlová S., Sadílek P. a Tóthová V., 2005, s. 46). Prostřednictvím dotazníku byly následně objasněny odpovědi na stanovené problémy.

Výzkumné šetření diplomové práce prostřednictvím dotazníkového šetření bylo zvoleno, jelikož umožňuje získat data od většího počtu respondentů. Dotazníkové šetření je anonymní, proto aby byla zajištěna dostatečná objektivita výsledků. Samotnému šetření ovšem předcházela pilotní průzkum, který ověřoval jednotlivé otázky dotazníkového šetření písemnou formou. Osloveni byli nelékařští zdravotničtí pracovníci a na základě jejich připomínek byly provedeny mírné úpravy. Ukázka dotazníku je uvedena v příloze diplomové práce. Dotazník obsahoval 24 otázek různého druhu – uzavřené, polootevřené, škálové a filtrační. Pro otázky dotazníkového šetření byly vytvořeny sloupcové grafy s absolutními a relativními četnostmi kategorizované podle jednotlivých pracovišť zdravotnických zařízení. Otázky dotazníkového šetření byly zaměřeny na základní demografické údaje, ověřovaly znalosti nelékařského zdravotnického personálu o konceptu Bazální stimulace. Dotazy směřovaly k dokumentaci, proškolení nelékařských zdravotnických pracovníků certifikovanými kurzy a zjišťovaly způsob zapojování rodinných příslušníků do ošetrovatelské péče v rámci konceptu Bazální stimulace.

Výzkumné šetření probíhalo v měsíci září 2018 na osmi pracovištích intenzivní péče. Pro výzkum byla zvolena čtyři anesteziologicko – resuscitační oddělení (dále jen ARO), konkrétně ARO FN Plzeň Bory, KARIM – lůžka FN Plzeň Lochotín, ARO nemocnice Klatovy a ARO nemocnice Domažlice a čtyři oddělení dlouhodobé (následně) intenzivní péče (dále jen NIP), konkrétně DIP FN Plzeň Bory, NIP nemocnice Klatovy, NIP SWISS MED CLINIC s.r.o. Planá a NIP FN Motol. Tato oddělení byla zvolena záměrně, jelikož jejich společným znakem je poskytování ošetrovatelské péče a aplikace bazální stimulace u pacientů napojených na UPV. Mým původním záměrem bylo zhodnotit využití konceptu Bazální stimulace na pracovištích intenzivní péče Plzeňského kraje, ovšem Mulačova nemocnice s.r.o. mi neposkytla souhlas s provedením výzkumného šetření. Pro zajištění dostatečného počtu respondentů a stejného počtu pracovišť ARO a NIP, byl výzkum následně uskutečněn ve FN Motol. Z celkového počtu 250 rozdaných dotazníků jej neúplně vyplnilo 45 lidí. Návratnost dotazníku činila 81,6 %. Ve spolupráci se statistikem Mgr. Tomášem Zdařilem bylo statisticky zpracováno celkem 205 dotazníků, konkrétně 114 na ARO a 91 na NIP, prostřednictvím programů STATISTICA 12 a MS Excel 2016.

Data jsou interpretována pomocí sloupcových grafů, které jsou vždy doplněny vysvětlujícím textem. K ověřování hypotéz byl zvolen Mann - Whitneyho test, jehož výsledná p - hodnota byla doplněna pořadovými statistikami (medián, dolní a horní kvartil) a kategorizovaným krabicovým grafem. Škálové odpovědi byly ověřovány pomocí testu nezávislosti založeného na Spearmanově koeficientu pořadové korelace. K porovnávání relativních četností jednotlivých položek dotazníku byl použit test o dvou relativních četnostech. Hladina významnosti byla zvolena na hodnotě  $\alpha = 0,05$ .

Eticky byl výzkum ošetřen písemným souhlasem jednotlivých zdravotnických zařízení s provedením výzkumu. Jednotlivé souhlasy s provedením výzkumného šetření jsou uvedeny v příloze diplomové práce.

## **11 VZOREK RESPONDENTŮ**

Výzkumné šetření diplomové práce bylo prováděno u nelékařských zdravotnických pracovníků na ARO a NIP. Konkrétně se výzkum týkal všeobecných sester a zdravotnických záchranářů. Tyto respondenty jsem zvolila záměrně, jelikož nejvíce využívají konceptu Bazální stimulace při poskytování ošetrovatelské péče. Zároveň se také podílejí na edukaci a zapojování rodinných příslušníků do ošetrovatelské péče v rámci konceptu Bazální stimulace.

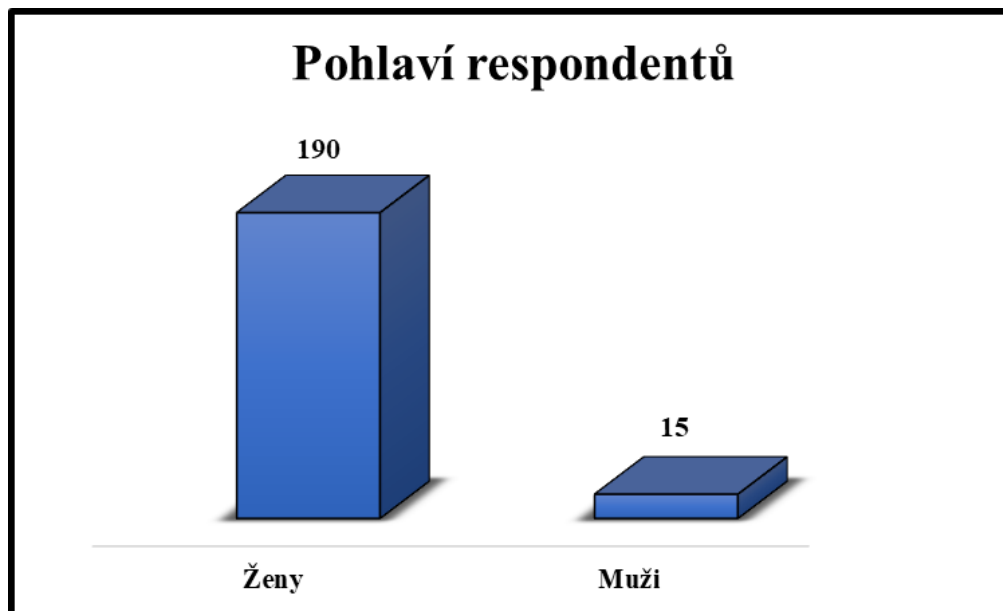
## 12 PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ

Otázky dotazníkového šetření jsou uspořádány do 5 okruhů – základní demografické údaje respondentů, znalosti nelékařského zdravotnického personálu o konceptu Bazální stimulace, vedení záznamů a dokumentace o Bazální stimulaci, proškolení nelékařských zdravotnických pracovníků certifikovanými kurzy a zapojování příbuzných pacienta do ošetrovatelské péče v rámci konceptu Bazální stimulace. Data byla ve spolupráci se statistikem Mgr. Tomášem Zdařilem zpracována pomocí programů STATISTICA 12 a MS Excel 2016. Pro grafické zobrazení byly vytvořeny sloupcové grafy s popisky v absolutních hodnotách, které jsou doplněny o vysvětlující text a jsou využity pro splnění dílčích cílů. Dále jsou u každé otázky vytvořeny dvě tabulky, které znázorňují absolutní a relativní četnosti odpovědí respondentů na jednotlivých pracovištích intenzivní péče. První tabulka popisuje výsledky získané na ARO a druhá tabulka na odděleních NIP. Výsledná data budou následně využita pro ověřování hypotéz v další kapitole práce.

## 12.1 Základní demografické údaje respondentů

Otázka č. 1: Jste žena nebo muž?

Graf č. 1 – Pohlaví respondentů



Zdroj: vlastní

Povinná, uzavřená otázka, ve které musel respondent zvolit jednu z uvedených možností. Z celkového počtu 205 respondentů (100 %), zodpovědělo otázky dotazníkového šetření 190 žen (93 %) a 15 mužů (7 %).

**Tabulka č. 1 – Pohlaví respondentů ARO**

	KARIM		ARO FN Plzeň		ARO Klatovy		ARO Domažlice		Celkem	
	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%
Žena	42	37	19	16	22	19	24	22	107	94
Muž	4	3	3	3	0	0	0	0	7	6
<b>Celkem</b>	<b>46</b>	<b>40</b>	<b>22</b>	<b>19</b>	<b>22</b>	<b>19</b>	<b>24</b>	<b>22</b>	<b>114</b>	<b>100</b>

Zdroj: vlastní

Na resuscitačních odděleních se výzkumného šetření zúčastnilo 114 respondentů (100 %). Otázku týkající se pohlaví zodpovědělo 107 žen (94 %) a 7 mužů (6 %). Mužské pohlaví je zastoupeno pouze na dvou ARO, konkrétně na KARIM – lůžka a ARO FN Plzeň.

**Tabulka č. 2 – Pohlaví respondentů NIP**

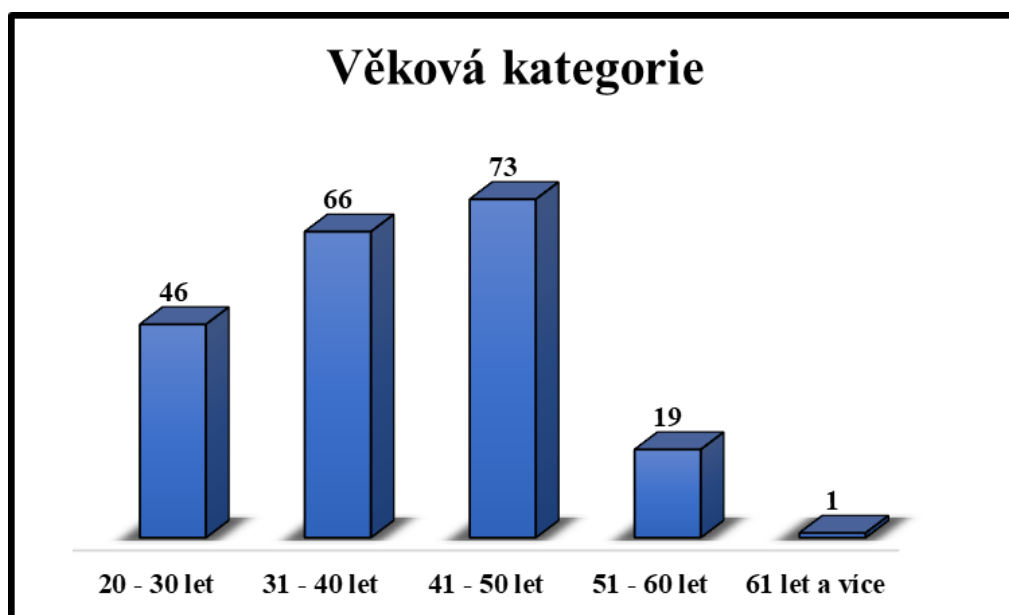
	DIP FN Plzeň		NIP Klatovy		NIP Planá		NIP FN Motol		Celkem	
	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%
Žena	20	22	17	19	22	24	24	26	83	91
Muž	0	0	0	0	3	3	5	6	8	9
<b>Celkem</b>	<b>20</b>	<b>22</b>	<b>17</b>	<b>19</b>	<b>25</b>	<b>27</b>	<b>29</b>	<b>32</b>	<b>91</b>	<b>100</b>

Zdroj: vlastní

Z celkového počtu 91 respondentů (100 %), kteří zodpovídali otázky dotazníkového šetření na odděleních NIP, zaujímají ženy 91 % (83 respondentek). Muži se zúčastnili výzkumného šetření pouze na oddělení NIP Planá a NIP FN Motol v počtu 8 respondentů (9 %).

## Otázka č. 2: Vaše věková kategorie?

Graf č. 2 – Věková kategorie



Zdroj: vlastní

Povinná, uzavřená otázka, respondent musel vybrat jednu z nabízených možností. Nejvýše zastoupenou věkovou kategorií, která se účastnila výzkumného šetření, byli lidé v období zralosti od 41 do 50 let věku – 73 respondentů (36 %) a lidé v plné dospělosti ve věku 31 až 40 let, která byla tvořena 66 respondenty (32 %). Věkové rozmezí mladší dospělosti od 20 do 30 let zastupovalo 46 účastníků (22 %) výzkumného šetření. Dotazovaných ve věku starší dospělosti od 51 do 60 let bylo 19 (9 %). Nejmenší skupinu tvořil jeden respondent (1 %) ve věkové kategorie nad 60 let.

**Tabulka č. 3 – Věková kategorie ARO**

	KARIM		ARO FN Plzeň		ARO Klatovy		ARO Domažlice		Celkem	
	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%
20 - 30 let	15	13	8	7	5	4	4	4	32	28
31 - 40 let	16	14	6	5	9	8	6	5	37	32
41 - 50 let	14	12	6	5	8	7	13	12	41	36
51 - 60 let	1	1	2	2	0	0	1	1	4	4
61 let a více	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Celkem</b>	<b>46</b>	<b>40</b>	<b>22</b>	<b>19</b>	<b>22</b>	<b>19</b>	<b>24</b>	<b>22</b>	<b>114</b>	<b>100</b>

Zdroj: vlastní

Všechny věkové kategorie na ARO jsou zastoupeny téměř stejným počtem respondentů. Výjimkou je ARO nemocnice Domažlice, kde největší skupinu tvoří dotazovaní v období zralosti od 41 do 50 let – 13 respondentů (54 %). Na polovině ARO jsou nejvíce zastoupeny lidé ve věkovém rozmezí od 31 do 40 let věku, konkrétně se jedná o ARO nemocnice Klatovy a KARIM – lůžka. Dotazovaní ve věku starší dospělosti od 51 do 60 let jsou zastoupeny, s výjimkou ARO nemocnice Klatovy, na všech resuscitačních jednotkách v počtu 4 respondentů (4 %).

**Tabulka č. 4 – Věková kategorie NIP**

	DIP FN Plzeň		NIP Klatovy		NIP Planá		NIP FN Motol		Celkem	
	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%
20 - 30 let	1	1	3	3	2	2	8	9	14	15
31 - 40 let	7	8	4	4	10	11	8	9	29	32
41 - 50 let	11	12	5	7	9	10	7	8	32	37
51 - 60 let	1	1	4	4	4	4	6	6	15	15
61 let a více	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
<b>Celkem</b>	<b>20</b>	<b>22</b>	<b>17</b>	<b>19</b>	<b>25</b>	<b>27</b>	<b>29</b>	<b>32</b>	<b>91</b>	<b>100</b>

Zdroj: vlastní

Počet respondentů v období zralosti a plné dospělosti, je téměř totožný na všech pracovištích NIP. Výjimku tvoří pouze DIP FN Plzeň, kde dotazovaní ve věku od 41 do 50 let představovali největší skupinu – 11 respondentů. V totožném poměru bylo zastoupeno věkové rozmezí mladší a starší dospělosti (15 %). Věk nad 60 let uvedl pouze jeden respondent (1 %) na oddělení NIP Klatovy.

### Otázka č. 3: Vaše pracovní pozice?

Graf č. 3 – Pracovní pozice



Zdroj: vlastní

Povinná, uzavřená otázka, ve které respondent musel vybrat jednu z nabízených možností. Z grafu č. 3, který popisuje pracovní zařazení jednotlivých respondentů v oblasti intenzivní péče jednoznačně převažuje pozice všeobecné sestry. 167 respondentů (81 %) uvedlo, že na odděleních intenzivní péče pracuje na pozici všeobecné sestry. Pouze necelou čtvrtinu dotazovaných tvoří zdravotničtí záchranáři v počtu 38 respondentů (19 %).



**Tabulka č. 5 – Pracovní pozice ARO**

	KARIM		ARO FN Plzeň		ARO Klatovy		ARO Domažlice		Celkem	
	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%
Všeobecná sestra	30	26	16	14	18	16	22	19	<b>86</b>	<b>75</b>
Zdravotnický záchranář	16	14	6	6	4	3	2	2	<b>28</b>	<b>25</b>
<b>Celkem</b>	<b>46</b>	<b>40</b>	<b>22</b>	<b>19</b>	<b>22</b>	<b>19</b>	<b>24</b>	<b>22</b>	<b>114</b>	<b>100</b>

Zdroj: vlastní

Z celkového počtu 114 dotázaných respondentů na ARO uvedlo pozici všeobecná sestra 86 účastníků (75 %). Profesi na pozici zdravotnického záchranáře vykonává 28 respondentů (25 %). Na ARO FN Plzeň, ARO Klatovy a ARO Domažlice převládá zastoupení všeobecných sester. Pouze na KARIM – lůžka tvoří polovinu dotazovaných respondentů zdravotnických záchranářů.

**Tabulka č. 6 – Pracovní pozice NIP**

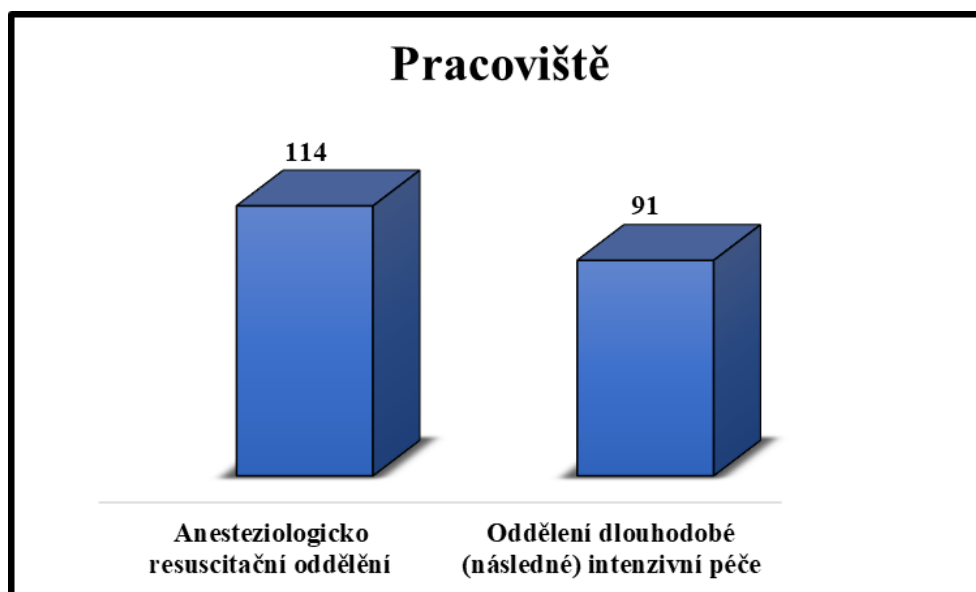
	DIP FN Plzeň		NIP Klatovy		NIP Planá		NIP FN Motol		Celkem	
	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%
Všeobecná sestra	19	21	15	17	23	25	24	26	<b>81</b>	<b>89</b>
Zdravotnický záchranář	1	1	2	2	2	2	5	6	<b>10</b>	<b>11</b>
<b>Celkem</b>	<b>20</b>	<b>22</b>	<b>17</b>	<b>19</b>	<b>25</b>	<b>27</b>	<b>29</b>	<b>32</b>	<b>91</b>	<b>100</b>

Zdroj: vlastní

Na odděleních NIP je převaha respondentů, kteří zastávají pozici všeobecné sestry – 81 respondentů (89 %). Jako zdravotnický záchranář pracuje na odděleních NIP pouze 10 respondentů (11 %). Největší zastoupení zdravotnických záchranářů je na lůžkách NIP FN Motol.

#### Otázka č. 4: Na kterém oddělení v současnosti pracujete?

Graf č. 4 - Pracoviště



Zdroj: vlastní

Povinná, uzavřená otázka. Respondent musel vybrat jednu z uvedených možností. Z celkového počtu 205 účastníků výzkumného šetření pracuje na resuscitačních odděleních 114 dotázaných (55 %) a na odděleních NIP 91 respondentů (45 %).

Tabulka č. 7 – Zastoupení jednotlivých pracovišť intenzivní péče

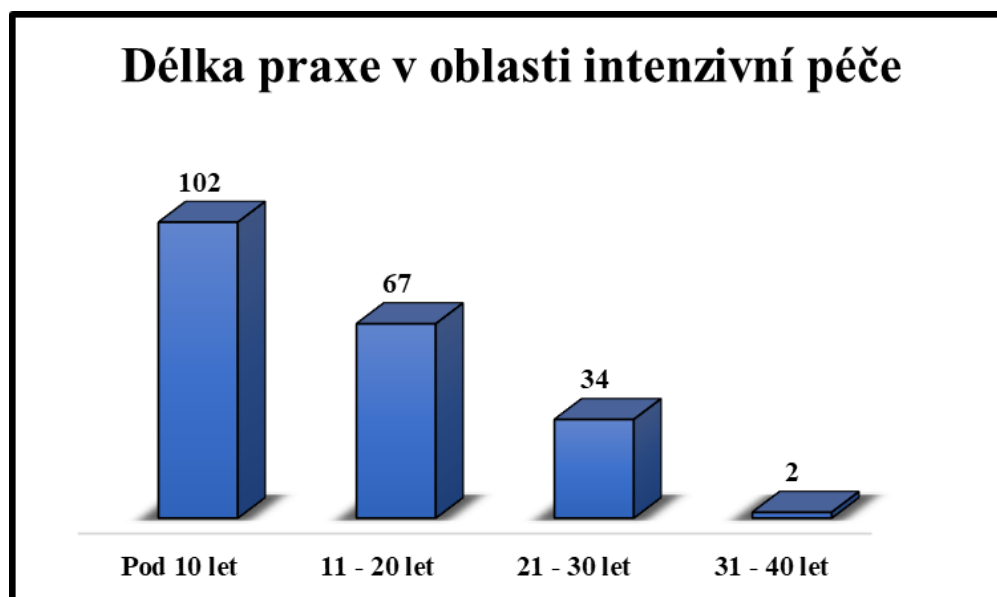
Pracoviště	Počet vyplněných dotazníků	
	(n)	%
KARIM – lůžka	46	22
ARO FN Plzeň – Bory	22	11
ARO nemocnice Klatovy	22	11
ARO nemocnice Domažlice	24	12
DIP FN Plzeň – Bory	20	10
NIP nemocnice Klatovy	17	8
NIP Swiss Med Clinic s.r.o. Planá	25	12
NIP FN Motol	29	14

Zdroj: vlastní

Nejvíce respondentů se podílelo na výzkumném šetření na KARIM – lůžka (22 %). Následovali účastníci na NIP FN Motol (14 %), NIP Planá (12 %) a ARO Domažlice (12 %). Ve stejném počtu 22 respondentů (11 %) dotazník vyplnili účastníci na ARO FN Plzeň a ARO Klatovy. Nejméně respondentů se studie účastnilo na NIP Klatovy (8 %).

### Otázka č. 5: Kolik let pracujete na oddělení intenzivní péče?

Graf č. 5 – Délka praxe v oblasti intenzivní péče



Zdroj: vlastní

Povinná, otevřená otázka. Na základě zjištěných dat byli respondenti rozděleni do čtyř skupin dle délky praxe v oblasti intenzivní péče, jak je zřejmé z grafu č. 5. Z celkového počtu 205 respondentů, kteří se účastnili výzkumné studie, pracuje 102 respondentů (50 %) v oblasti intenzivní péče méně než 10 let. Početnou skupinu tvoří dotazovaní pracující v intenzivní péči 11 až 20 let, celkově 67 respondentů (33 %). Délku praxe 21 až 30 let uvedlo 34 účastníků (16 %). Nejméně zastoupenou skupinou představují respondenti s délkou praxe 31 až 40 let – 2 respondenti (1 %).

**Tabulka č. 8 – Délka praxe v oblasti intenzivní péče ARO**

	KARIM		ARO FN Plzeň		ARO Klatovy		ARO Domažlice		Celkem	
	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%
Pod 10 let	22	19	11	10	14	11	8	7	55	47
11 - 20 let	22	19	7	6	4	4	10	9	43	38
21 - 30 let	2	2	3	2	4	4	6	6	15	14
31 - 40 let	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
<b>Celkem</b>	<b>46</b>	<b>40</b>	<b>22</b>	<b>19</b>	<b>22</b>	<b>19</b>	<b>24</b>	<b>22</b>	<b>114</b>	<b>100</b>

Zdroj: vlastní

Největší skupinu na ARO představují respondenti pracující v intenzivní péči méně než 10 let – 55 účastníků (48 %). Pouze na ARO nemocnice Domažlice jsou nejvíce zastoupeni respondenti pracující v intenzivní péči 10 až 20 let. Je patrné, že se zvyšující se délkou praxe klesá počet oslovených pracovníků na všech resuscitačních jednotkách.

**Tabulka č. 9 – Délka praxe v oblasti intenzivní péče NIP**

	DIP FN Plzeň		NIP Klatovy		NIP Planá		NIP FN Motol		Celkem	
	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%
Pod 10 let	9	10	12	14	12	14	14	15	47	53
11 - 20 let	4	4	2	2	8	8	10	12	24	26
21 - 30 let	7	8	2	2	5	5	5	5	19	20
31 - 40 let	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
<b>Celkem</b>	<b>20</b>	<b>22</b>	<b>17</b>	<b>19</b>	<b>25</b>	<b>27</b>	<b>29</b>	<b>32</b>	<b>91</b>	<b>100</b>

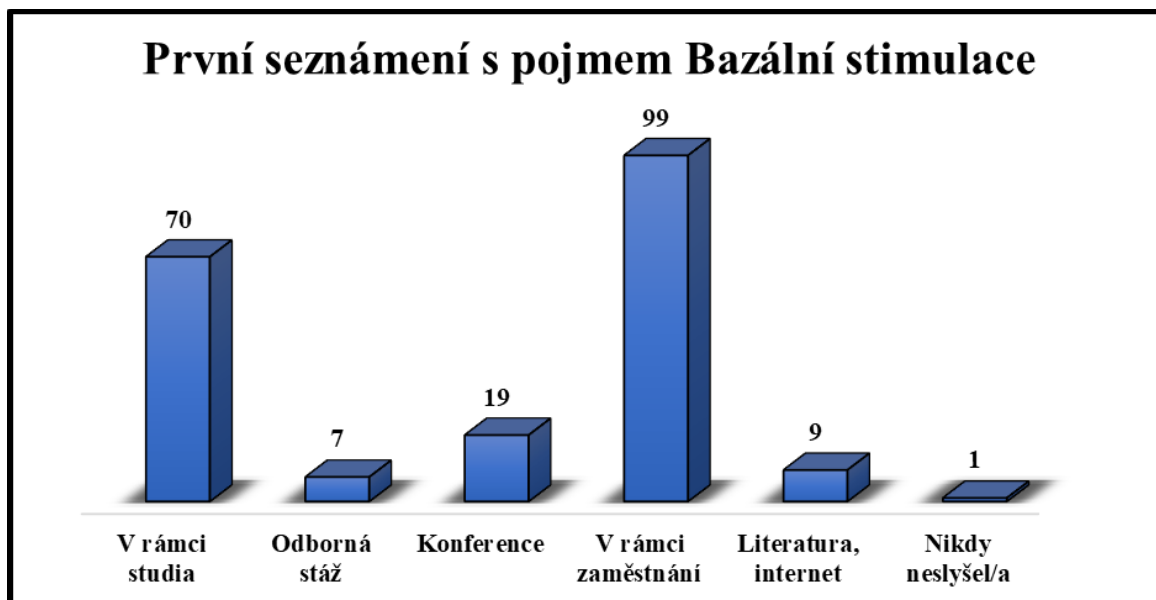
Zdroj: vlastní

Z celkového počtu 91 respondentů, kteří zodpověděli otázky dotazníkového šetření na odděleních NIP, tvoří největší skupinu pracující v intenzivní péči méně než 10 let – 47 respondentů (52 %). Na oddělení NIP nemocnice Klatovy je největší rozdíl v zastoupení jednotlivých skupin charakterizujících délku praxe v oblasti intenzivní péče. Výzkumné studie se na tomto pracovišti zúčastnilo 17 respondentů (100 %) a pouze čtvrtinu dotazovaných (29 %) představují lidé s délkou praxe nad 10 let. S výjimkou oddělení DIP FN Plzeň, lze říci, že počet respondentů na NIP se snižuje úměrně s délkou praxe.

## 12.2 Znalosti nelékařského zdravotnického personálu o konceptu Bazální stimulace

Otázka č. 6: Kdy jste poprvé slyšel/a o konceptu Bazální stimulace?

Graf č. 6 – První seznámení s pojmem Bazální stimulace



Zdroj: vlastní

Povinná, uzavřená a filtrační otázka, ve které musel respondent zvolit jednu z nabízených odpovědí. Graf č. 6 popisuje, jakým způsobem získali respondenti informace o konceptu Bazální stimulace. Téměř polovina respondentů uvedla, že své vědomosti o konceptu Bazální stimulace nabyli v rámci zaměstnání. Konkrétně tuto možnost zvolilo 99 respondentů (49 %). 70 oslovených (34 %) odpovědělo, že se s pojmem Bazální stimulace poprvé setkali již v rámci studia. Následovali respondenti, kteří se o konceptu Bazální stimulace dozvěděli na konferencích – 19 účastníků (9 %). Samostudium (četba odborné literatury, využití internetu) zvolilo k nabytí vědomostí o Bazální stimulaci 9 respondentů (4 %) a 7 respondentů (3 %) se poprvé s pojmem Bazální stimulace setkali v rámci odborné stáže. Pouze 1 respondent (1 %) uvedl, že se s konceptem Bazální stimulace nikdy nesešel a dále již ve vyplňování dotazníkového šetření nepokračoval. Zbylé otázky dotazníku zodpovídalo 204 respondentů.

**Tabulka č. 10 – První seznámení s pojmem Bazální stimulace ARO**

	KARIM		ARO FN Plzeň		ARO Klatovy		ARO Domažlice		Celkem	
	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%
V rámci studia	22	19	9	8	14	12	3	3	<b>48</b>	<b>42</b>
Odborná stáž	1	1	0	0	0	0	2	2	<b>3</b>	<b>3</b>
Konference	1	1	2	2	1	1	7	6	<b>11</b>	<b>10</b>
V zaměstnání	21	18	10	8	5	4	8	9	<b>44</b>	<b>39</b>
Literatura, internet	0	0	1	1	2	2	4	2	<b>7</b>	<b>5</b>
Nikdy neslyšel/a	1	1	0	0	0	0	0	0	<b>1</b>	<b>1</b>
<b>Celkem</b>	<b>46</b>	<b>40</b>	<b>22</b>	<b>19</b>	<b>22</b>	<b>19</b>	<b>24</b>	<b>22</b>	<b>114</b>	<b>100</b>

Zdroj: vlastní

Dotazovaní nejčastěji uváděli, že vědomosti o Bazální stimulaci nabyli v rámci studia – 48 respondentů (42 %) či při zaměstnání – 44 oslovených (38 %), přičemž studium představuje v nemocnici Klatovech dominantní odpověď. Odborné stáže, konference a samostudium jsou na všech pracovištích zastoupeny minimálním počtem oslovených. O konceptu Bazální stimulace nikdy neslyšel 1 respondent (1 %) pracující na KARIM – lůžka.

**Tabulka č. 11 – První seznámení s pojmem Bazální stimulace NIP**

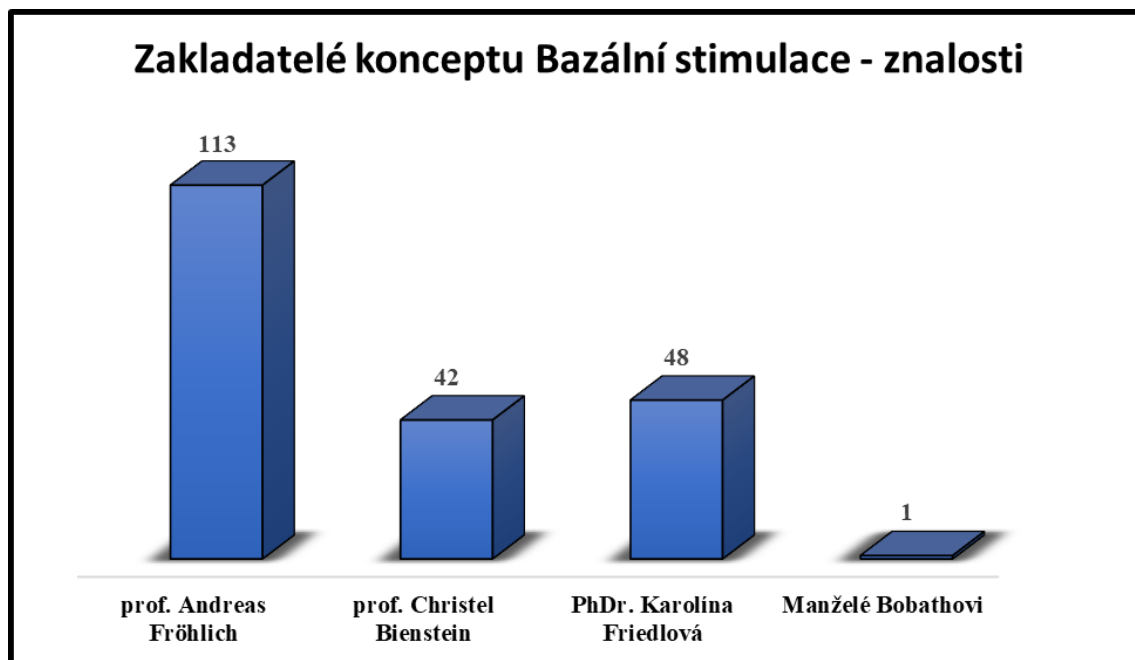
	DIP FN Plzeň		NIP Klatovy		NIP Planá		NIP FN Motol		Celkem	
	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%
V rámci studia	2	2	5	6	3	4	12	13	<b>22</b>	<b>25</b>
Odborná stáž	2	2	0	0	2	2	0	0	<b>4</b>	<b>4</b>
Konference	1	1	3	4	2	2	2	2	<b>8</b>	<b>9</b>
V zaměstnání	15	17	9	9	16	17	15	17	<b>55</b>	<b>60</b>
Literatura, internet	0	0	0	0	2	2	0	0	<b>2</b>	<b>2</b>
Nikdy neslyšel/a	0	0	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Celkem</b>	<b>20</b>	<b>22</b>	<b>17</b>	<b>19</b>	<b>25</b>	<b>27</b>	<b>29</b>	<b>32</b>	<b>91</b>	<b>100</b>

Zdroj: vlastní

Více než polovina respondentů pracujících na lůžkách NIP uvedla, že se poprvé s pojmem Bazální stimulace setkali až při výkonu své profese – 55 respondentů (60 %). Ostatní možné odpovědi, které zvolilo 36 respondentů (40 %) jsou zastoupeny na všech odděleních NIP v téměř totožném počtu. Výjimkou je pouze oddělení NIP FN Motol. Na tomto pracovišti nejčastěji účastníci uváděli, že informace o Bazální stimulaci získali nejen v rámci zaměstnání, ale i v rámci studia.

**Otázka č. 7: Kdo se jako první zasloužil o včlenění konceptu Bazální stimulace do ošetrovatelské péče?**

**Graf č. 7 – Zakladatelé konceptu Bazální stimulace - znalosti**



Zdroj: vlastní

Povinná, uzavřená otázka, respondent musel vybrat jednu z uvedených odpovědí. V otázce dotazníkového šetření č. 7 jsem ověřovala znalosti respondentů o zakladatelích konceptu Bazální stimulace. Konkrétně o osobě, která se zasloužila o integraci konceptu Bazální stimulace do ošetrovatelské péče. Správnou odpovědí z nabízených možností byla varianta B – zdravotní sestra prof. Christel Bienstein, kterou správně zvolilo pouze 42 respondentů (20 %). Nejvíce oslovených považovalo za osobu, která se zasloužila o včlenění Bazální stimulace do ošetrovatelské péče prof. Andream Fröhlich – 113 účastníků (55 %). 48 respondentů (24 %) se domnívalo, že touto osobou byla PhDr. Karolína Friedlová a 1 oslovený (1 %) zvolil možnost manželé Bobathovi.

**Tabulka č. 12 – Zakladatelé konceptu Bazální stimulace - znalosti ARO**

	KARIM		ARO FN Plzeň		ARO Klatovy		ARO Domažlice		Celkem	
	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%
A. Fröhlich	20	18	12	11	9	8	14	12	55	49
Ch. Bienstein	8	7	3	2	2	2	5	5	18	16
K. Friedlová	17	15	7	6	11	9	5	5	40	35
Manželé Bobathovi	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Celkem</b>	<b>45</b>	<b>40</b>	<b>22</b>	<b>19</b>	<b>22</b>	<b>19</b>	<b>24</b>	<b>22</b>	<b>113</b>	<b>100</b>

Zdroj: vlastní

Správnou odpověď zvolilo pouze minimum dotazovaných. Z celkového počtu 113 respondentů znalo správnou odpověď pouze 18 účastníků (16 %). Nejvíce respondentů považovalo za osobu, která se zasloužila o integraci konceptu Bazální stimulace do ošetrovatelské péče, prof. Andreas Fröhlich – 55 dotázaných (49 %). Pouze na resuscitačním oddělení v nemocnici Klatovy se nejvíce oslovených domnívá, že o integraci konceptu do ošetrovatelské péče se nejvíce zasloužila všeobecná sestra PhDr. Karolína Friedlová. Tuto možnost zvolilo celkem 40 respondentů (35 %).

**Tabulka č. 13 – Zakladatelé konceptu Bazální stimulace - znalosti NIP**

	DIP FN Plzeň		NIP Klatovy		NIP Planá		NIP FN Motol		Celkem	
	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%
A. Fröhlich	12	13	9	11	13	13	24	27	58	64
Ch. Bienstein	8	9	6	6	8	9	2	2	24	26
K. Friedlová	0	0	2	2	4	5	2	2	8	9
Manželé Bobathovi	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1
<b>Celkem</b>	<b>20</b>	<b>22</b>	<b>17</b>	<b>19</b>	<b>25</b>	<b>27</b>	<b>29</b>	<b>32</b>	<b>91</b>	<b>100</b>

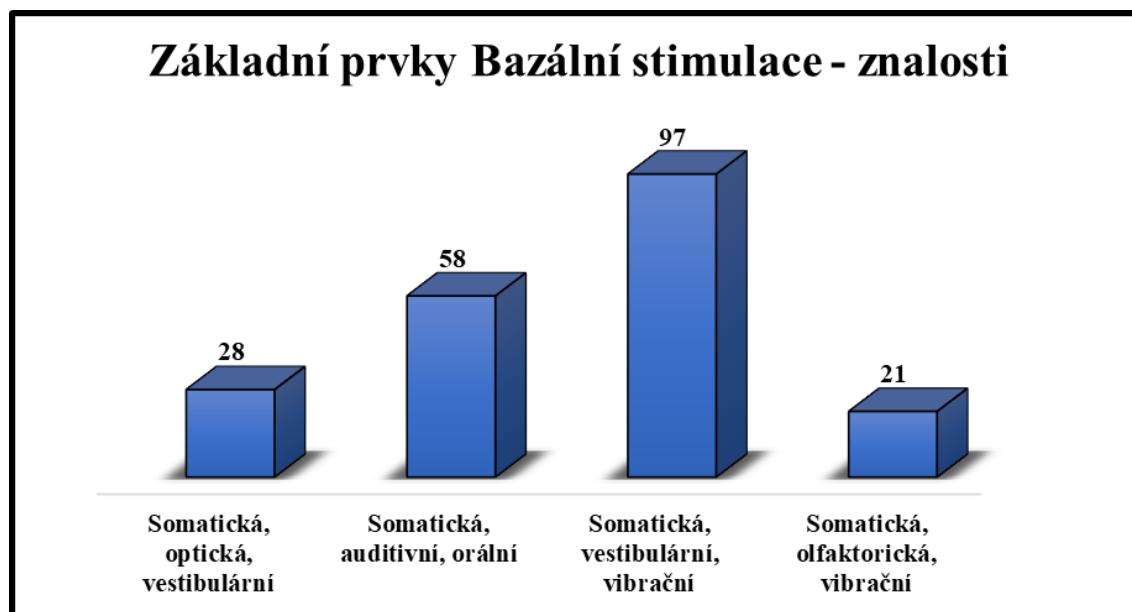
Zdroj: vlastní

Na odděleních NIP správně odpovědělo jen 24 dotazovaných (26 %) z celkového počtu 91 účastníků (100 %) výzkumné studie na pracovištích NIP. Také na lůžkách NIP si nejvíce respondentů myslí, že osobou, která se zasloužila o integraci konceptu Bazální stimulace do ošetrovatelské péče, je prof. Andreas Fröhlich – 58 dotázaných (64 %). PhDr. Karolínu Friedlovou pokládá za osobu, která začlenila koncept Bazální stimulace do ošetrovatelské péče 8 respondentů (9 %). Pouze 1 respondent (1 %) považoval za správnou odpověď manželé Bobathovi.



### Otázka č. 8: Mezi základní prvky Bazální stimulace patří?

Graf č. 8 – Základní prvky Bazální stimulace - znalosti



Zdroj: vlastní

Povinná, uzavřená otázka, ve které respondent volil jednu z nabízených možností. Otázka č. 8 byla zaměřena na ověření vědomostí respondentů o základních prvcích konceptu Bazální stimulace. Správnou odpovědí byla možnost C – somatická, vibrační a vestibulární stimulace. Z grafu č. 8 vyplývá, že správně určit základní prvky Bazální stimulace dokázalo 97 respondentů (48 %). 58 účastníků (28 %) se mylně domnívalo, že mezi základní prvky patří somatická, auditivní a orální stimulace. Somatickou, optickou a vestibulární stimulace zařadilo mezi základní prvky 28 respondentů (14 %) a variantu D – somatická, olfaktorická a vibrační považovalo za správnou 21 oslovených (10 %).

**Tabulka č. 14 – Základní prvky Bazální stimulace - znalosti ARO**

	KARIM		ARO FN Plzeň		ARO Klatovy		ARO Domažlice		Celkem	
	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%
Somatická, optická, vestibulární	7	6	3	3	3	3	2	2	15	14
Somatická, auditivní, orální	16	14	9	8	11	9	3	3	39	34
Somatická, vibrační, vestibulární	19	17	6	5	2	2	19	17	46	41
Somatická, olfaktorická, vibrační	3	3	4	3	6	5	0	0	13	11
<b>Celkem</b>	<b>45</b>	<b>40</b>	<b>22</b>	<b>19</b>	<b>22</b>	<b>19</b>	<b>24</b>	<b>22</b>	<b>113</b>	<b>100</b>

Zdroj: vlastní

Na resuscitačních pracovištích odpovídalo na znalostní otázky o konceptu Bazální stimulace celkem 113 respondentů. Správnou odpověď však nezvolila ani polovina dotazovaných – 46 respondentů (41 %). Je patrné, že nejvíce respondentů znalo správnou odpověď na resuscitačním pracovišti v nemocnici v Domažlicích a na KARIM – lůžka. Naopak nejméně účastníků správně zodpovědělo otázku o základních prvcích Bazální stimulace na ARO v Klatovech.

**Tabulka č. 15 – Základní prvky Bazální stimulace - znalosti NIP**

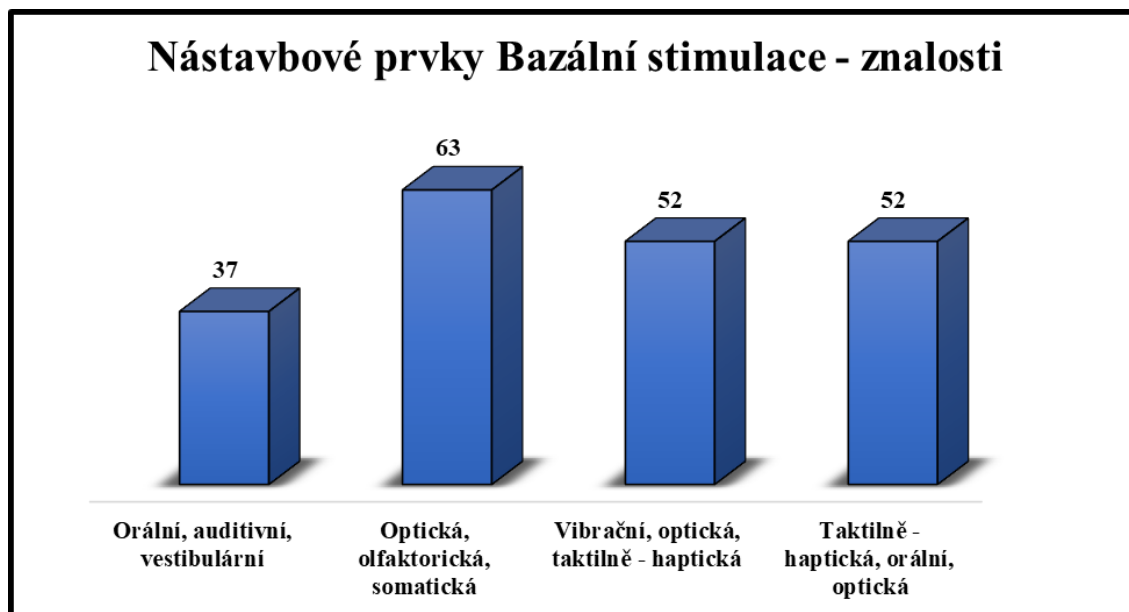
	DIP FN Plzeň		NIP Klatovy		NIP Planá		NIP FN Plzeň		Celkem	
	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%
Somatická, optická, vestibulární	1	1	2	2	2	2	8	10	13	15
Somatická, auditivní, orální	3	3	1	1	5	5	10	11	19	20
Somatická, vibrační, vestibulární	16	18	10	11	16	18	9	9	51	56
Somatická, olfaktorická, vibrační	0	0	4	5	2	2	2	2	8	9
<b>Celkem</b>	<b>20</b>	<b>22</b>	<b>17</b>	<b>19</b>	<b>25</b>	<b>27</b>	<b>29</b>	<b>32</b>	<b>91</b>	<b>100</b>

Zdroj: vlastní

Na oddělení NIP Planá, NIP Klatovy a DIP FN Plzeň jednoznačně převažuje správná odpověď. Pouze na oddělení NIP FN Motol jsou všechny varianty odpovědi zastoupeny v téměř stejném počtu, výjimkou je jen varianta D, kterou na daném pracovišti zvolilo nejméně oslovených. Z celkového počtu 91 respondentů účastnících se dotazníkového šetření na lůžkách NIP, uvedlo správnou odpověď 51 dotázaných (56 %). Za správnou odpověď považovalo možnost A 13 respondentů (15 %), možnost B 19 oslovených (20 %) a variantu D považovalo za správnou nejméně účastníků v počtu 8 (9 %).

### Otázka č. 9: Mezi nastavbové prvky Bazální stimulace patří?

Graf č. 9 – Nastavbové prvky Bazální stimulace - znalosti



Zdroj: vlastní

Povinná, uzavřená otázka, respondent musel vybrat jednu z uvedených možností. Znalosti respondentů o nastavbových prvcích konceptu Bazální stimulace ověřovala otázka č. 9 dotazníkového šetření. Správnou odpovědí z nabízených možností byla varianta D – orální, optická a taktilně – haptická stimulace. Správnou odpověď však zodpověděla pouze čtvrtina dotázaných, tj. 52 respondentů (26 %). Stejná část oslovených (26 %) chybně předpokládala, že mezi nastavbové prvky se řadí vibrační, optická a taktilně – haptická stimulace. Avšak největší část účastníků – 63 respondentů (30 %) označilo za nastavbové prvky stimulaci optickou, olfaktorickou a somatickou. Variantu A – orální, auditivní a vestibulární stimulace neprávňe určilo 37 dotázaných (18 %).

**Tabulka č. 16 – Nastavbové prvky Bazální stimulace - znalosti ARO**

	KARIM		ARO FN Plzeň		ARO Klatovy		ARO Domažlice		Celkem	
	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%
Orální, auditivní, vestibulární	5	5	6	5	2	2	0	0	13	12
Optická, olfaktorická, somatická	18	16	5	5	13	11	15	13	51	45
Vibrační, optická, taktilně – haptická	15	13	10	8	6	5	4	4	35	30
Taktilně – haptická, orální, optická	7	6	1	1	1	1	5	5	14	13
<b>Celkem</b>	<b>45</b>	<b>40</b>	<b>22</b>	<b>19</b>	<b>22</b>	<b>19</b>	<b>24</b>	<b>22</b>	<b>113</b>	<b>100</b>

Zdroj: vlastní

Otázku ověřující znalosti o nastavbových prvcích Bazální stimulace správně zodpověděla jen necelá čtvrtina respondentů, konkrétně 14 oslovených (13 %). Nejvíce dotazovaných se domnívá, že mezi nastavbové prvky Bazální stimulace patří odpověď B – optická, olfaktorická a somatická stimulace. Tuto variantu uvedlo 51 respondentů (45 %). Pouze na resuscitačním pracovišti ve FN Plzeň – Bory považuje nejvíce účastníků výzkumné studie za správnou variantu C – vibrační, optická a taktilně – haptická stimulace.

**Tabulka č. 17 – Nastavbové prvky Bazální stimulace - znalosti NIP**

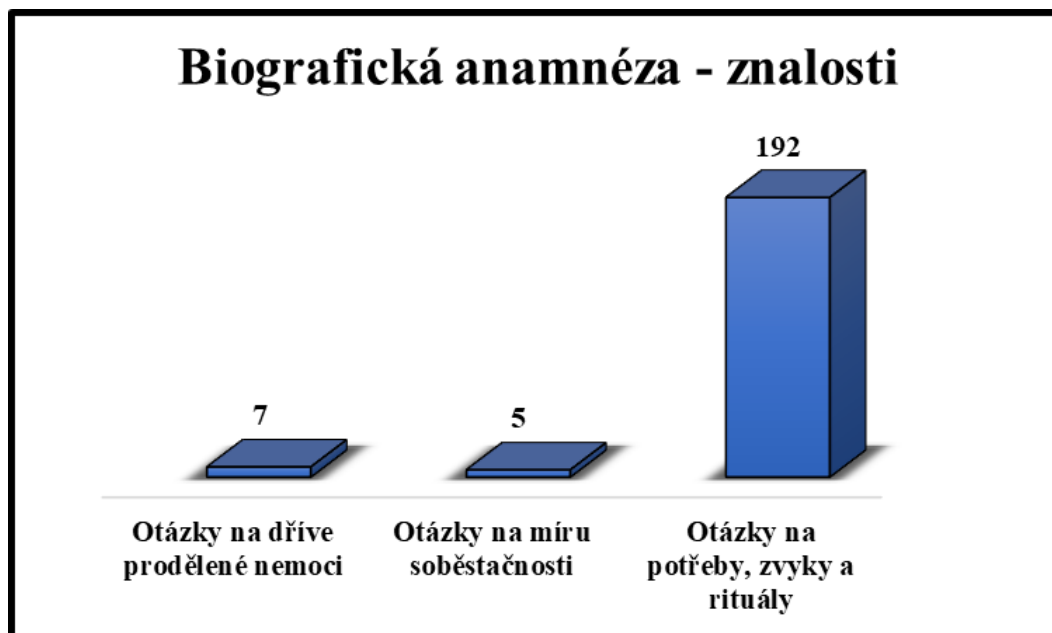
	DIP FN Plzeň		NIP Klatovy		NIP Planá		NIP FN Plzeň		Celkem	
	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%
Orální, auditivní, vestibulární	9	10	3	3	5	4	7	9	24	26
Optická, olfaktorická, somatická	1	1	2	3	3	3	6	6	12	13
Vibrační, optická, taktilně – haptická	0	0	3	3	4	5	10	11	17	19
Taktilně – haptická, orální, optická	10	11	9	10	13	15	6	6	38	42
<b>Celkem</b>	<b>20</b>	<b>22</b>	<b>17</b>	<b>19</b>	<b>25</b>	<b>27</b>	<b>29</b>	<b>32</b>	<b>91</b>	<b>100</b>

Zdroj: vlastní

Téměř polovina všech dotázaných uvedla správnou odpověď – 38 účastníků (42 %). Na odděleních NIP Klatovy a NIP Planá jednoznačně převažuje správná odpověď nad ostatními možnostmi. Téměř totožný počet dotázaných na DIP FN Plzeň považuje za správnou odpověď možnost A – orální, auditivní a vestibulární stimulaci. Jen na NIP ve FN Motol nevedlo správnou odpověď nejvíce respondentů. Na tomto pracovišti byla nejčastěji uváděna možnost C – vibrační, optická a taktilně – haptická stimulace.

## Otázka č. 10: Biografická anamnéza v konceptu Bazální stimulace představuje?

Graf č. 10 – Biografická anamnéza - znalosti



Zdroj: vlastní

Povinná, uzavřená otázka, ve které respondent volil jednu z uvedených možností. Vědomosti respondentů o tom, čím se zabývá biografická anamnéza zjišťuje v dotazníkovém šetření otázka č. 10. Správnou odpovědí byla možnost C – soubor otázek na potřeby, zvyklosti a rituály pacienta, zdrojem informací je rodina. Otázku týkající se biografické anamnézy v konceptu Bazální stimulace správně zodpovědělo 192 dotázaných (94 %). Pouze 7 respondentů (4 %) se domnívá, že biografická anamnéza slouží k získání informací o předem prodělaných onemocněních a 5 účastníků (2 %) si myslí, že zjišťuje míru soběstačnosti nemocného.

**Tabulka č. 18 – Biografická anamnéza - znalosti ARO**

	KARIM		ARO FN Plzeň		ARO Klatovy		ARO Domažlice		Celkem	
	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%
Otázky na dříve prodělané nemoci	1	1	2	2	2	2	1	1	6	6
Otázky na míru soběstačnosti	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
Otázky na potřeby, zvyky a rituály	44	39	19	16	20	17	23	21	106	93
<b>Celkem</b>	<b>45</b>	<b>40</b>	<b>22</b>	<b>19</b>	<b>22</b>	<b>19</b>	<b>24</b>	<b>22</b>	<b>113</b>	<b>100</b>

Zdroj: vlastní

Z tabulky č. 18, která zobrazuje odpovědi respondentů na otázku ověřující znalosti o biografické anamnéze na ARO vyplývá, že správnou odpověď znalo 106 účastníků (93 %). Nesprávnou odpověď na všech resuscitačních jednotkách zvolilo pouhé minimum dotazovaných – 7 respondentů (7 %). Lze konstatovat, že dotazovaní respondenti na resuscitačních odděleních znají, čím se biografická anamnéza zabývá a které údaje zjišťuje.

**Tabulka č. 19 – Biografická anamnéza - znalosti NIP**

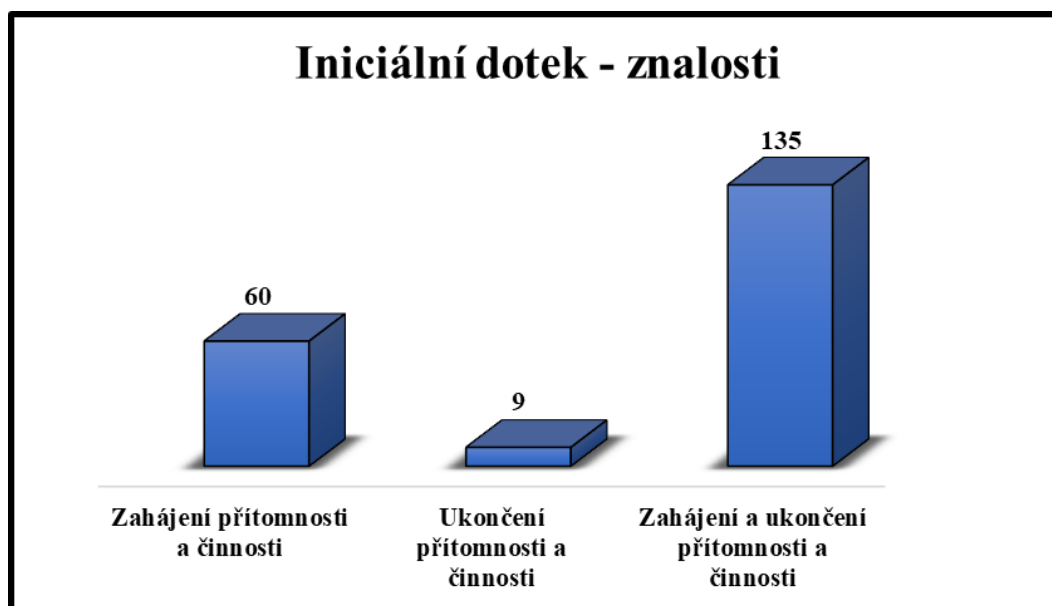
	DIP FN Plzeň		NIP Klatovy		NIP Planá		NIP FN Plzeň		Celkem	
	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%
Otázky na dříve prodělané nemoci	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1
Otázky na míru soběstačnosti	0	0	1	1	1	1	2	2	4	4
Otázky na potřeby, zvyky a rituály	20	22	16	18	24	26	26	29	86	95
<b>Celkem</b>	<b>20</b>	<b>22</b>	<b>17</b>	<b>19</b>	<b>25</b>	<b>27</b>	<b>29</b>	<b>32</b>	<b>91</b>	<b>100</b>

Zdroj: vlastní

Na odděleních NIP na otázky dotazníkového šetření zodpovědělo 91 respondentů (100 %). Správnou odpověď zvolilo 86 dotázaných (95 %). Naopak nesprávnou variantu odpovědi uvedlo jen 5 respondentů (5 %). Na pracovišti DIP FN Plzeň znali správnou odpověď na znalostní otázku o biografické anamnéze všichni respondenti. Také na odděleních NIP lze potvrdit, že znalosti o biografické anamnéze jsou výborné.

### Otázka č. 11: Cílem iniciální doteku je?

Graf č. 11 – Iniciální dotek - znalosti



Zdroj: vlastní

Povinná, uzavřená otázka, respondent musel vybrat jednu z uvedených možností. Vědomosti respondentů o správnosti užití iniciálního doteku ověřovala v dotazníkovém šetření otázka č. 11. Správnou odpovědí z nabízených možností byla varianta C – informovat pacienta o zahájení a ukončení naší přítomnosti či ošetřovatelské činnosti. Na znalostní otázku o iniciálním doteku správně odpovědělo 135 dotázaných (66 %). 60 respondentů (29 %) se mylně domnívá, že iniciální dotek se využívá pouze při zahájení naší přítomnosti či ošetřovatelské činnosti a 9 oslovených (4 %) uvedlo, že slouží k informování nemocného o ukončení naší přítomnosti a činnosti.

**Tabulka č. 20 – Iniciální dotek - znalosti ARO**

	KARIM		ARO FN Plzeň		ARO Klatovy		ARO Domažlice		Celkem	
	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%
Zahájení přítomnosti a činnosti	11	10	13	12	15	13	6	5	45	40
Ukončení přítomnosti a činnosti	1	1	3	2	1	1	0	0	5	4
Zahájení a ukončení přítomnosti a činnosti	33	29	6	5	6	5	18	17	63	56
<b>Celkem</b>	<b>45</b>	<b>40</b>	<b>22</b>	<b>19</b>	<b>22</b>	<b>19</b>	<b>24</b>	<b>22</b>	<b>113</b>	<b>100</b>

Zdroj: vlastní

Z tabulky č. 20 je zřejmé, že dostatečné znalosti o správnosti užití iniciálního doteku mají pouze respondenti na KARIM – lůžka a ARO nemocnice Domažlice. Na těchto pracovištích zvolilo správnou odpověď nejvíce respondentů. Naopak na ARO FN Plzeň a nemocnice Klatovy se nejvíce oslovených domnívá, že iniciální dotek slouží pouze k zahájení přítomnosti a ošetrovatelské činnosti. Na resuscitačních pracovištích znala správnou odpověď polovina respondentů účastníci se výzkumného šetření – 63 dotázaných (56 %).

**Tabulka č. 21 – Iniciální dotek - znalosti NIP**

	DIP FN Plzeň		NIP Klatovy		NIP Planá		NIP FN Plzeň		Celkem	
	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%
Zahájení přítomnosti a činnosti	1	1	1	1	5	5	8	10	15	17
Ukončení přítomnosti a činnosti	0	0	3	3	1	1	0	0	4	4
Zahájení a ukončení přítomnosti a činnosti	19	21	13	15	19	21	21	22	72	79
<b>Celkem</b>	<b>20</b>	<b>22</b>	<b>17</b>	<b>19</b>	<b>25</b>	<b>27</b>	<b>29</b>	<b>32</b>	<b>91</b>	<b>100</b>

Zdroj: vlastní

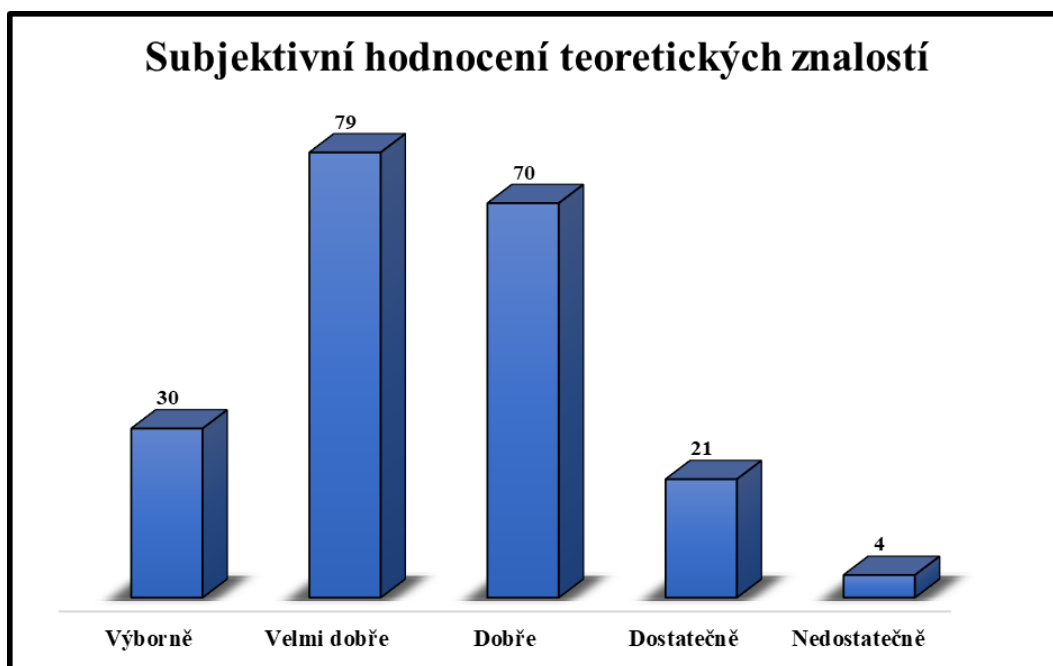
72 oslovených respondentů (79 %) má dostatečné vědomosti o tom, jak a kdy správně užívat iniciální dotek. 15 účastníků (17 %) si myslí, že iniciální dotek je vhodné použít jen při zahájení naší přítomnosti či ošetrovatelské činnosti u nemocného a 4 respondenti (4 %) se domnívají, že použití iniciálního doteku je vhodné naopak při ukončení naší přítomnosti a činnosti u pacienta. Na všech pracovištích NIP je správná odpověď uváděna nejčastěji.



**Otázka č. 12: Uved'te, jak byste ohodnotili své teoretické znalosti a praktické zkušenosti s konceptem Bazální stimulace?**

V položce č. 12 dotazníkového šetření měli respondenti subjektivně ohodnotit své teoretické znalosti a následně i praktické dovednosti. K hodnocení byla použita stupnice 1 až 5, která odpovídá hodnocení žáků při studiu, tzn. 1 – výborně, 2 – velmi dobře, 3 – dobře, 4 – dostatečně a 5 – nedostatečně.

**Graf č. 12 – Subjektivní hodnocení teoretických znalostí**



Zdroj: vlastní

Povinná otázka, respondent musel zvolit odpověď na uvedené škále. Nejvíce účastníků výzkumného šetření hodnotí své teoretické znalosti o konceptu Bazální stimulace jako velmi dobré. Známkou 2 se ohodnotilo 79 respondentů (39 %). Téměř stejná část dotázaných uvedla, že své znalosti považuje za dobré – 70 respondentů (34 %). 30 respondentů (15 %) se domnívá, že jejich vědomosti o bazální stimulaci jsou výborné a naopak 25 dotázaných (12 %) své znalosti hodnotí jako podprůměrné.

**Tabulka č. 22 – Subjektivní hodnocení teoretických znalostí - znalosti ARO**

	KARIM		ARO FN Plzeň		ARO Klatovy		ARO Domažlice		Celkem	
	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%
Výborně	6	5	4	4	2	2	2	2	14	13
Velmi dobře	18	16	5	4	6	4	10	9	39	33
Dobře	17	15	6	5	10	9	8	7	41	36
Dostatečně	4	4	6	5	4	4	2	2	16	15
Nedostatečně	0	0	1	1	0	0	2	2	3	3
<b>Celkem</b>	<b>45</b>	<b>40</b>	<b>22</b>	<b>19</b>	<b>22</b>	<b>19</b>	<b>24</b>	<b>22</b>	<b>113</b>	<b>100</b>

Zdroj: vlastní

S výjimkou ARO FN Plzeň, kde bylo hodnocení velmi vyrovnané, dotazovaní nejčastěji hodnotí své teoretické znalosti o Bazální stimulaci jako dobré či velmi dobré. Známkou 2 se ohodnotilo celkem 39 účastníků (33 %) a známkou 3 celkem 41 oslovených (36 %). Na ARO FN Plzeň je hodnocení respondentů velmi vyrovnané. Malá část dotazovaných považuje své vědomosti o konceptu Bazální stimulace za výborné – 14 respondentů (13 %). Podprůměrně, tj. známkou 4 a 5, se ohodnotilo 19 účastníků (18 %).

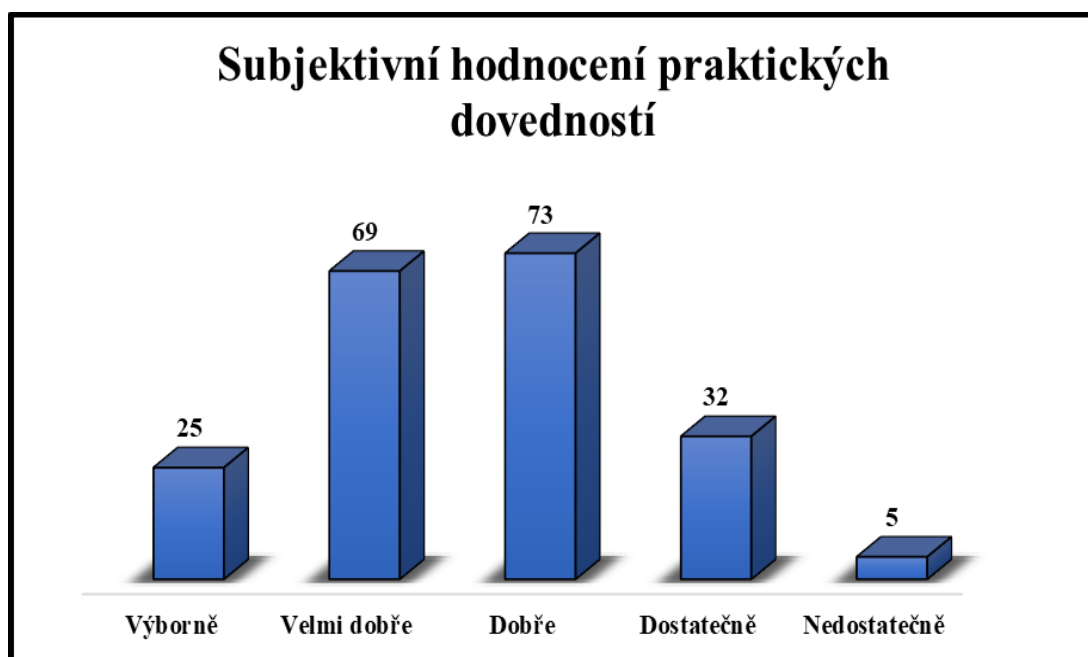
**Tabulka č. 23 – Subjektivní hodnocení teoretických znalostí - znalosti NIP**

	DIP FN Plzeň		NIP Klatovy		NIP Planá		NIP FN Plzeň		Celkem	
	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%
Výborně	4	5	2	2	7	7	3	3	16	17
Velmi dobře	14	15	9	10	9	10	8	9	40	44
Dobře	1	1	4	5	8	9	16	18	29	33
Dostatečně	1	1	1	1	1	1	2	2	5	5
Nedostatečně	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
<b>Celkem</b>	<b>20</b>	<b>22</b>	<b>17</b>	<b>19</b>	<b>25</b>	<b>27</b>	<b>29</b>	<b>32</b>	<b>91</b>	<b>100</b>

Zdroj: vlastní

Nejvíce respondentů pracujících na lůžkách NIP hodnotí své vědomosti o konceptu Bazální stimulace jako velmi dobré. Z celkového počtu 91 účastníků se známkou 2 ohodnotilo 40 dotazovaných (44 %), avšak nejčastěji je toto hodnocení zastoupeno na DIP FN Plzeň a NIP Klatovy. Naopak na NIP FN Motol se více než polovina respondentů domnívá, že jejich znalosti o Bazální stimulaci jsou dobré. Celkově se známkou 3 zhodnotilo 29 oslovených (33 %). Na pracovišti NIP Planá je hodnocení respondentů velmi vyrovnané, a oproti ostatním oddělením NIP zde nejvíce oslovených považuje své znalosti za výborné. Celkem se známkou 1 ohodnotilo 16 respondentů (17 %). Nejméně účastníků považuje své vědomosti za podprůměrné – 6 dotázaných (6 %).

Graf č. 13 – Subjektivní hodnocení praktických dovedností



Zdroj: vlastní

Povinná otázka, respondent musel vybrat odpověď na dané škále. Na pracovištích intenzivní péče hodnotí respondenti své praktické dovednosti nejčastěji jako dobré – 73 účastníků (36 %) či velmi dobré – 69 dotázaných (34 %). Za podprůměrné, tj. hodnocení dostatečné a nedostatečné, považuje své dovednosti v rámci bazálně stimulující ošetrovatelské péče 37 respondentů (18 %). Nejméně účastníků považuje své praktické dovednosti za výborné – 25 oslovených (12 %).

**Tabulka č. 24 – Subjektivní hodnocení praktických dovedností - znalosti ARO**

	KARIM		ARO FN Plzeň		ARO Klatovy		ARO Domažlice		Celkem	
	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%
Výborně	6	5	2	2	2	2	3	3	13	12
Velmi dobře	17	15	4	3	5	4	6	5	32	27
Dobře	16	15	7	6	9	8	10	9	42	38
Dostatečně	6	5	7	6	6	5	3	3	22	19
Nedostatečně	0	0	2	2	0	0	2	2	4	4
<b>Celkem</b>	<b>45</b>	<b>40</b>	<b>22</b>	<b>19</b>	<b>22</b>	<b>19</b>	<b>24</b>	<b>22</b>	<b>113</b>	<b>100</b>

Zdroj: vlastní

Na všech ARO se účastníci domnívají, že bazálně stimulující péči u pacienta aplikují dobře. Známkou 3 se celkem ohodnotilo 42 dotázaných (38 %). Na KARIM – lůžka je hodnocení respondentů známkou 2 a 3 těsně vyrovnané. Za velmi dobré považuje své dovednosti 32 účastníků (27 %). Na výbornou své schopnosti správně aplikovat prvky Bazální stimulace do ošetrovatelské péče hodnotí pouze 13 respondentů (12 %). Naopak dvakrát více dotázaných si myslí, že jejich praktické dovednosti jsou podprůměrné – 26 respondentů (23 %).

**Tabulka č. 25 – Subjektivní hodnocení praktických dovedností - znalosti NIP**

	DIP FN Plzeň		NIP Klatovy		NIP Planá		NIP FN Plzeň		Celkem	
	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%
Výborně	2	2	1	1	6	7	3	3	12	13
Velmi dobře	14	16	8	9	7	7	8	9	37	41
Dobře	3	3	6	7	8	9	14	16	31	35
Dostatečně	1	1	1	1	4	4	4	4	10	10
Nedostatečně	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
<b>Celkem</b>	<b>20</b>	<b>22</b>	<b>17</b>	<b>19</b>	<b>25</b>	<b>27</b>	<b>29</b>	<b>32</b>	<b>91</b>	<b>100</b>

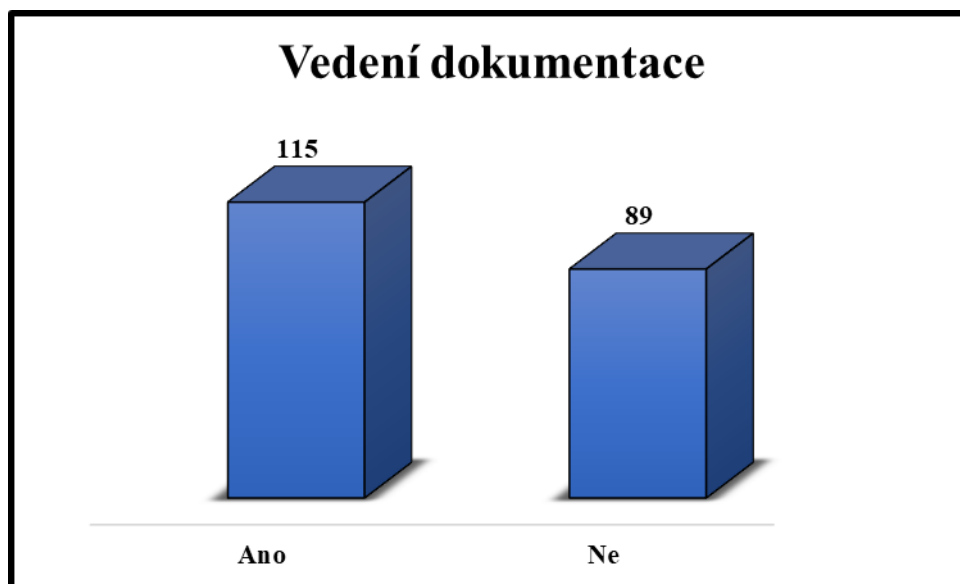
Zdroj: vlastní

Největší skupinu tvoří respondenti, kteří se domnívají, že jejich praktické dovednosti v rámci konceptu Bazální stimulace jsou velmi dobré – 37 dotázaných (41 %). Toto hodnocení převažuje pouze na DIP FN Plzeň. Na ostatních pracovištích NIP, s výjimkou NIP FN Motol, kde převažuje hodnocení dobré, jsou výsledky velmi vyrovnané. Téměř stejná část oslovených respondentů své schopnosti aplikovat bazálně stimulující péči hodnotí jako výborné a jako podprůměrné. Známkou 1 se ohodnotilo celkem 12 respondentů (13 %) a za podprůměrné pokládá své dovednosti 11 účastníků (11 %).

### 12.3 Vedení záznamů a dokumentace o Bazální stimulaci

Otázka č. 13: Vedete na Vašem pracovišti dokumentaci o bazálně stimulující péči?

Graf č. 14 – Vedení dokumentace



Zdroj: vlastní

Povinná, uzavřená otázka, respondent musel zvolit jednu z nabízených možností. Více než polovina účastníků (56 %) výzkumného šetření uvedla, že na jejich pracovišti je dokumentace o aplikaci bazálně stimulující péči vedena. Naopak 89 respondentů (44 %) aplikaci Bazální stimulace žádným způsobem nedokumentuje. Ten respondent, který odpověděl, že dokumentace o Bazální stimulaci není žádným způsobem vedena, dále nezodpovídal otázky týkající se vedení záznamů a dokumentace o Bazální stimulaci.

**Tabulka č. 26 – Vedení dokumentace ARO**

	KARIM		ARO FN Plzeň		ARO Klatovy		ARO Domažlice		Celkem	
	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%
Ano	38	34	6	5	3	3	2	2	49	44
Ne	7	6	16	14	19	16	22	20	64	56
<b>Celkem</b>	<b>45</b>	<b>40</b>	<b>22</b>	<b>19</b>	<b>22</b>	<b>19</b>	<b>24</b>	<b>22</b>	<b>113</b>	<b>100</b>

Zdroj: vlastní

Pouze 49 respondentů (44 %) pracujících na resuscitačních jednotkách zaznamenává aplikaci bazálně stimulující péče do své dokumentace. Naopak 64 účastníků (56 %) uvedlo, že aplikaci Bazální stimulace do ošetrovatelské péče nedokumentuje.

**Tabulka č. 27 – Vedení dokumentace NIP**

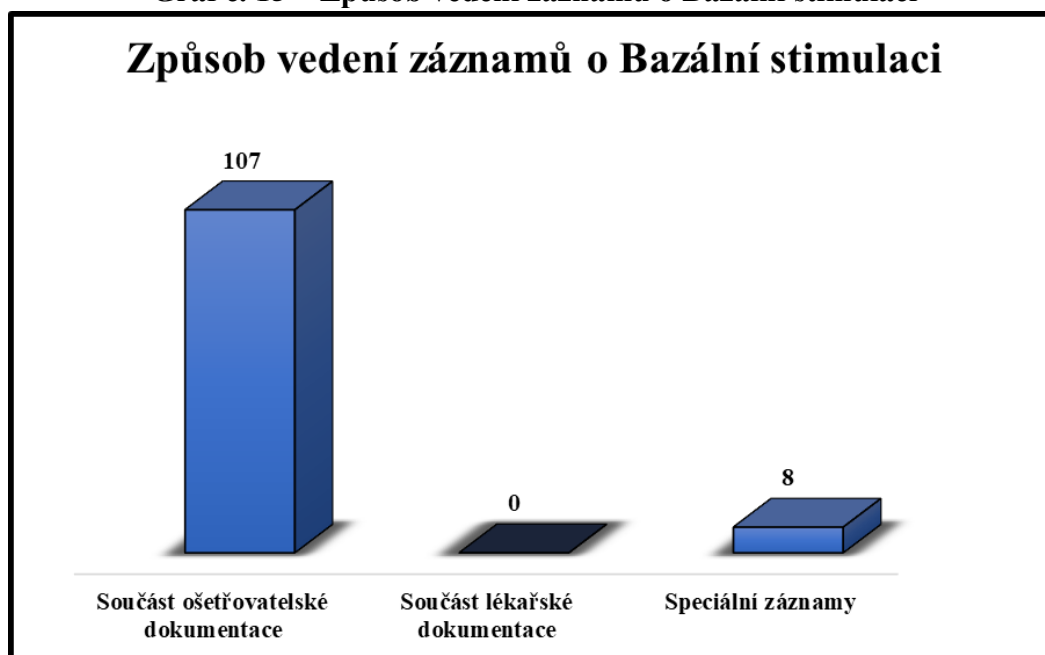
	DIP FN Plzeň		NIP Klatovy		NIP Planá		NIP FN Motol		Celkem	
	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%
Ano	20	22	13	14	16	17	17	19	66	72
Ne	0	0	4	5	9	10	12	13	25	28
<b>Celkem</b>	<b>20</b>	<b>22</b>	<b>17</b>	<b>19</b>	<b>25</b>	<b>27</b>	<b>29</b>	<b>32</b>	<b>91</b>	<b>100</b>

Zdroj: vlastní

Z celkového počtu 91 respondentů, kteří se účastnili výzkumné studie na lůžkách NIP, dokumentuje bazálně stimulující péči 66 účastníků (72 %). Pouze čtvrtina oslovených (28 %) aplikaci Bazální stimulace nezaznamenává.

Otázka č. 14: Uved'te způsob, jakým vedete záznamy o bazálně stimulační péči?

Graf č. 15 – Způsob vedení záznamů o Bazální stimulaci



Zdroj: vlastní

Povinná, uzavřená otázka, respondent musel zvolit jednu z nabízených možností. Většina dotazovaných uvedla, že aplikaci bazálně stimulační péče u nemocného zaznamenávají do ošetrovatelské dokumentace. Tento způsob vedení záznamů využívá 107 respondentů (93 %). Pouze 8 účastníků (7 %) uvádí, že k zaznamenávání bazálně stimulační ošetrovatelské péče využívá speciální záznamy. Lékařskou dokumentaci pro záznam Bazální stimulace nezvolil žádný respondent.

**Tabulka č. 28 – Způsob vedení záznamů o Bazální stimulaci ARO**

	KARIM		ARO FN Plzeň		ARO Klatovy		ARO Domažlice		Celkem	
	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%
Součást ošetrovatelské dokumentace	30	62	6	12	3	6	2	4	41	84
Součást lékařské dokumentace	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Speciální záznamy	8	16	0	0	0	0	0	0	8	16
<b>Celkem</b>	<b>38</b>	<b>78</b>	<b>6</b>	<b>12</b>	<b>3</b>	<b>6</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>49</b>	<b>100</b>

Zdroj: vlastní

Otázku zjišťující způsob vedení záznamů o Bazální stimulaci zodpovědělo na resuscitačních pracovištích 49 respondentů (100 %). Z tabulky č. 28 vyplývá, že na všech ARO s výjimkou KARIM – lůžka, je pro záznamy o realizaci Bazální stimulace využívána pouze ošetrovatelská dokumentace. Tuto možnost zvolilo celkem 41 respondentů (84 %). Pouze 8 účastníků (16 %) pracujících na KARIM – lůžka používá pro dokumentaci Bazální stimulace speciální záznamy.

**Tabulka č. 29 – Způsob vedení záznamů o Bazální stimulaci NIP**

	DIP FN Plzeň		NIP Klatovy		NIP Planá		NIP FN Plzeň		Celkem	
	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%
Součást ošetrovatelské dokumentace	20	30	13	20	16	24	17	26	66	100
Součást lékařské dokumentace	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Speciální záznamy	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Celkem</b>	<b>20</b>	<b>30</b>	<b>13</b>	<b>20</b>	<b>16</b>	<b>24</b>	<b>17</b>	<b>26</b>	<b>66</b>	<b>100</b>

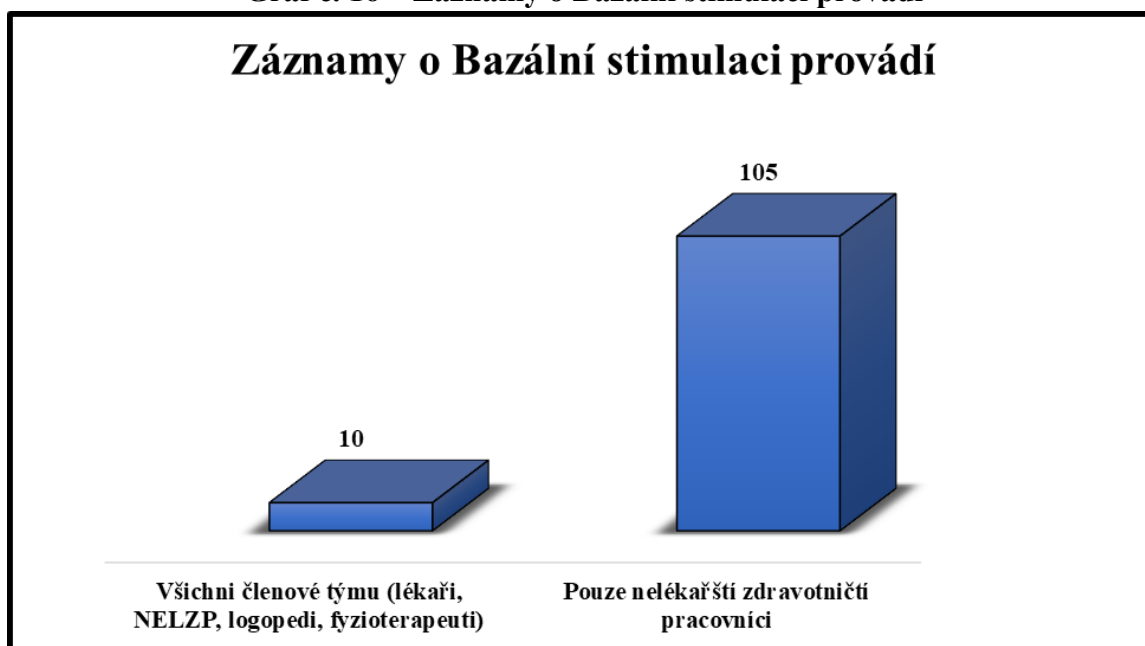
Zdroj: vlastní

Na odděleních NIP se ke způsobu vedení záznamů o Bazální stimulaci vyjádřilo 66 respondentů (100 %). Všichni respondenti uvedli, že pro záznamy o Bazální stimulaci využívají pouze ošetrovatelskou dokumentaci.



**Otázka č. 15: Kdo se podílí na vedení dokumentace Bazální stimulace?**

**Graf č. 16 – Záznamy o Bazální stimulaci provádí**



Zdroj: vlastní

Povinná, polootevřená otázka. Respondent, který uvedl, že využívává jakýkoliv způsob vedení záznamů o Bazální stimulaci, musel zvolit jednu z uvedených možností nebo doplnit svoji vlastní odpověď v možnosti „jiné“. Z celkového počtu 115 respondentů, kteří zodpovídali tuto položku, 105 respondentů (91 %) uvedlo, že bazálně stimulující péči zaznamenávají pouze nelékařští zdravotničtí pracovníci. Zbylých 10 respondentů (9 %) odpovědělo, že na vedení dokumentace o Bazální stimulaci se podílejí všichni členové týmu. Možnost doplnit vlastní odpověď do položky „jiné“ nevyužil žádný respondent.

**Tabulka č. 30 – Vedení dokumentace o Bazální stimulaci ARO**

	KARIM		ARO FN Plzeň		ARO Klatovy		ARO Domažlice		Celkem	
	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%
Všichni členové týmu	2	4	1	2	2	4	0	0	5	10
Pouze NELZP	36	74	5	10	1	2	2	4	44	90
<b>Celkem</b>	<b>38</b>	<b>78</b>	<b>6</b>	<b>12</b>	<b>3</b>	<b>6</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>49</b>	<b>100</b>

Zdroj: vlastní

Na resuscitačních pracovištích zodpovídalo otázku, zjišťující, které osoby se podílejí na vedení záznamů o bazální stimulaci pouze 49 respondentů (100 %). Největší zastoupení účastníků je na KARIM – lůžka. 44 dotázaných (90 %) uvedlo, že aplikaci bazálně stimulační péče zaznamenávají pouze NELZP. Naopak 5 účastníků (10 %) sdělilo, že na vedení dokumentace se podílejí i ostatní členové týmu.

**Tabulka č. 31 – Vedení dokumentace o Bazální stimulaci NIP**

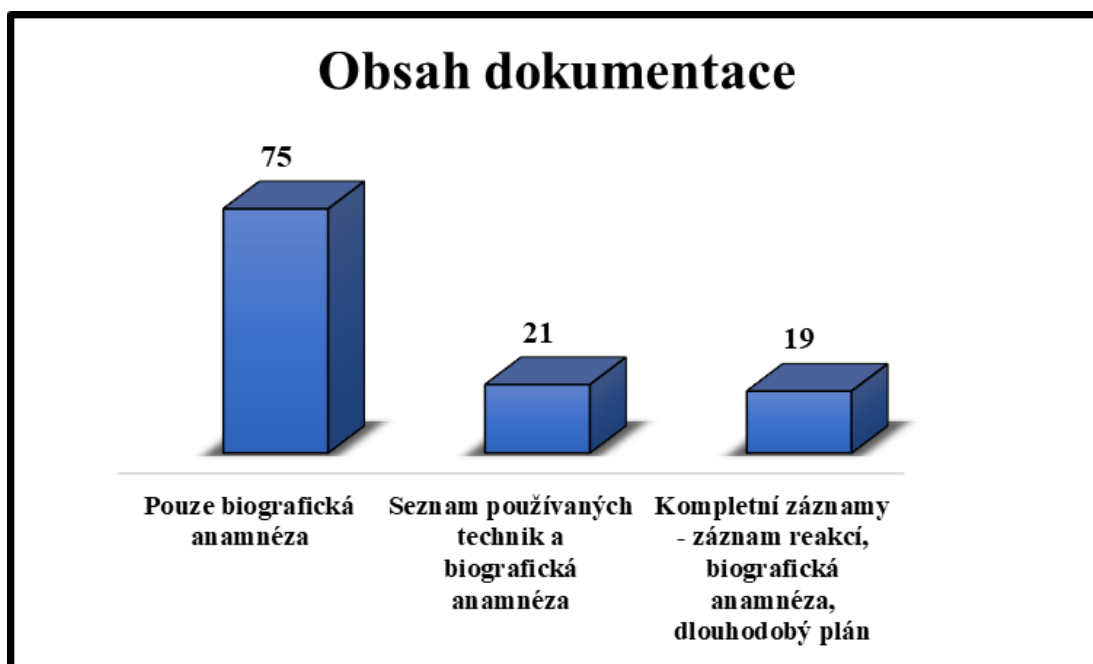
	DIP FN Plzeň		NIP Klatovy		NIP Planá		NIP FN Motol		Celkem	
	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%
Všichni členové týmu	0	0	2	3	0	0	3	5	5	8
Pouze NELZP	20	30	11	17	16	24	14	21	61	92
<b>Celkem</b>	<b>20</b>	<b>30</b>	<b>13</b>	<b>20</b>	<b>16</b>	<b>24</b>	<b>17</b>	<b>26</b>	<b>66</b>	<b>100</b>

Zdroj: vlastní

Tabulka č. 31 uvádí, které osoby se podílejí na vedení záznamů o bazálně stimulační péči na odděleních NIP. Na těchto pracovištích se k položce č. 15 vyjádřilo 66 respondentů (100 %). Téměř všichni respondenti (92 %) uvedli, že údaje o aplikaci prvků Bazální stimulace do ošetrovatelské péče zaznamenávají pouze nelékařští zdravotničtí pracovníci. Pouze 5 účastníků (8 %) se domnívá, že záznamy provádějí všichni členové týmu.

## Otázka č. 16: Co obsahuje Vaše dokumentace o Bazální stimulaci?

Graf č. 17 – Obsah dokumentace



Zdroj: vlastní

Povinná, uzavřená otázka. Respondent, který uvedl, že využívá jakýkoliv způsob vedení záznamů o Bazální stimulaci, musel vybrat jednu z nabízených odpovědí. Jediné informace v rámci konceptu Bazální stimulace, které získává a zaznamenává více než polovina oslovených respondentů (65 %) na pracovištích intenzivní péče do dokumentace, jsou údaje z biografické anamnézy. 21 dotázaných (18 %) odpovědělo, že kromě biografické anamnézy uvádějí do dokumentace i seznam používaných technik Bazální stimulace. Kompletní záznamy o plánování a realizaci bazálně stimulující péče, včetně popisu reakcí nemocného na jednotlivé techniky Bazální stimulace zaznamenává do dokumentace 19 oslovených (17 %).

**Tabulka č. 32 – Obsah dokumentace ARO**

	KARIM		ARO FN Plzeň		ARO Klatovy		ARO Domažlice		Celkem	
	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%
Pouze biografická anamnéza	29	60	5	10	3	6	2	4	39	80
Seznam technik a biografická anamnéza	6	12	1	2	0	0	0	0	7	14
Kompletní záznamy	3	6	0	0	0	0	0	0	3	6
<b>Celkem</b>	<b>38</b>	<b>78</b>	<b>6</b>	<b>12</b>	<b>3</b>	<b>6</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>49</b>	<b>100</b>

Zdroj: vlastní

Nejvíce účastníků, kteří se vyjadřovali k obsahu dokumentace bazálně stimulující péče, pracuje na KARIM – lůžka. 80 % oslovených respondentů zaznamenává pouze údaje zjištěné z biografické anamnézy. Seznam používaných technik, včetně biografické anamnézy do dokumentace uvádí 7 respondentů (14 %) a kompletní záznamy o Bazální stimulaci evidují pouze 3 účastníci (6 %) pracující na KARIM – lůžka.

**Tabulka č. 33 – Obsah dokumentace NIP**

	DIP FN Plzeň		NIP Klatovy		NIP Planá		NIP FN Motol		Celkem	
	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%
Pouze biografická anamnéza	9	14	6	9	7	11	14	21	36	55
Seznam technik a biografická anamnéza	10	15	1	2	3	4	0	0	14	21
Kompletní záznamy	1	2	6	9	6	9	3	4	16	24
<b>Celkem</b>	<b>20</b>	<b>31</b>	<b>13</b>	<b>20</b>	<b>16</b>	<b>24</b>	<b>17</b>	<b>25</b>	<b>66</b>	<b>100</b>

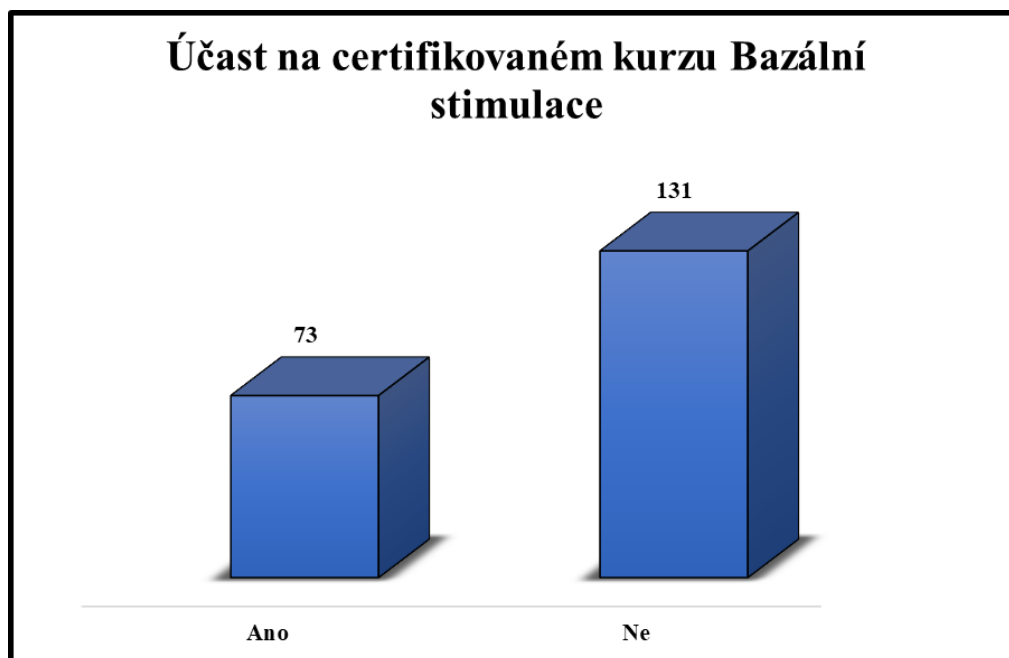
Zdroj: vlastní

Na všech pracovištích NIP, s výjimkou NIP FN Motol, jsou výsledky téměř vyrovnané. Více než polovina respondentů (55 %) zapisuje do záznamů bazálně stimulující ošetrovatelské péče pouze údaje získané z biografické anamnézy. Kompletní záznamy o realizaci a plánování Bazální stimulace, včetně záznamů reakcí pacienta uvádí do dokumentace 16 dotazovaných (24 %). Téměř stejná část oslovených respondentů (21 %) zaznamenává kromě biografické anamnézy i seznam technik aplikovaných při bazálně stimulující péči.

## 12.4 Proškolení NELZP certifikovanými kurzy

Otázka č. 17: Absolvoval/a jste certifikovaný kurz Bazální stimulace?

Graf č. 18 – Účast na certifikovaném kurzu



Zdroj: vlastní

Povinná, uzavřená otázka. Respondent musel zvolit jednu z uvedených možností. Více než polovina účastníků (64 %) výzkumného šetření nemá absolvovaný žádný certifikovaný kurz Bazální stimulace. Pouze 73 dotázaných (36 %) potvrdilo účast na některém z certifikovaných kurzů.

**Tabulka č. 34 – Účast na certifikovaném kurzu ARO**

	KARIM		ARO FN Plzeň		ARO Klatovy		ARO Domažlice		Celkem	
	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%
Ano	7	6	2	2	0	0	18	16	27	24
Ne	38	34	20	17	22	19	6	6	86	76
<b>Celkem</b>	<b>45</b>	<b>40</b>	<b>22</b>	<b>19</b>	<b>22</b>	<b>19</b>	<b>24</b>	<b>22</b>	<b>113</b>	<b>100</b>

Zdroj: vlastní

Z tabulky č. 34 je zřejmé, že většina respondentů (76 %) pracujících na resuscitačních jednotkách nemá absolvovaný žádný certifikovaný kurz. Na ARO Klatovy všichni dotazovaní uvedli, že nebyli certifikovaným kurzem bazální stimulace proškoleni. Naopak na resuscitačním pracovišti v Domažlicích neabsolvovala certifikovaný kurz pouze čtvrtina respondentů. Některého z certifikovaných kurzů Bazální stimulace se zúčastnilo jen 27 respondentů (24 %), přičemž největší zastoupení je na ARO Domažlice.

**Tabulka č. 35 – Účast na certifikovaném kurzu NIP**

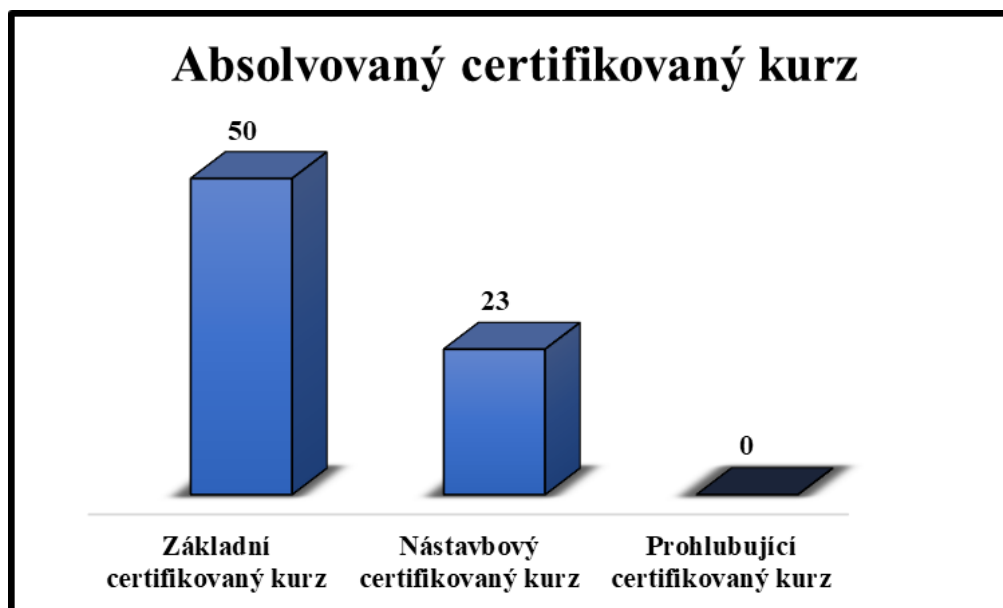
	DIP FN Plzeň		NIP Klatovy		NIP Planá		NIP FN Plzeň		Celkem	
	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%
Ano	15	16	9	10	16	17	6	7	46	51
Ne	5	6	8	9	9	10	23	25	45	49
<b>Celkem</b>	<b>20</b>	<b>22</b>	<b>17</b>	<b>19</b>	<b>25</b>	<b>27</b>	<b>29</b>	<b>32</b>	<b>91</b>	<b>100</b>

Zdroj: vlastní

Počet dotázaných respondentů, kteří se certifikovaného kurzu Bazální stimulace zúčastnili či nikoliv, je na všech pracovištích NIP velmi vyrovnaný. Výjimku představuje pouze oddělení NIP FN Motol, kde většina oslovených uvedla, že se certifikovaného kurzu nezúčastnila. Z celkového počtu 91 účastníků dotazníkového šetření absolvovalo certifikovaný kurz 46 dotázaných (51 %). Naopak 45 oslovených respondentů (49 %) účast na certifikovaném kurzu nepotvrdila.

Otázka č. 18: Jaký máte nejvyšší absolvovaný kurz Bazální stimulace?

Graf č. 19 – Absolvovaný certifikovaný kurz



Zdroj: vlastní

Povinná, uzavřená otázka. Respondent musel zvolit jednu z uvedených možností. Více než polovina oslovených respondentů (69 %) absolvovala pouze základní certifikovaný kurz Bazální stimulace. Nástavbový kurz je nejvyšším absolvovaným kurzem u 23 respondentů (41 %). Prohlubujícího certifikovaného kurzu se nezúčastnil žádný respondent.

**Tabulka č. 36 – Absolvovaný kurz Bazální stimulace ARO**

	KARIM		ARO FN Plzeň		ARO Klatovy		ARO Domažlice		Celkem	
	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%
Základní certifikovaný kurz	3	11	1	4	0	0	18	67	22	81
Nástavbový certifikovaný kurz	4	14	1	4	0	0	0	0	5	19
Prohlubující certifikovaný kurz	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Celkem</b>	<b>7</b>	<b>25</b>	<b>2</b>	<b>8</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>18</b>	<b>67</b>	<b>27</b>	<b>100</b>

Zdroj: vlastní

Z tabulky č. 36 je zřejmé, že většina respondentů (81 %) pracujících na resuscitačních jednotkách má absolvovaný základní certifikovaný kurz. Na ARO Klatovy všichni dotazovaní uvedli, že nebyli certifikovaným kurzem Bazální stimulace proškoleni. Naopak na resuscitačním pracovišti v Domažlicích absolvovali všichni respondenti pouze základní kurz. Nástavbový kurz, jako nejvyšší absolvovaný certifikovaný kurz, uvedlo jen 5 respondentů (19 %) pracujících na KARIM – lůžka a ARO FN Plzeň.

**Tabulka č. 37 – Absolvovaný kurz Bazální stimulace NIP**

	DIP FN Plzeň		NIP Klatovy		NIP Planá		NIP FN Plzeň		Celkem	
	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%
Základní certifikovaný kurz	6	13	8	17,5	8	17,5	6	13	28	61
Nástavbový certifikovaný kurz	9	20	1	1,5	8	17,5	0	0	18	39
Prohlubující certifikovaný kurz	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Celkem</b>	<b>15</b>	<b>33</b>	<b>9</b>	<b>19</b>	<b>16</b>	<b>35</b>	<b>6</b>	<b>13</b>	<b>46</b>	<b>100</b>

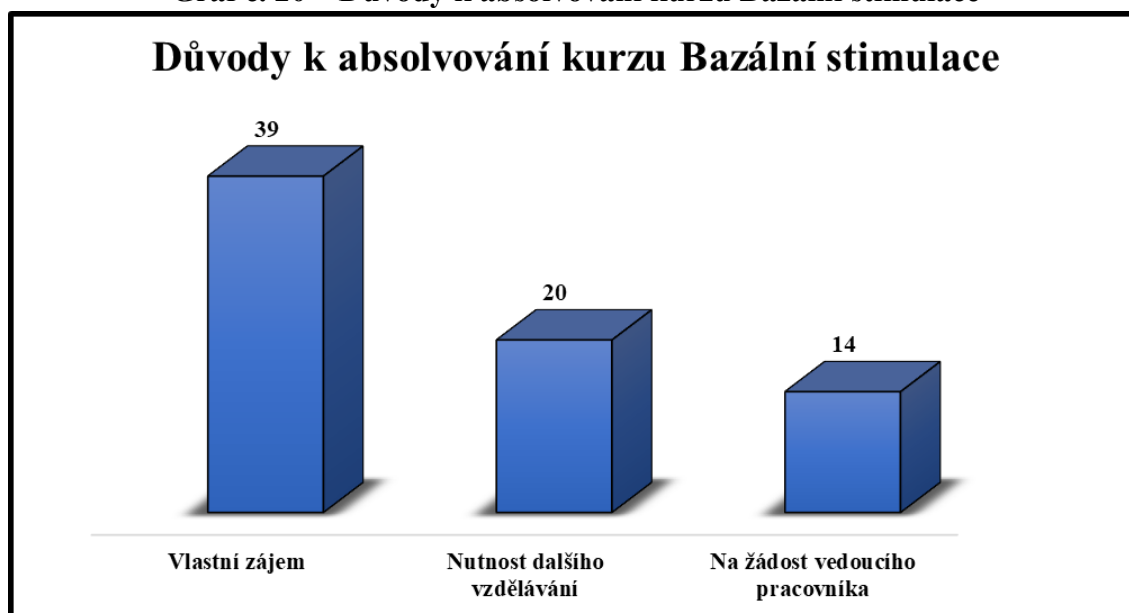
Zdroj: vlastní

Zastoupení respondentů, kteří se zúčastnili základního či nástavbového certifikovaného kurzu Bazální stimulace, je na všech pracovištích NIP velmi vyrovnaný. Z celkového počtu 46 respondentů, kteří zodpovídali tuto otázku absolvovalo základní kurz 28 účastníků (61 %) a u 18 respondentů (39 %) je kurz nástavbový nejvyšším absolvovaným kurzem.



**Otázka č. 19: Co Vás vedlo k absolvování kurzu Bazální stimulace?**

**Graf č. 20 – Důvody k absolvování kurzu Bazální stimulace**



Zdroj: vlastní

Povinná, polootevřená otázka. Respondent, který uvedl, že absolvoval základní či nástavbový certifikovaný kurz Bazální stimulace, musel zvolit jednu z uvedených odpovědí či dopsat vlastní odpověď v možnosti „jiné“. Z vlastního zájmu o problematiku konceptu Bazální stimulace se certifikovaných kurzů zúčastnila více než polovina dotazovaných (53 %). U 20 respondentů (27 %) bylo důvodem pro absolvování některého kurzu Bazální stimulace nutnost dalšího vzdělávání. Nabídku vedoucího pracovníka absolvovat certifikovaný kurz Bazální stimulace využilo 14 respondentů (20 %).

**Tabulka č. 38 – Důvody k absolvování kurzu Bazální stimulace ARO**

	KARIM		ARO FN Plzeň		ARO Klatovy		ARO Domažlice		Celkem	
	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%
Vlastní zájem	5	18	1	4	0	0	10	37	16	59
Nutnost dalšího vzdělávání	2	7	1	4	0	0	7	26	10	37
Na žádost vedoucího pracovníka	0	0	0	0	0	0	1	4	1	4
<b>Celkem</b>	<b>7</b>	<b>25</b>	<b>2</b>	<b>8</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>18</b>	<b>67</b>	<b>27</b>	<b>100</b>

Zdroj: vlastní

Na resuscitačních pracovištích zodpovědělo otázku zjišťující důvody k absolvování kurzu Bazální stimulace 27 respondentů (100 %), přičemž na resuscitačním pracovišti v Klatovech tuto otázku nezodpovídal žádný respondent, neboť všichni oslovení uvedli, že certifikovaný kurz neabsolvovali. Podnětem k účasti na kurzech Bazální stimulace byl u 16 účastníků (59 %) vlastní zájem o poznání tohoto konceptu. Z důvodu celoživotního vzdělávání u NELZP se kurzu zúčastnilo 10 respondentů (37 %) pracujících na ARO. Pouze 1 oslovený (4 %) jej absolvoval na žádost vedoucího pracovníka.

**Tabulka č. 39 – Důvody k absolvování kurzu Bazální stimulace NIP**

	DIP FN Plzeň		NIP Klatovy		NIP Planá		NIP FN Plzeň		Celkem	
	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%
Vlastní zájem	10	22	5	11	4	9	4	9	23	51
Nutnost dalšího vzdělávání	3	7	2	4	4	9	1	2	10	22
Na žádost vedoucího pracovníka	2	4	2	4	8	17	1	2	13	27
<b>Celkem</b>	<b>15</b>	<b>33</b>	<b>9</b>	<b>19</b>	<b>16</b>	<b>35</b>	<b>6</b>	<b>13</b>	<b>46</b>	<b>100</b>

Zdroj: vlastní

Na všech pracovištích, s výjimkou oddělení NIP Planá, nejvíce dotázaných uvedlo, že kurz Bazální stimulace absolvovali z vlastního přesvědčení. Z celkového počtu 46 účastníků (100 %) výzkumného šetření pracujících na lůžkách NIP se z vlastního zájmu kurzu zúčastnilo 23 respondentů (51 %). Druhým nejčastějším důvodem pro absolvování certifikovaného kurzu byla nabídka či doporučení vedoucího pracovníka kurz absolvovat – 13 účastníků (27 %). Z důvodu nutnosti dále se vzdělávat se kurzu zúčastnilo 10 respondentů (22 %).

Otázka č. 20: Měl/a byste zájem absolvovat kurz Bazální stimulace?

Graf č. 21 – Zájem o absolvování kurzu Bazální stimulace



Zdroj: vlastní

Povinná, uzavřená otázka. Respondent, který odpověděl, že se certifikovaného kurzu Bazální stimulace nezúčastnil, musel vybrat jednu z nabízených možností. Počet oslovených, který uvedl, že má zájem absolvovat certifikovaný kurz Bazální stimulace (50 %) je téměř totožný s počtem respondentů, kteří o účast na kurzu zájem nemají (50 %).

**Tabulka č. 40 – Zájem o absolvování kurzu Bazální stimulace ARO**

	KARIM		ARO FN Plzeň		ARO Klatovy		ARO Domažlice		Celkem	
	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%
Ano	18	21	6	7	15	17	2	2	41	47
Ne	20	23	14	17	7	8	4	5	45	53
<b>Celkem</b>	<b>38</b>	<b>44</b>	<b>20</b>	<b>24</b>	<b>22</b>	<b>25</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>86</b>	<b>100</b>

Zdroj: vlastní

Na resuscitačních pracovištích 86 respondentů (100 %) sdělilo, že dosud neabsolvovali žádný certifikovaný kurz Bazální stimulace. Z tabulky č. 40 je patrné, že na všech resuscitačních jednotkách, kromě ARO v Klatovech, převažuje nezájem o absolvování kurzu bazální stimulace. O účast na certifikovaných kurzech neprojevila zájem více než polovina dotázaných (53 %). Avšak téměř stejná část respondentů by se kurzu Bazální stimulace ráda zúčastnila (47 %).

**Tabulka č. 41 – Zájem o absolvování kurzu Bazální stimulace NIP**

	DIP FN Plzeň		NIP Klatovy		NIP Planá		NIP FN Plzeň		Celkem	
	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%
Ano	2	4	4	9	4	9	14	31	24	53
Ne	3	7	4	9	5	11	9	20	21	47
<b>Celkem</b>	<b>5</b>	<b>11</b>	<b>8</b>	<b>18</b>	<b>9</b>	<b>20</b>	<b>23</b>	<b>51</b>	<b>45</b>	<b>100</b>

Zdroj: vlastní

Na všech pracovištích NIP, s výjimkou NIP FN Motol, jsou odpovědi respondentů o zájmu účastnit se kurzu Bazální stimulace či nikoliv velmi vyrovnané. Z celkového počtu 45 respondentů (100 %) pracujících na lůžkách NIP, projevilo zájem zúčastnit se certifikovaného kurzu Bazální stimulace 24 dotázaných (53 %). Největší zájem o absolvování kurzu projevili respondenti pracující na oddělení NIP FN Motol. 21 dotazovaných (47 %) se kurzu Bazální stimulace zúčastnit nechce.

## 12.5 Zapojování příbuzných pacienta do ošetrovatelské péče v rámci konceptu Bazální stimulace

Otázka č. 21: Zapojujete příbuzné pacienta do ošetrovatelské péče prostřednictvím Bazální stimulace?

Graf č. 22 – Zapojování příbuzných do bazálně stimulující péče



Zdroj: vlastní

Povinná, uzavřená otázka. Respondent musel vybrat jednu z nabízených možností. Téměř všichni respondenti (94 %) odpověděli, že rodinné příslušníky do bazálně stimulující péče integrují. Pouze 12 účastníků (6 %) výzkumného šetření příbuzné do péče nezapojuje.

**Tabulka č. 42 – Zapojování příbuzných do bazálně stimulující péče**

**ARO**

	KARIM		ARO FN Plzeň		ARO Klatovy		ARO Domažlice		Celkem	
	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%
Ano	44	39	15	13	20	17	24	22	103	91
Ne	1	1	7	6	2	2	0	0	10	9
<b>Celkem</b>	<b>45</b>	<b>40</b>	<b>22</b>	<b>19</b>	<b>22</b>	<b>19</b>	<b>24</b>	<b>22</b>	<b>113</b>	<b>100</b>

Zdroj: vlastní

Z celkového počtu 113 účastníků (100 %) výzkumného šetření na ARO integruje rodinu nemocného do bazálně stimulující péče 103 respondentů (91 %). Pouze 10 oslovených o začlenění příbuzných do péče neusiluje, přičemž nejvíce je tato odpověď zastoupena na ARO FN Plzeň. Naopak na resuscitačním pracovišti v Domažlicích všichni respondenti uvedli, že rodinné příslušníky do ošetrovatelské péče s využitím konceptu Bazální stimulace zapojují.

**Tabulka č. 43 – Zapojování příbuzných do bazálně stimulující péče**

**NIP**

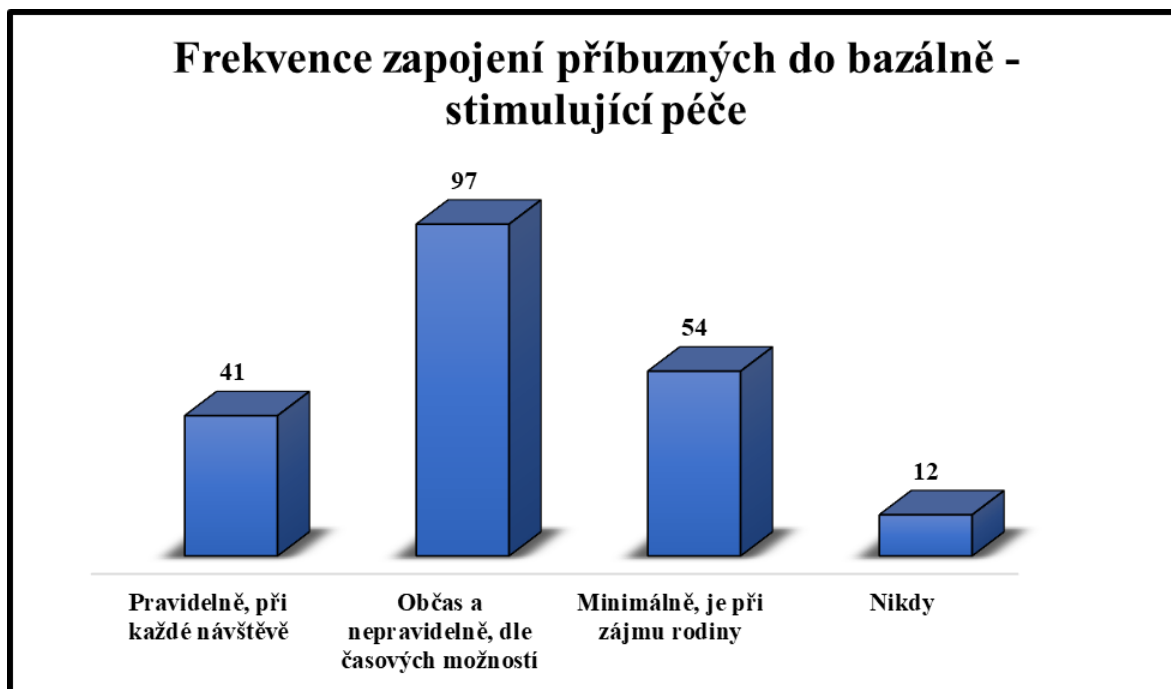
	DIP FN Plzeň		NIP Klatovy		NIP Planá		NIP FN Plzeň		Celkem	
	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%
Ano	19	21	16	18	25	27	29	32	89	98
Ne	1	1	1	1	0	0	0	0	2	2
<b>Celkem</b>	<b>20</b>	<b>22</b>	<b>17</b>	<b>19</b>	<b>25</b>	<b>27</b>	<b>29</b>	<b>32</b>	<b>91</b>	<b>100</b>

Zdroj: vlastní

Na pracovištích NIP 98 % respondentů sdělilo, že zapojuje rodinu nemocného do bazálně stimulující péče. Pouze 2 oslovení (2 %) pracující na DIP FN Plzeň a NIP Klatovy se na integraci rodinných příslušníků nepodílejí.

**Otázka č. 22: Jak často zapojujete rodinné příslušníky do bazálně stimulující péče?**

**Graf č. 23 – Frekvence zapojení příbuzných do bazálně stimulující péče**



Zdroj: vlastní

Povinná, uzavřená otázka. Respondent musel vybrat jednu z uvedených možností. Téměř polovina nelékařských zdravotnických pracovníků (48 %) zapojuje příbuzné pacienta do ošetrovatelské péče v rámci konceptu Bazální stimulace nepravidelně, dle aktuální situace na pracovišti a svých časových možností. 54 dotázaných (26 %) uvedlo, že příbuzné zapojují pouze v případě, že rodina projeví zájem podílet se na bazálně stimulující péči. Aktivně a pravidelně při každé návštěvě usiluje o integraci rodinných příslušníků do ošetrovatelské péče 41 respondentů (20 %) a 12 účastníků (6 %) se na začlenění rodiny do péče nijak nepodílí.

**Tabulka č. 44 – Frekvence zapojení příbuzných do bazálně stimulující péče ARO**

	KARIM		ARO FN Plzeň		ARO Klatovy		ARO Domažlice		Celkem	
	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%
Pravidelně, při každé návštěvě	13	12	2	2	3	2	0	0	18	16
Občas a nepravidelně, dle časových možností	22	19	3	2	11	10	12	11	48	42
Minimálně, jen při zájmu rodiny	9	8	10	9	6	5	12	11	37	33
Nikdy	1	1	7	6	2	2	0	0	10	9
<b>Celkem</b>	<b>45</b>	<b>40</b>	<b>22</b>	<b>19</b>	<b>22</b>	<b>19</b>	<b>24</b>	<b>22</b>	<b>113</b>	<b>100</b>

Zdroj: vlastní

Na polovině resuscitačních oddělení, konkrétně na KARIM – lůžka a ARO Klatovy, jsou příbuzní nejčastěji zapojováni do péče nepravidelně. Dle svých časových možností se snaží integrovat rodinu do ošetrovatelské péče celkem 48 respondentů (42 %). 37 účastníků (33 %) zapojuje příbuzné do péče pouze při jejich zájmu, přičemž nejčastěji takto odpovídali respondenti na ARO FN Plzeň. Pravidelně při každé návštěvě se snaží příbuzné do bazálně stimulující péče integrovat pouze 18 oslovených (16 %). Nejméně respondentů uvedlo, že příbuzné do ošetrovatelské péče nezapojují – 10 účastníků (9 %).

**Tabulka č. 45 – Frekvence zapojení příbuzných do bazálně stimulující péče NIP**

	DIP FN Plzeň		NIP Klatovy		NIP Planá		NIP FN Plzeň		Celkem	
	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%
Pravidelně, při každé návštěvě	6	7	3	3	5	5	9	10	23	25
Občas a nepravidelně, dle časových možností	13	14	9	10	13	14	14	15	49	53
Minimálně, jen při zájmu rodiny	0	0	4	5	7	8	6	7	17	20
Nikdy	1	1	1	1	0	0	0	0	2	2
<b>Celkem</b>	<b>20</b>	<b>22</b>	<b>17</b>	<b>19</b>	<b>25</b>	<b>27</b>	<b>29</b>	<b>32</b>	<b>91</b>	<b>100</b>

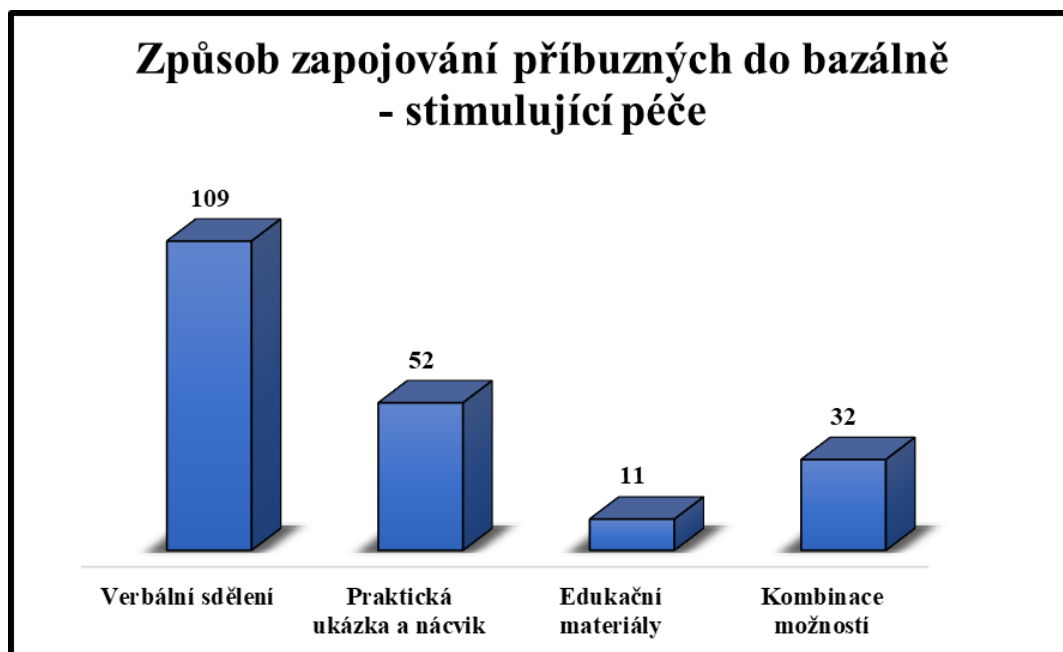
Zdroj: vlastní

Respondenti nejčastěji uváděli, že příbuzné do péče zapojují nepravidelně, dle svých časových možností – 49 účastníků (53 %). O pravidelné začlenění rodinných příslušníků usiluje 23 dotázaných (25 %). Ve fakultních nemocnicích je pravidelné začlenění rodiny druhou nejčastější odpovědí dotazovaných respondentů. Naopak v okresních nemocnicích je druhou nejčastější odpovědí minimální zapojování rodiny. Příbuzné do péče zapojuje pouze při jejich zájmu celkem 17 účastníků (20 %) a jen 2 dotázaní (2 %) uvedli, že rodinu do péče neintegrují.



Otázka č. 23: Uved'te způsob, jakým zapojujete příbuzné do bazálně stimulující péče?

Graf č. 24 – Způsob zapojování příbuzných do bazálně stimulující péče



Zdroj: vlastní

Povinná, polootevřená otázka. Respondent musel zvolit jednu z uvedených možností či dopsat vlastní odpověď v možnosti „jiné“. Více než polovina oslovených (54 %) zapojuje rodinu do bazálně stimulující péče pouze tím, že jí verbálně poskytne informace o konceptu bazální stimulace. Praktickou ukázkou včetně nácviku technik Bazální stimulace volí pro integraci rodiny do péče 52 respondentů (25 %) pracujících v oblasti intenzivní péče. Prostřednictvím všech možností – verbální sdělení, praktická ukáзка s nácvikem technik a edukační materiály využívá k zapojení rodinných příslušníků 32 účastníků (16 %). Nejmenší skupinu představují respondenti, kteří příbuzné do péče zapojují pouze pomocí edukačních materiálů – 11 účastníků (5 %). Možnost doplnit vlastní odpověď do položky „jiné“ nevyužil žádný respondent.

**Tabulka č. 46 – Způsob zapojování příbuzných do bazálně stimulující péče ARO**

	KARIM		ARO FN Plzeň		ARO Klatovy		ARO Domažlice		Celkem	
	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%
Verbální sdělení	20	18	11	10	15	13	17	15	63	56
Praktická ukázka a nácvik	10	9	9	7	5	4	4	4	28	24
Edukační materiály	5	4	2	2	0	0	2	2	9	8
Kombinace možností	10	9	0	0	2	2	1	1	13	12
<b>Celkem</b>	<b>45</b>	<b>40</b>	<b>22</b>	<b>19</b>	<b>22</b>	<b>19</b>	<b>24</b>	<b>22</b>	<b>113</b>	<b>100</b>

Zdroj: vlastní

Na všech resuscitačních pracovištích nejvíce respondentů uvedlo, že rodinným příslušníkům poskytují pouze základní informace o konceptu Bazální stimulace formou verbálního sdělení - 63 účastníků (56 %). Druhou nejčastěji zvolenou možností byla praktická ukázka s nácvikem technik Bazální stimulace, kterou využívá 28 oslovených respondentů (24 %). 13 účastníků (12 %) na ARO zapojuje příbuzné pacienta do péče pomocí všech uvedených metod (verbální sdělení, praktická ukázka s nácvikem technik a edukační materiály) a pouze edukační materiály volí 9 dotázaných (8 %).

**Tabulka č. 47 – Způsob zapojování příbuzných do bazálně stimulující péče NIP**

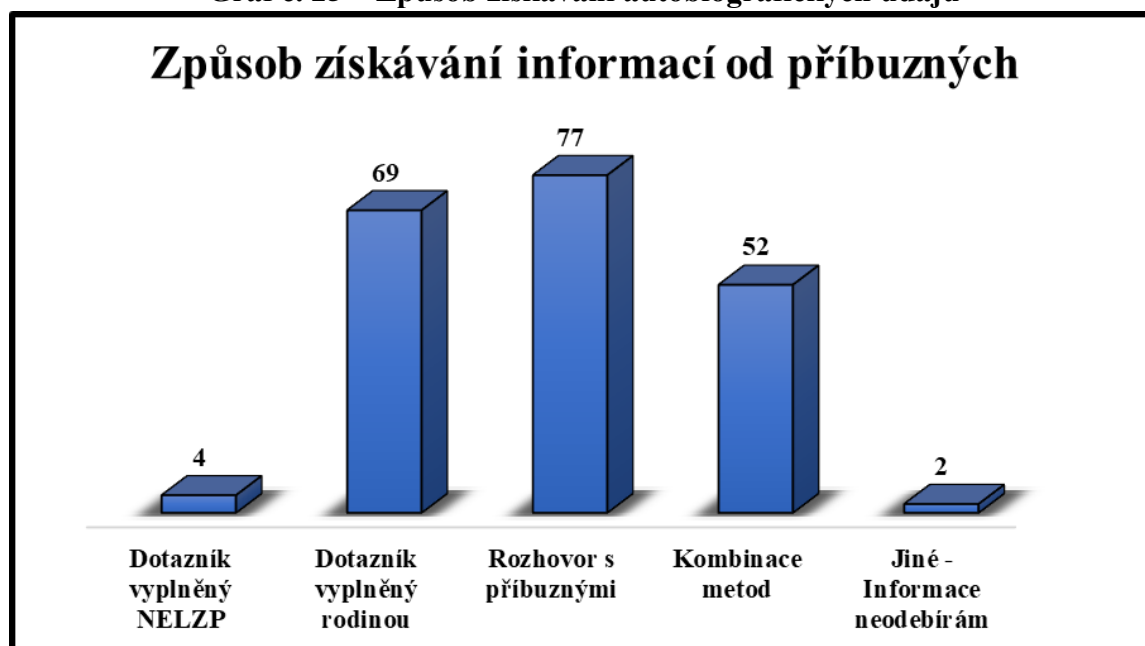
	DIP FN Plzeň		NIP Klatovy		NIP Planá		NIP FN Motol		Celkem	
	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%
Verbální sdělení	6	7	8	8	12	13	20	22	46	50
Praktická ukázka a nácvik	8	8	2	3	9	10	5	6	24	27
Edukační materiály	0	0	1	1	0	0	1	1	2	2
Kombinace možností	6	7	6	7	4	4	3	3	19	21
<b>Celkem</b>	<b>20</b>	<b>22</b>	<b>17</b>	<b>19</b>	<b>25</b>	<b>27</b>	<b>29</b>	<b>32</b>	<b>91</b>	<b>100</b>

Zdroj: vlastní

Způsoby zapojování rodinných příslušníků do péče jsou na všech pracovištích NIP velmi vyrovnané. Výjimkou je pouze oddělení NIP FN Motol, kde nejčastěji volenou možností bylo verbální sdělení. Informace o bazálně stimulující péči poskytuje příbuzným celkem 46 respondentů (50 %). Praktickou ukázkou včetně nácviku jednotlivých technik Bazální stimulace využívá pro integraci rodiny do péče 24 účastníků (27 %). Zároveň byla praktická ukázka druhou nejčastější odpovědí na většině pracovištích NIP, kromě NIP Klatovy. Téměř stejná část dotázaných uvedla, že pro zapojení nejbližších příbuzných volí veškeré nabízené možnosti – 19 účastníků (21 %). Pouze 2 respondenti (2 %), kteří pracují na NIP FN Motol a NIP Klatovy, využívají pouze edukační materiály.

Otázka č. 24: Uved'te způsob, jakým odebíráte od příbuzných údaje o pacientovi?

Graf č. 25 – Způsob získávání autobiografických údajů



Zdroj: vlastní

Povinná, polootevřená otázka. Respondent musel zvolit jednu z nabízených možností či dopsat vlastní odpověď v možnosti „jiné“. Nejvíce respondentů získává biografické údaje o nemocném prostřednictvím rozhovoru s rodinnými příslušníky – 77 oslovených (38 %). Téměř totožná část účastníků (33 %) využívá k odběru údajů dotazník, který vyplňuje rodina nemocného. 52 respondentů (25 %) používá k získávání informací kombinované metody, tj. rozhovor a dotazník vyplněný rodinou i NELZP. Pouze 4 oslovení (2 %) zvolili jako způsob odebrání údajů o nemocném dotazník, který vyplňuje nelékařský zdravotnický personál a 2 respondenti (1 %) uvedli, že informace žádným způsobem neodebírají.

**Tabulka č. 48 – Způsob získávání informací od příbuzných ARO**

	KARIM		ARO FN Plzeň		ARO Klatovy		ARO Domažlice		Celkem	
	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%
Dotazník vyplněný NELZP	0	0	0	0	2	2	0	0	2	2
Dotazník vyplněný rodinou	33	29	3	2	6	5	0	0	42	36
Rozhovor s příbuznými	3	2	17	15	6	5	23	21	49	43
Kombinace metod	9	9	0	0	8	7	1	1	18	17
Jiné – neodebírám	0	0	2	2	0	0	0	0	2	2
<b>Celkem</b>	<b>45</b>	<b>40</b>	<b>22</b>	<b>19</b>	<b>22</b>	<b>19</b>	<b>24</b>	<b>22</b>	<b>113</b>	<b>100</b>

Zdroj: vlastní

Na ARO je k získání biografických údajů o nemocném nejčastěji využíván rozhovor s příbuznými, využívá jej 49 účastníků (43 %). Druhým nejčastějším způsobem odběru biografických údajů, který nejvíce využívají respondenti na KARIM – lůžka, je dotazník vyplněný rodinou nemocného. Na resuscitačním pracovišti v Klatovech, jsou odpovědi účastníků velmi vyrovnané. Rozhovor v kombinaci s dotazníkem vyplněný nejen rodinou, ale i NELZP používá k získání informací 18 respondentů (16 %). Počet respondentů, který údaje o nemocném neodebírám či využívá dotazník vyplněný NELZP, je totožný – 2 respondenti (4 %).

**Tabulka č. 49 – Způsob získávání informací od příbuzných NIP**

	DIP FN Plzeň		NIP Klatovy		NIP Planá		NIP FN Motol		Celkem	
	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%
Dotazník vyplněný NELZP	0	0	1	1	1	1	0	0	2	2
Dotazník vyplněný rodinou	7	8	8	9	5	5	7	8	27	30
Rozhovor s příbuznými	2	2	2	2	8	9	16	17	28	30
Kombinace metod	11	12	6	7	11	12	6	7	34	38
Jiné – neodebírám	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Celkem</b>	<b>20</b>	<b>22</b>	<b>17</b>	<b>19</b>	<b>25</b>	<b>27</b>	<b>29</b>	<b>32</b>	<b>91</b>	<b>100</b>

Zdroj: vlastní

Nejvíce respondentů na lůžkách NIP volí pro získání informací kombinaci metod, tj. rozhovor a dotazník vyplněný rodinou i NELZP – 34 dotázaných (38 %). Nejčastěji byla tato možnost volena na oddělení NIP Planá a DIP FN Plzeň. Prostřednictvím rozhovoru s příbuznými získává biografické údaje o nemocném 28 respondentů (30 %), nejčastěji je tento způsob využíván na oddělení NIP FN Motol. Stejný počet účastníků odebírám informace o pacientovi pomocí dotazníku, který vyplňují rodinní příslušníci – 27 dotázaných (30 %). Pouze 2 respondenti (2 %) uvedli, že využívají dotazník, který vyplňují NELZP.

## 13 TESTOVÁNÍ HYPOTÉZ

K testování shody jednotlivých odpovědí mezi skupinami účastníků výzkumné studie byl zvolen Mann-Whitneyho test, jehož výsledná  $p$  – hodnota byla doplněna pořadovými statistikami (medián, dolní a horní kvartil) a kategorizovaným krabicovým grafem.

Škálové odpovědi byly ověřovány pomocí testu nezávislosti založeného na Spearmanově koeficientu pořadové korelace. K porovnávání relativních četností jednotlivých položek dotazníku byl použit test o dvou relativních četnostech.

Hladina významnosti byla zvolena na hodnotě  $\alpha = 5 \%$ , tzn. je-li  $p$  – hodnota menší než 0,05 je považována za statisticky významnou. Ověřování hypotéz bylo provedeno ve spolupráci se statistikem Mgr. Tomášem Zdařilem.

### 13.1 Hypotéza č. 1

První hypotéza se týkala závislosti mezi teoretickými znalostmi nelékařských zdravotnických pracovníků a typem pracoviště intenzivní péče. K hypotéze č. 1 se vztahovala otázka dotazníkového šetření č. 4 a znalostní otázky č. 7, 8, 9, 10 a 11.

*H<sub>0</sub>: Míra znalostí nelékařských zdravotnických pracovníků v konceptu Bazální stimulace v oblasti intenzivní péče nezávisí na typu pracoviště intenzivní péče (ARO, NIP).*

*H<sub>A</sub>: Míra znalostí nelékařských zdravotnických pracovníků v konceptu Bazální stimulace v oblasti intenzivní péče závisí na typu pracoviště intenzivní péče (ARO, NIP).*

Znalosti představovali intervalovou proměnou s hodnotami 0 - 5 a byly měřeny jako počet správně zodpovězených otázek. Abychom mohli posoudit, zda má respondent výborné či velmi dobré znalosti o konceptu Bazální stimulace, musel z celkového počtu pěti znalostních otázek správně zodpovědět min. čtyři otázky. K hodnocení objektivních znalostí nelékařského zdravotnického personálu byla použita stupnice, kdy 5 správně zodpovězených otázek znamená výborné znalosti, 4 – velmi dobré, 3 – dobré, 2 – dostatečné a 1 či 0 – nedostatečné znalosti o konceptu Bazální stimulace. Typ pracoviště intenzivní péče představovala nominální proměnnou s dvěma možnými variantami – ARO, NIP.

Pro možnost testování hypotézy bylo nejprve nutné rozlišit data na dva soubory dle typu pracoviště intenzivní péče (ARO, NIP) a vytvořit tabulku, která znázorňuje zjištěné (tj. absolutní, označované N) a také relativní četnosti jednotlivých porovnávaných kategorií. Dané hodnoty byly porovnávány na hladině významnosti  $\alpha = 5\%$ . K zamítnutí nulové hypotézy došlo v případě, že je  $p$  – hodnota < než hladina významnosti.

**Tabulka č. 50 – Četnosti objektivních znalostí na pracovištích intenzivní péče**

	Výborné znalosti (5 správných odpovědí)		Velmi dobré znalosti (4 správné odpovědi)		Dobré znalosti (3 správné odpovědi)		Dostatečné znalosti (2 správné odpovědi)		Nedostatečné znalosti (0 či 1 správná odpověď)		Celkem	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
ARO	4	2	12	6	22	11	40	20	35	17	113	56
NIP	19	9	18	9	11	5	29	14	14	7	91	44
Celkem	23	11	30	15	33	16	69	34	49	24	204	100

Zdroj: vlastní

Ve spolupráci se statistikem Mgr. Tomášem Zdařilem byl k testování hypotézy č.1 zvolen Mann – Whitneyho test, jehož výsledná p – hodnota byla doplněna pořadovými statistikami (medián, horní a dolní kvartil) a kategorizovaným krabicovým grafem. Výsledná p – hodnota Mann-Whitneyho testu je společně s pořadovými číselnými charakteristikami obou srovnávaných skupin uvedena v tabulce č. 51.

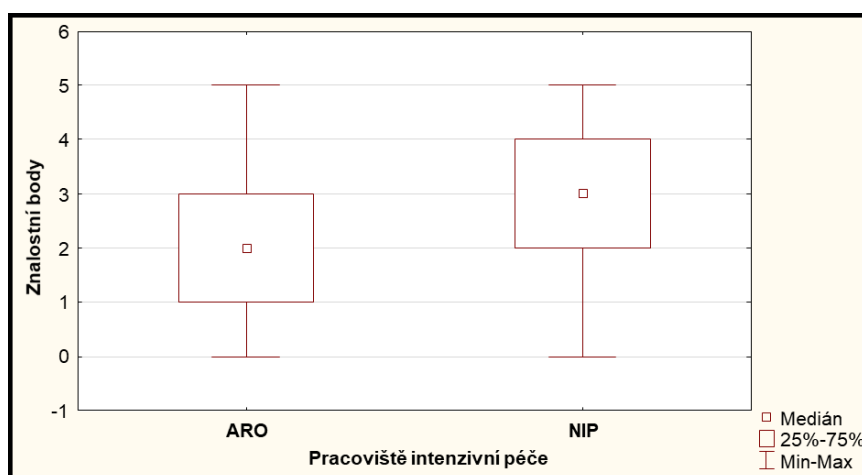
**Tabulka č. 51 – Mann – Whitneyho test**

Mann-Whitneyho test: p-hodnota a pořadové charakteristiky				
Skupina	dolní kvartil	medián	horní kvartil	p – hodnota
ARO	1	2	3	0,000 (zamítáme $H_0$ )
NIP	2	3	4	

Zdroj: vlastní

Statistické vyhodnocení a pozorování mezi znalostmi nelékařských zdravotnických pracovníků a typem pracoviště intenzivní péče (ARO, NIP) ukázalo, že byl potvrzen statisticky významný rozdíl. Dle Mann – Whitneyho testu byla nulová hypotéza zamítnuta ( $p = 0,000 < 0,05$ ). Na hladině významnosti  $\alpha = 0,05$  byla prokázána závislost míry znalostí nelékařských zdravotnických pracovníků v konceptu Bazální stimulace na typu pracoviště intenzivní péče. Počet správně zodpovězených otázek byl dle mediánu, dolního i horního kvartilu statisticky významně vyšší pro respondenty na oddělení NIP. Pro účely vizuálního posouzení byly pořadové charakteristiky zobrazeny do kategorizovaného krabicového grafu.

**Graf č. 26 – Srovnání respondentů dle míry znalostí a pracoviště**



Zdroj: vlastní

Pro hypotézu č. 1 platí, že přijímáme  $H_A$ : **Míra znalostí nelékařských zdravotnických pracovníků o konceptu Bazální stimulace v oblasti intenzivní péče závisí na typu pracoviště intenzivní péče (ARO, NIP).**

## 13.2 Hypotéza č. 2

Druhá hypotéza se týkala závislosti mezi objektivními teoretickými znalostmi o konceptu Bazální stimulace (počet správně odpovědí v otázkách č. 7, 8, 9, 10 a 11) a subjektivním hodnocením vlastních teoretických znalostí. K hypotéze č. 2 se kromě výše uvedených otázek vztahovala i otázka č. 12.

*H<sub>0</sub>: Mezi mírou objektivních znalostí nelékařských zdravotnických pracovníků a jejich subjektivním hodnocením vlastních znalostí o konceptu Bazální stimulace neexistuje závislost.*

*H<sub>A</sub>: Mezi mírou objektivních znalostí nelékařských zdravotnických pracovníků a jejich subjektivním hodnocením vlastních znalostí o konceptu Bazální stimulace existuje závislost.*

Objektivní teoretické znalosti byli dány počtem správně zodpovězených znalostních otázek a představovali intervalovou proměnnou s hodnotami 0 - 5. Subjektivní hodnocení vlastních teoretických znalostí probíhalo pomocí intervalové proměnné na škále 1 – 5. Oproti dotazníkovému šetření došlo při ověřování hypotéz k otočení kódování tak, aby 1 znamenalo nejhorší hodnocení a 5 naopak hodnocení nejlepší. Pro testování hypotéz byla tato interpretace přirozenější. Absolutní a relativní četnosti objektivních teoretických znalostí znázorňuje tabulka č. 52 a četnosti subjektivních teoretických znalostí tabulka č. 53.

**Tabulka č. 52 – Četnosti objektivních znalostí na pracovištích intenzivní péče**

	Výborné znalosti (5 správných odpovědí)		Velmi dobré znalosti (4 správné odpovědi)		Dobré znalosti (3 správné odpovědi)		Dostatečné znalosti (2 správné odpovědi)		Nedostatečné znalosti (0 či 1 správná odpověď)		Celkem	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
ARO	4	2	12	6	22	11	40	20	35	17	113	56
NIP	19	9	18	9	11	5	29	14	14	7	91	44
Celkem	23	11	30	15	33	16	69	34	49	24	204	100

Zdroj: vlastní



**Tabulka č. 53 – Četnosti subjektivních znalostí na pracovištích intenzivní péče**

	Výborné znalosti		Velmi dobré znalosti		Dobré znalosti		Dostatečné znalosti		Nedostatečné znalosti		Celkem	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>ARO</b>	14	7	39	19	41	20	16	8	3	2	113	56
<b>NIP</b>	16	8	40	19	29	14	5	2,5	1	0,5	91	44
<b>Celkem</b>	30	15	79	38	70	34	21	10,5	4	2,5	204	100

Zdroj: vlastní

K testování hypotézy č. 2 byl zvolen, po domluvě se statistikem Mgr. Tomášem Zdařilem, test nezávislosti založený na Spearmanově koeficientu pořadové korelace, jehož výsledná  $p$  – hodnota byla doplněna o četnostní bodový graf. Hodnota Spearmanova korelačního koeficientu a  $p$  – hodnota testu nezávislosti jsou uvedeny v tabulce č. 54.

**Tabulka č. 54 - Spearmanův korelační koeficient**

Spearmanův korelační koeficient			
hodnota R	p – hodnota	rozhodnutí o H0	Závislost
<b>0,48</b>	0,000	zamítáme	Ano

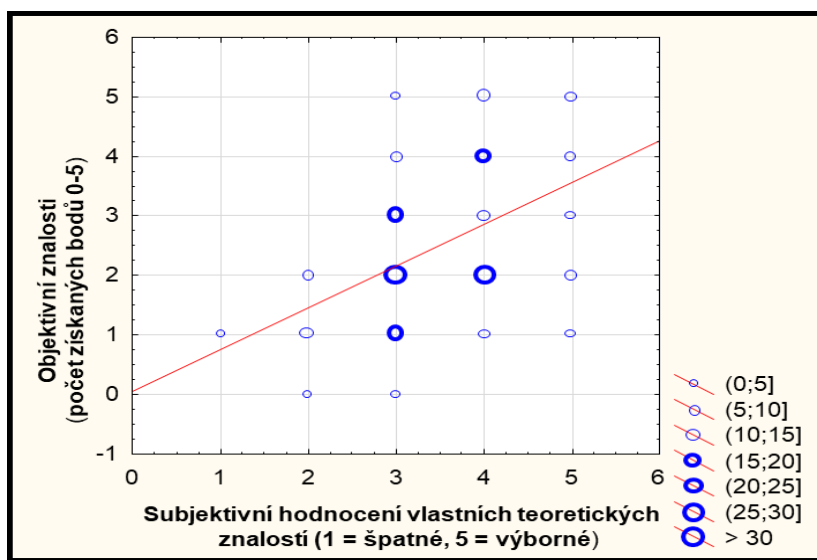
Zdroj: vlastní

Dle testu nezávislosti založeném na Spearmanově korelačním koeficientu byla nulová hypotéza zamítnuta ( $p = 0,000 < 0,05$ ). Na hladině významnosti  $\alpha = 0,05$  byla prokázána závislost mezi mírou objektivních znalostí nelékařských zdravotnických pracovníků a jejich subjektivním hodnocení vlastních znalostí o konceptu Bazální stimulace. Hodnota Spearmanova korelačního koeficientu je kladná a poblíž 0,5. Jedná se tedy o středně silnou přímou závislost. Vyšší počet správně zodpovězených otázek je u nelékařských zdravotnických pracovníků středně silně asociován s pozitivnějším subjektivním hodnocením vlastních teoretických znalostí. Situaci je možné vizuálně posoudit v četnostním bodovém grafu.

Čím širší je bod v grafu č. 64, tím více respondentů reprezentuje. Grafem je orientačně proložena regresní přímka. Nejvyšší četnosti se vyskytují v okolí této přímky, což podporuje hypotézu o přímé závislosti. Oproti tomu poblíž levého horního rohu

a pravého dolního rohu se pozorování téměř nevyskytují. Tyto rohy reprezentují nepřímou závislost – levý horní roh asociaci vysokých objektivních znalostí a nízkého subjektivního hodnocení a pravý dolní roh asociaci nízkých objektivních znalostí a vysokého subjektivního hodnocení.

**Graf č. 27 – Srovnání objektivních znalostí a subjektivního hodnocení znalostí respondentů o konceptu Bazální stimulace**



Zdroj: vlastní

Pro hypotézu č. 2 platí, že přijímáme  $H_A$ : **Mezi mírou objektivních znalostí nelékařských zdravotnických pracovníků a jejich subjektivním hodnocení vlastních znalostí o konceptu Bazální stimulace existuje závislost.**

### 13.3 Hypotéza č. 3

Třetí hypotéza se týkala závislosti mezi podílem nelékařských zdravotnických pracovníků, kteří absolvovali základní certifikovaný kurz Bazální stimulace a typem pracovištěm intenzivní péče (ARO, NIP). K hypotéze č. 3 se vztahovala v dotazníkovém šetření otázka č. 4 a č. 16.

$H_0$ : Podíl absolventů základního kurzu konceptu Bazální stimulace nezávisí na typu intenzivní péče (ARO, NIP).

$H_A$ : Podíl absolventů základního kurzu konceptu Bazální stimulace závisí na typu intenzivní péče (ARO, NIP).

Ve třetí hypotéze byli porovnávány relativní četnosti podílu absolventů základního certifikovaného kurzu Bazální stimulace a typem pracoviště intenzivní péče – ARO, NIP. K testování hypotézy č. 3 byl použit test o dvou relativních četnostech, který byl doplněn 95 % intervalem spolehlivosti pro rozdíl dvou relativních četností. Výsledky testu o dvou relativních četnostech jsou uvedeny v tabulce č. 55.

**Tabulka č. 55 - Výsledky testu o dvou relativních četnostech**

Srovnání dvou relativních četností		
	ARO	NIP
<b>Celkový počet respondentů</b>	113	91
<b>Počet absolventů základního kurzu</b>	22	28
<b>Podíl absolventů základního kurzu</b>	0,195 (19,5 %)	0,308 (30,8 %)
<b>p-hodnota testu o dvou relativních četnostech</b>	0,062	

Zdroj: vlastní

Z celkového počtu 113 respondentů na ARO absolvovalo základní kurz 22 (19,5 %). Z celkového počtu 91 respondentů na NIP absolvovalo základní kurz 28 (30,8 %). Tento rozdíl dle testu o dvou relativních četnostech těsně nestačil na zamítnutí nulové hypotézy ( $p - \text{hodnota} = 0,062 > 0,05$ ). Na hladině významnosti  $\alpha = 0,5$  nebyla prokázána závislost podílu absolventů základního kurzu konceptu Bazální stimulace na typu pracoviště intenzivní péče. Z dat je patrné, že respondenti NIP měli vyšší podíl absolvování kurzu, nicméně na hladině významnosti 0,05 nelze tento výsledek zobecnit.

Pro hypotézu č. 3 platí, že přijímáme  $H_0$ : **Podíl absolventů základního kurzu konceptu Bazální stimulace nezávisí na typu intenzivní péče.**

### 13.4 Hypotéza č. 4

Čtvrtá hypotéza se týkala závislosti mezi frekvencí zapojení rodiny do bazálně stimulační ošetrovatelské péče a typem pracovišť intenzivní péče – ARO a NIP. K hypotéze č. 4 se v dotazníkovém šetření vztahovala otázka č. 4 a č. 19.

*$H_0$ : Frekvence zapojení rodiny do ošetrovatelské péče dle konceptu Bazální stimulace nezávisí na typu intenzivní péče.*

*$H_A$ : Frekvence zapojení rodiny do ošetrovatelské péče dle konceptu Bazální stimulace závisí na typu intenzivní péče.*

Frekvence zapojení rodiny byla ordinální proměnnou se 4 variantami – pravidelně, občas, minimálně, ne. K porovnání dvou skupin hodnot ordinální proměnné byl použit Mann-Whitneyho test, jehož výsledná p – hodnota byla doplněna pořadovými statistikami (medián, dolní a horní kvartil) a kategorizovaným krabicovým grafem. Do první skupiny hodnot byly zařazeny varianty odpovědi s vyšší frekvencí – pravidelně a občas. Do druhé skupiny hodnot byly naopak zařazeny varianty odpovědi s nižší frekvencí – minimálně a ne. Výsledná p – hodnota Mann-Whitneyho testu je společně s pořadovými číselnými charakteristikami obou srovnávaných skupin uvedena v tabulce č. 56.

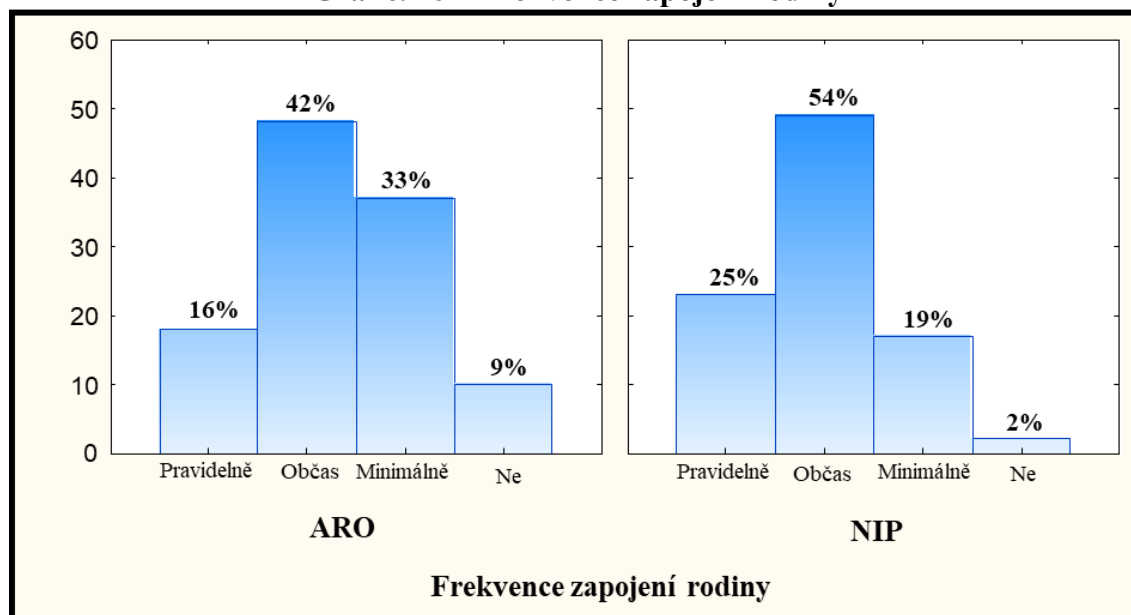
**Tabulka č. 56 - Mann-Whitneyho test: p-hodnota a tabulka četností**

Mann-Whitneyho test: p-hodnota a tabulka četností								
Skupina	pravidelně		občas		Minimálně		Ne	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>ARO</b>	18	16	48	42	37	33	10	9
<b>NIP</b>	23	25	49	54	17	19	2	2
<b>p-hodnota:</b>	0,004		<b>rozhodnutí o <math>H_0</math>: zamítáme</b>					

Zdroj: vlastní

Statistické vyhodnocení a pozorování frekvence zapojení rodiny do bazálně stimulační péče a typem pracovišť intenzivní péče ukázalo, že byl potvrzen statisticky významný rozdíl. Dle Mann-Whitneyho testu byla nulová hypotéza zamítnuta,  $p = 0,004 < 0,05$ . Na hladině významnosti  $\alpha = 0,05$  byla prokázána závislost frekvence zapojení rodiny do ošetrovatelské péče dle konceptu Bazální stimulace na typu pracoviště intenzivní péče. Dle relativních četností v tabulce lze interpretovat, že vyšší frekvence (pravidelně, občas) byly více zastoupeny u respondentů pracujících na odděleních NIP, zatímco nižší frekvence (minimálně, ne) byly více zastoupeny u respondentů pracujících na ARO. Frekvence zapojení rodiny je na hladině významnosti  $\alpha = 0,05$  statisticky významně vyšší u NIP. Pro účely vizuálního posouzení byly pořadové charakteristiky zobrazeny do kategorizovaného histogramu.

Graf č. 28 – Frekvence zapojení rodiny



Zdroj: vlastní

Pro hypotézu č. 4 platí, že přijímáme  $H_A$ : **Frekvence zapojení rodiny do ošetrovatelské péče dle konceptu Bazální stimulace závisí na stupni intenzivní péče.**

## 14 DISKUZE

V rámci výzkumného šetření nás zajímala integrace konceptu Bazální stimulace do klinické praxe v oblasti intenzivní péče. Pro výzkum jsme vybrali osm pracovišť intenzivní péče, konkrétně čtyři ARO a čtyři oddělení NIP. Výběr pracovišť byl úmyslný. Podmínkou výběru bylo poskytování ošetrovatelské a bazálně stimulující péče u pacientů s ventilační podporou. Zdrojem získaných dat bylo v empirické části práce anonymní dotazníkové šetření.

Cílem diplomové práce bylo posoudit aspekty, které v oblasti intenzivní péče ovlivňují integraci konceptu Bazální stimulace do praxe. Na základě hlavního cíle jsme ve vlastním výzkumu stanovili šest dílčích cílů, které se k těmto aspektům vztahují. Za důležité aspekty pro včlenění tohoto konceptu do praxe považujeme znalosti a proškolení nelékařského zdravotnického personálu pomocí certifikovaných kurzů, zapojování rodinných příslušníků do ošetrovatelské péče a vedení záznamů o aplikaci bazálně stimulující péče. Diskuze se věnuje popisu a analýze zjištěných výsledků, které jsou porovnávány s odbornou literaturou a výzkumy jiných závěrečných prací.

Charakteristika účastníků výzkumného šetření byla posuzována pomocí demografických údajů (věk, pohlaví) a zjišťováním pracovní pozice a délky praxe v oblasti intenzivní péče. Základních údajů o respondentech se týkaly otázky č. 1 až č. 5. Z celkového počtu 205 respondentů se dotazníkového šetření zúčastnilo 190 žen (93 %) a jen 15 mužů (7 %), což poukazuje na stálou feminizaci tohoto povolání. Nejpočetnější skupinu tvořili respondenti v období zralosti od 41 do 50 let věku (36 %) a plné dospělosti ve věku 31 až 40 let (32 %). Porovnáme-li však oba typy pracovišť (tj. ARO a NIP) můžeme konstatovat, že na oddělení NIP pracuje o více než polovinu méně respondentů ve věku od 20 do 30 let a zároveň až trojnásobně více účastníků ve věku od 51 do 60 let než na ARO. Můžeme předpokládat, že práce na ARO je více psychicky i fyzicky náročná než oddělení NIP, a proto jsou častěji vyhledávána mladší věkovou kategorií. Na pozici všeobecné sestry pracuje v intenzivní péči 167 oslovených respondentů (81 %) a pouze necelou čtvrtinu dotázaných tvoří zdravotničtí záchranáři (19 %). Na resuscitačních pracovištích je zastoupení zdravotnických záchranářů dvakrát vyšší než na odděleních NIP. Obor zdravotnických záchranář je poměrně mladý a uplatnění absolventů bylo dříve velmi omezené, což přikládáme za důvod nízkého zastoupení zdravotnických záchranářů v intenzivní péči. Poslední položkou týkající se charakteristiky výzkumného souboru byla délka výkonu povolání respondentů v oblasti intenzivní péče. Nejvýše zastoupenou

skupinou byli respondenti s délkou praxe méně než 10 let (50 %). Lze konstatovat, že se zvyšující se délkou praxe úměrně klesá počet nelékařských zdravotnických pracovníků.

### **Dílčí cíl č. 1: Zjistit znalosti nelékařského zdravotnického personálu o konceptu Bazální stimulace v oblasti intenzivní péče.**

S konceptem Bazální stimulace se téměř polovina respondentů (49 %) poprvé seznámila až při výkonu své profese, což poukazuje na fakt, že v intenzivní péči není tento koncept neznámý a nepoznaný, ale má již své místo. Druhou nejpočetnější skupinou respondentů byli ti, kteří primárně získali informace o Bazální stimulaci již v rámci studia. To je jistě dáno i tím, že je koncept bazální stimulace již od roku 2004 zakotven v učebních osnovách zdravotnických škol a zároveň to potvrzuje skutečnost, že je konceptu v rámci výuky věnována dostatečná pozornost. Touto problematikou se ve své kvalifikační práci zabývala i Anna Pavlíková, která potvrzuje námi zjištěné výsledky, že respondenti získávají prvotní informace až v průběhu své klinické praxe. Naopak Hana Kličková a Ivana Nováková zjistili, že nejvíce účastníků nabyli vědomosti o Bazální stimulaci v rámci svého studia.

Znalosti nelékařského zdravotnického personálu o konceptu Bazální stimulace v naší diplomové práci jsou porovnávány s výsledky znalostních otázek v kvalifikační práci Věry Kejíkové, jejíž výzkumné šetření probíhalo v jihomoravském kraji a zúčastnilo se ho 251 respondentů.

Osobu, která se zasloužila o integraci konceptu Bazální stimulace do ošetrovatelské péče, správně určila necelá čtvrtina dotázaných (21 %). Naopak autorka Kejíková ve své závěrečné práci došla k závěru, že povědomí o osobě, která se o včlenění Bazální stimulace do ošetrovatelské péče zasloužila má téměř polovina dotázaných (46 %). Z našeho výzkumu vyplynulo, že za správnou odpověď nejvíce respondentů považovalo prof. Andrease Fröhlicha, zakladatele tohoto konceptu. Převahu této odpovědi přikládáme tomu, že zdravotní sestra prof. Christel Bienstein není s konceptem bazální stimulace spojována v dostatečné míře.

Dle našich výsledků dokáže správně určit základní prvky Bazální stimulace téměř polovina dotazovaných respondentů (48 %). Téměř stejné výsledky získala i Věra Kejíková ve své kvalifikační práci. Dle její studie zná základní prvky bazální stimulace 44 % účastníků. Ze zjištěných výsledků nás překvapilo, že počet účastníků, který absolvoval základní či i nástavbový certifikovaný kurz Bazální stimulace, je menší, než počet

oslovených, který znal správnou odpověď na otázku týkající se základních prvků Bazální stimulace. Naopak nastavbové prvky Bazální stimulace dokázala správně rozpoznat již jen čtvrtina oslovených (26 %), přičemž na resuscitačních pracovištích znalo správnou odpověď o více než polovinu méně respondentů než na lůžkách NIP. V této otázce se naše výsledky zcela rozcházejí s výzkumem Věry Kejíkové. Ta ve svém výzkumu zjistila, že správně určit nastavbové prvky dokáže více než polovina respondentů (55 %). V tomto případě je také zarážející, že vědomosti o nastavbových prvcích Bazální stimulace má pouze 52 respondentů, což je méně než počet těch, kteří absolvovali certifikovaný kurz – 73 účastníků.

Abychom mohli aplikovat bazálně stimulující péči správně, musíme o nemocném vědět co nejvíce informací, znát jeho zvyky, rituály, co má či nemá rád. Proto jsme ověřovali, zda respondenti vědí, k čemu biografická anamnéza slouží. Zjistili jsme, že 94 % respondentů má výborné znalosti o biografické anamnéze. K podobnému závěru došla i Věra Kejíková ve svém výzkumu. Také správnost užití iniciálního doteku je při aplikaci Bazální stimulace nesmírně důležitá, neboť informuje pacienta o zahájení a ukončení naší přítomnosti či ošetrovatelské činnosti. Je překvapivé, že pouze 66 % dotázaných ví, kdy je vhodné iniciální dotek použít. Výsledky Věry Kejíkové jsou obdobné, pouze polovina respondentů (54 %) jejího výzkumu umí správně použít iniciální dotek.

K dílčímu cíli č. 1 se vztahovali celkem dvě hypotézy. **Hypotéza č. 1 zjišťovala závislost mezi mírou teoretických znalostí nelékařských zdravotnických pracovníků o konceptu Bazální stimulace a typem pracoviště intenzivní péče (ARO, NIP).** Při porovnávání pracovišť o znalostech Bazální stimulace bylo zjištěno, že existuje závislost míry znalostí nelékařských zdravotnických pracovníků na typu pracoviště intenzivní péče. Naše výsledky potvrzuje i výzkum Věry Kejíkové. Podle jejích výsledků mají nelékařští zdravotničtí pracovníci pracující na ARO lepší znalosti o tomto konceptu než na ostatních pracovištích intenzivní péče. V rámci našeho výzkumného šetření jsou výsledky zcela opačné. Personál pracující na ostatních pracovištích intenzivní péče (v tomto případě na lůžkách NIP) vykazuje mnohem lepší výsledky ve znalostech o konceptu Bazální stimulace než personál na resuscitačních jednotkách.

**Hypotéza č. 2 ověřovala, zda míra objektivních znalostí nelékařských zdravotnických pracovníků koreluje s jejich subjektivním hodnocením teoretických znalostí o konceptu Bazální stimulace.** Bylo prokázáno, že mezi objektivním a subjektivním hodnocením teoretických znalostí jsou značné rozdíly. Respondenti



se domnívají, že jejich vědomosti o konceptu jsou dobré, velmi dobré či výborné. Jen hrstka účastníků je považuje za podprůměrné. Avšak jejich představa je zkreslená, což prokázalo srovnání s výsledky ze znalostních otázek (tj. objektivní zhodnocení). Nejvíce dotázaných se domnívalo, že jejich znalosti o konceptu Bazální stimulace jsou velmi dobré (38 %), avšak v rámci objektivního hodnocení byla nejčastější známka 4 – dostatečně (34 %). Velmi dobré znalosti lze prokázat jen u 15 % účastníků, což potvrzuje jejich zkreslenou představu o svých znalostech. Také u známky 5 – nedostatečně je patrný významný rozdíl. Po zhodnocení znalostní otázek jsme zjistili, že nedostatečné znalosti byli prokázány u 24 % respondentů, avšak subjektivně se touto známkou ohodnotili jen 2,5 % účastníků. Výsledky našeho výzkumu jsou podobné výzkumu Ivany Novákové. Ta uvádí, že respondenti jejího výzkumu se nejčastěji hodnotili známkou 3 (53,91 %), avšak jejich objektivní znalosti odpovídali známce 5 – nedostatečné (72,71 %). Stejně jako v našem výzkumu si i ve výzkumu Ivany Novákové své nedostatečné znalosti připustilo pouze minimum dotázaných (6,09 %). Podobnost výzkumů tkví v tom, že v obou případech své hodnocení respondenti přecenili, jejich představa o znalostech je mylná a vědomosti lze považovat za povrchní.

Souhrmně lze říci, že i když všichni oslovení respondenti s výjimkou jednoho byli s konceptem Bazální stimulace seznámeni již v rámci studia, při výkonu svého povolání či jiným způsobem, nejsou jejich znalosti o tomto konceptu dostatečné. Můžeme konstatovat, že do povědomí se nelékařskému zdravotnickému personálu dostal pouze účel biografické anamnézy. Dle našich zkušeností předpokládáme, že Bazální stimulace je ošetřujícím personálem i vedením pracoviště často podceňována a není ji věnována dostatečná pozornost. To může být i příčinou nedostatečných znalostí ošetřovatelského personálu. Lepší znalosti personálu na odděleních NIP přikládáme tomu, že zde je koncept Bazální stimulace využíván častěji než na ARO, neboť v akutní stavu není tento koncept doporučován.

## **Dílčí cíl č. 2: Zmapovat vedení dokumentace Bazální stimulace v oblasti intenzivní péče.**

Více než polovina námi oslovených respondentů (56 %) sdělila, že aplikaci Bazální stimulace na svém pracovišti písemně dokumentují. Téměř stejná část účastníků (46 %) však uvedla, že bazálně stimulující péči žádným způsobem nezaznamenávají. Z toho vyplývá, že oblast vedení dokumentace o bazálně stimulující péči je velmi

diskutabilní. K podobnému rozporu ve výsledcích došla také autorka Kličková. V její kvalifikační práci je možné zjistit, že 62,8 % účastníků potvrdilo vedení záznamů o Bazální stimulaci a 37,2 % výrok vyvrátilo. Naopak ve výzkumném šetření Terezie Koničkové bylo zjištěno, že 70,6 % oslovených nevede dokumentaci o aplikaci Bazální stimulace.

Z našeho výzkumu vyplynulo, že z osmi pracovišť intenzivní péče, kde probíhalo výzkumné šetření, se na stejné odpovědi shodli pouze respondenti pracující na DIP FN Plzeň. Porovnáme-li oba typy pracovišť intenzivní péče můžeme konstatovat, že bazálně stimulující péči písemně zaznamenává více respondentů pracujících na lůžkách NIP (72 %) než na resuscitačních pracovištích. Na ARO písemně dokumentuje aplikaci Bazální stimulace méně než polovina oslovených (44 %). Ze všech resuscitačních pracovišť však lze potvrdit vedení dokumentace pouze na KARIM – lůžka, neboť zde, na rozdíl od ostatních ARO, většina respondentů bazálně stimulující péči zaznamenává.

Bazální stimulace by měla být poskytována všemi členy zdravotnického týmu, a stejně tak jako jsou veškeré činnosti prováděné u pacienta zaznamenávány do příslušné dokumentace či speciálních tiskopisů, mělo by pro veškerý personál být samozřejmostí zaznamenávat i péči bazálně stimulující. Z našeho výzkumu vyplynulo, že na sedmi z osmi pracovišť jsou písemné záznamy o provádění bazální stimulace součástí ošetrovatelské dokumentace. Pouze na KARIM – lůžka není odpověď jednotná, zde 8 respondentů uvedlo, že k zaznamenávání využívají speciální tiskopis. Námi zjištěné výsledky se shodují s výzkumem Hany Kličkové. Ta uvádí, že do ošetrovatelské dokumentace provádí záznamy o provádění Bazální stimulace 88 % respondentů. Z tohoto výsledku usuzujeme, že záznamy o Bazální stimulaci provádí pouze nelékařský zdravotnický personál, jelikož ani jeden oslovený respondent nezvolil možnost, že záznamy jsou součástí lékařské dokumentace. Naše tvrzení potvrzují výsledky zjištěné v otázce č. 17, kde 91 % respondentů uvedlo, že na vedení záznamů se podílí pouze nelékařský zdravotnický personál.

Ideální dokumentace by měla obsahovat kompletní záznamy o Bazální stimulaci. Autobiografickou anamnézu lze považovat za základní pilíř správně prováděné bazálně stimulující péče, neboť poskytuje důležité informace o nemocném, jeho potřebách, zvyklostech a rituálech. Seznam používaných technik nám umožňuje kontrolovat, které techniky Bazální stimulace byly v jednotlivých dnech prováděny a pro monitoraci vývoje zdravotního stavu nemocného a jeho reakcí na prováděné prvky stimulace je vhodným prostředkem dlouhodobý plán péče. Pokud jedna ze zmíněných složek chybí či je neúplná, může to vést k tomu, že některé techniky Bazální stimulace budou prováděny

opakovaně, jiné vůbec. V našem výzkumu jsme zjistili, že kompletní záznamy, tj. biografickou anamnézu, seznam používaných technik a dlouhodobý plán, písemně dokumentuje pouze 19 respondentů (17 %), přičemž tento způsob vedení záznamů převažuje na lůžkách NIP – 16 účastníků. Je překvapivé, že i když je tento způsob dokumentace neoptimálnější, je zastoupen nejmenší skupinou respondentů. Naopak nejpočetnější skupinu představovali respondenti, kteří v rámci bazálně stimulující péče získávají a zaznamenávají pouze údaje z biografické anamnézy – 75 respondentů (65 %). Námi zjištěné výsledky se zcela rozcházejí s výsledky, které získala Hana Kličková ve svém výzkumu. Ta zjistila, že účastníci jejího výzkumného šetření nejčastěji využívají kompletní záznamy (41 %) a naopak pouze biografickou anamnézu využívá nejméně respondentů (20 %).

Souhrnně lze říci, že aplikace Bazální stimulace je zaznamenávána na všech zkoumaných pracovištích intenzivní péče, i když forma a obsah dokumentace se odlišují. Písemný záznam o provedení bazálně stimulující péče je nezbytný proto, aby mohla být zajištěna kontinuita této péče v rámci jednoho pracoviště či i v rámci překlady pacienta na pracoviště jiné.

### **Dílčí cíl č. 3: Zjistit proškolení nelékařských zdravotnických pracovníků v konceptu Bazální stimulace prostřednictvím certifikovaných kurzů v oblasti intenzivní péče.**

Prostřednictvím certifikovaných kurzů získává nelékařský zdravotnický personál potřebné vědomosti o konceptu bazální stimulace, které může následně využít ve své praxi. Naše výzkumné šetření prokázalo, že z celkového počtu 204 respondentů absolvovalo některý z certifikovaných kurzů pouze 73 dotázaných (36 %). Zbýlých 131 účastníků (64 %) se certifikovaného kurzu nezúčastnila. Výsledky našeho výzkumného šetření jsou velmi podobné výsledkům kvalifikační práce Karolíny Tomové, které se též zabývala účastí respondentů na certifikovaných kurzech. Tomová ve svém výzkumu uvedla, že certifikovaných kurzů se zúčastnilo pouze 30,5 % respondentů, zatímco 69,5 % účast na kurzech nepotvrdilo. Naopak autorka Kličková zjistila 100 % účast respondentů na certifikovaných kurzech. Porovnáme-li oba typy pracovišť intenzivní péče, zjistíme, že účast na certifikovaných kurzech je na resuscitačních pracovištích o více než polovinu menší (24 %) než na lůžkách NIP (51 %). Na ARO se kurzů Bazální stimulace zúčastnilo nejvíce respondentů pracujících na resuscitační jednotce v Domažlicích, naopak na ARO nemocnice v Klatovech neabsolvoval certifikovaný kurz žádný respondent.

Ze 131 účastníků (64 %) výzkumného šetření, kteří neabsolvovali žádný kurz Bazální stimulace, projevila pouze polovina dotázaných (50 %) zájem se v budoucnu některého z certifikovaných kurzů zúčastnit. Prohloubit své znalosti pomocí certifikovaných kurzů či nikoliv je na obou typech pracovišť velmi vyrovnaný, avšak větší zájem tyto kurzy absolvovat projevilo více účastníků pracujících na lůžkách NIP. Více pozitivní výsledky zjistila Karolína Tomová ve své kvalifikační práci. Ta uvádí, že pouze 33,2 % respondentů nechce kurz Bazální stimulace absolvovat a tím získat znalosti o tomto konceptu.

Nejoptimálnější by bylo, aby každý pracovník měl absolvované všechny tři uvedené kurzy Bazální stimulace, jelikož tím by bylo zaručeno, že bazálně stimulující péče bude poskytována každému pacientovi, který je k této péči vhodný, správně. Všechny zmíněné certifikované kurzy umožňují nelékařským zdravotnickým pracovníkům získat poznatky o jednotlivých technikách bazální stimulace a učí je, jak tyto techniky vhodně zařadit do praxe. Z výzkumu vyplynulo, že nejčastěji absolvovaným kurzem Bazální stimulace je kurz základní. Účast na základním kurzu potvrdila více než polovina oslovených respondentů (69 %). Pouze 23 účastníků (41 %) uvedlo, že jejich nejvyšším absolvovaným kurzem je kurz nástavbový. Jen prohlubujícího kurzu se nezúčastnil ani jeden oslovený respondent. Nulovou účast na tomto kurzu přikládáme jednak poměrně dlouhé cestě k možnosti tento kurz absolvovat a také tomu, že tento typ certifikovaného kurzu Bazální stimulace je k dispozici poměrně krátkou dobu. Velmi podobné výsledky získala i Karolína Tomová ve svém výzkumu. Zjistila, že respondenti jejího výzkumného šetření mají také nejčastěji absolvovaný základní kurz.

Nejčastějším důvodem, který respondenty vedl k získání či prohloubení poznatků o Bazální stimulaci, byl vlastní zájem o poznání tohoto konceptu. Vlastní přesvědčení přimělo absolvovat některý z kurzů více než polovinu dotázaných (53 %). Čtvrtina účastníků (27 %) se kurzu zúčastnila na základě potřeby celoživotního vzdělávání. Ve výzkumu autorky Liškové se kurzu z nutnosti dalšího vzdělávání zúčastnilo 48,72 % respondentů. Vedoucí pracovník vyžadoval účast na některém z kurzů u 14 respondentů (20 %). Naopak Lišková uvádí účast na přání vedoucího pracovníka jen u 3,57 % oslovených.

K dílčímu cíli č. 3 se vztahovala **hypotéza č. 3, která zjišťovala, zda podíl absolventů základního kurzu Bazální stimulace závisí na typu intenzivní péče.** Při porovnávání relativních četností podílu absolventů základního certifikovaného kurzu Bazální stimulace a typem pracoviště intenzivní péče bylo zjištěno, že na základě testu o dvou relativních četnost neprokázal závislost podílu respondentů, kteří absolvovali

základní kurz na typu pracoviště intenzivní péče (ARO, NIP). I přesto, že ze získaných dat je zřejmé, že respondenti pracující na NIP mají větší zastoupení respondentů na absolvování základního certifikovaného kurzu, nelze výsledek zobecnit na hladině významnosti 0,05.

Souhrnně lze říci, že účast na některém z certifikovaných kurzů je mizivá a zájem respondentů se kurzu zúčastnit neuspokojivý. Předpokládali jsme, že o koncept Bazální stimulace bude mezi respondenty větší zájem. Naopak nás však mile potěšilo, že i přes nízkou účast, jsou certifikované kurzy respondenty nejčastěji vyhledávány z vlastního zájmu o získání či prohloubení znalostí o tomto konceptu. Dle nás by vedoucí pracovníci by měli více dbát na proškolení svých zaměstnanců v této problematice, neboť jen dobře proškolený personál může poskytovat kvalitní a vysoce specializovanou ošetrovatelskou péči. A totéž platí i pro péči bazálně stimulující.

#### **Dílčí cíl č. 4: Zjistit, zda je rodina pacienta v rámci konceptu Bazální stimulace zapojována do ošetrovatelské péče v oblasti intenzivní péče.**

Námi zjištěné výsledky, že do bazálně stimulující péče zapojuje příbuzné 94 % respondentů, hodnotíme jako velmi pozitivní. Pouze 12 účastníků (6 %) výzkumné studie o integraci rodiny do péče neusiluje, přičemž většina respondentů nepodílející se na integraci rodiny pracuje na ARO. Žilinská ve své práci uvádí, že všichni oslovení respondenti (100 %) usilují o zapojení rodiny do bazální stimulace. Naopak Tomová zjistila, že příbuzné zapojuje jen 79,7 % účastníků. Také Kličková ve svém výzkumu zmiňuje, že do bazálně stimulující péče se snaží rodinné příslušníky zapojit 85,7 % respondentů.

Ideálně by měla být rodina do bazálně stimulující péče zapojována při každé jejich návštěvě. V úvahu však musíme vzít i časovou náročnost naší práce, která ne vždy optimálně umožňuje se rodině adekvátně věnovat v takovém rozsahu, v jakém by si zasloužila. Z tohoto důvodu považujeme v rámci našeho výzkumu pravidelnou či občasnou (dle svých časových možností) frekvenci zapojení rodiny do bazálně stimulující péče za kladnou. Negativně však vnímáme frekvenci minimální či žádnou. Z našeho výzkumu vyplynulo, že pravidelně při každé návštěvě zapojuje rodinu do Bazální stimulace pouze 20 % účastníků. Tento nízký výsledek přisuzujeme nedostatečným teoretickým znalostem ošetrujícího personálu. Nejvíce respondentů (48 %) však uvedlo, že rodinu do bazálně stimulující péče zapojují jen občas a nepravidelně, dle aktuální situace na pracovišti a svých časových možností. I přesto, že tato frekvence zapojení příbuzných není optimální, považujeme ji za uspokojivou, neboť je patrná snaha ošetrujícího personálu rodinu do péče

integrovat. Podobné výsledky zjistila i autorka Lišková. Ta uvedla, že kladně k integraci rodinných přístupů přistupuje 58 % dotázaných, přičemž 26 % účastníků rodinu zapojuje velmi často a 32 % účastníků často. Nemile nás ovšem překvapilo zjištění, že druhou největší skupinu tvořili ti respondenti, kteří rodinu do bazálně stimulující péče zapojují pouze v případě, že rodina projeví zájem. Srovnáme-li oba typy pracovišť intenzivní péče (ARO x NIP) můžeme konstatovat, že na resuscitačních pracovištích uvedlo oproti pracovištím NIP dvakrát více respondentů, že rodinu do péče zapojují minimálně, pouze při jejich zájmu. Dále z výzkumu vyplynulo, že na integraci rodinných příslušníků se žádným způsobem nepodílí 6 % oslovených, přičemž zastoupení respondentů, kteří rodinu do péče nezapojují je opět vyšší na ARO než na odděleních NIP. Předpokládáme, že důvodem nízké frekvence zapojování rodinných příslušníků do bazálně stimulující péče u personálu na ARO může být nezájem o koncept Bazální stimulace či neochota jej provádět. Příčinou však mohou být i nedostatečné teoretické znalosti či nadměrná časová vytíženost.

Kombinaci všech metod (rozhovor, praktická ukázka s nácvikem a edukační materiály) považujeme za nejlepší způsob, jak zapojit rodinu do bazálně stimulující péče. Rozhovor, který slouží příbuzným k poskytnutí potřebných informací o tomto konceptu, je vhodné podpořit edukačními materiály, např. ve formě informačních brožur určených pro příbuzné. Následovat by měla nejprve praktická ukázka, jak jednotlivé techniky Bazální stimulace provádět a poté i nácvik jednotlivých metod stimulace rodinnými příslušníky. Z výzkumného šetření však vyplynulo, že kombinaci všech uvedených metod využívá pro integraci rodiny pouze 16 % respondentů, což nepovažujeme za dobrý výsledek. Více než polovina účastníků (54 %) výzkumného šetření uváděli, že rodinu do Bazální stimulace zapojují pouze pomocí rozhovoru. Smolíková (2009), která se též touto problematikou zabírala, ve svém výzkumu sdělila, že verbální způsob integrace využívá 23,23 % oslovených. Ve srovnání s jejím výzkumem shledáváme významný rozpor v praktickém způsobu zapojení. Uvedla, že praktickou ukázku využívá pouze 3,03 % účastníků, zatímco v našem výzkumném šetření představuje praktická ukázka druhou nejčastější odpověď, využívá ji 25 % respondentů. Edukační materiály používá pro integraci minimum oslovených (5 %). Ke stejnému závěru dospěla i Anna Pavlíková, která uvedla, že ze sedmi oslovených sester jej využívají dvě všeobecné sestry. Na obou typech pracovišť intenzivní péče (ARO, NIP) jsou jednotlivé metody využívány v podobném poměru.

Rodinní příslušníci jsou pro ošetřující personál významným komunikačním partnerem a způsob získání informací může ovlivnit i způsob provedení bazálně stimulující péče, což potvrzuje Špatenková a Králová ve své knize. Zjistili jsem, že nejvíce respondentů (38 %) volí pro získání autobiografických údajů rozhovor s nejbližšími příbuznými, naopak nejméně respondentů využívá dotazník, který vyplňují nelékařští zdravotničtí pracovníci. Autorka Koníčková potvrzuje námi zjištěné výsledky, že je rozhovor pro získání údajů využíván nejčastěji, ale na rozdíl od našeho výzkumu zaujímají nejmenší skupinu ti respondenti, kteří používají dotazník vyplněný příbuznými.

S dílčím cílem č. 4 souvisí **hypotéza č. 4, která zjišťovala, zda frekvence zapojení rodiny do bazálně stimulující péče závisí na typu pracoviště intenzivní péče.** Při srovnávání pracovišť intenzivní péče o frekvenci zapojení bylo ověřeno, že existuje závislost frekvence zapojení rodiny do Bazální stimulace na typu pracoviště intenzivní péče. Bylo zjištěno, že vyšší frekvence zapojování příbuzných do péče je více zastoupena u respondentů pracujících na lůžkách NIP.

Souhrnně lze říci, že i přes velký zájem a snahu nelékařských zdravotnických pracovníků zapojit rodinné příslušníky do bazálně stimulující péče, nemůžeme integraci považovat za optimální. Nedostatky shledáváme jak ve frekvenci, tak i způsobu zapojení. Domnívali jsme se, že integrace příbuzných do péče patří mezi priority nelékařských zdravotnických pracovníků. Proto nás nemile překvapilo, že řada z nich čeká, až rodinní příslušníci projeví zájem zapojit se do ošetrovatelské péče. Dle našeho názoru může být pro ošetrovatelský personál nepřirozené zapojovat rodinu do péče pravidelně a jiným způsobem než verbálním. Proto by měl být ze strany vedoucího pracovníka kladen větší důraz nejen na pravidelnost zapojení rodiny do péče, ale také na to, aby nelékařský personál využíval všechny tři zmíněné způsoby zapojení (rozhovor, praktická ukázka, edukační materiály).

#### **Dílčí cíl č. 5: Vytvořit návrh dokumentace Bazální stimulace**

Předposledním dílčím cílem bylo vytvořit návrh dokumentace bazálně stimulující péče, jelikož jsme si vědomy, že na našem pracovišti neexistuje žádný oficiální tiskopis, kromě biografické anamnézy, pro záznam této péče. Návrh dokumentace, uvedený v příloze č. 8, je určený pro nelékařský zdravotnický personál pracující na KARIM – lůžka. Dokumentace byla navržena pro zajištění kontinuity bazálně stimulující péče

a také pro ověření, že je koncept Bazální stimulace do ošetrovatelské péče pravidelně zařazován.

**Dílčí cíl č. 6: Vytvořit webovou prezentaci, jako edukační materiál, pro nelékařské zdravotnické pracovníky.**

Závěrečným, v pořadí šestým, dílčím cílem bylo vytvořit webovou prezentaci určenou pro nelékařský zdravotnický personál, která je součástí kvalifikační práce Využití konceptu Bazální stimulace v intenzivní péči. Vzniklé webové stránky <http://www.bazalnestimulace-nlzp.cz> mají nelékařským zdravotnickým pracovníkům poskytnout základní informace o konceptu Bazální stimulace, rady a stručný návod, jak správně bazálně stimulující péči provádět. Podnětem ke vzniku webové prezentace, která slouží jako edukační materiál, bylo zjištění, že teoretické znalosti nelékařských pracovníků o tomto konceptu nejsou dostatečné. Doufáme, že námi vytvořené internetové stránky přispějí ke zvýšení zájmu o tuto problematiku a také změny postoj zdravotnických pracovníků ke konceptu Bazální stimulace.



## DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Koncept Bazální stimulace má na pacienta komplexní vliv, jelikož vede nejen k obnově jeho tělesného schématu, ale mimo jiné i pozitivně ovlivňuje jeho psychiku. Zdravotnickým pracovníkům umožňuje pohlížet na ošetrovatelskou péči jako na ucelený komplex, nikoli jen jako na soubor výkonů či postupů. Zásadním pilířem tohoto konceptu je ochota personálu učit se novým věcem, rozvíjet své současné vědomosti a dovednosti a chuť aplikovat prvky bazální stimulace v praxi. Na základě mého výzkumného šetření bych ráda uvedla obecná doporučení k řešení nedostatků týkající se Bazální stimulace.

- Vytvořit odbornou skupinu Bazální stimulace, jejíž členové by měli absolvované všechny dostupné certifikované kurzy a pro ostatní pracovníky by se stali konzultanty při aplikaci bazálně stimulující péče na daném pracovišti.
- Umožnit všem zdravotnickým pracovníkům absolvovat některý z certifikovaných kurzů Bazální stimulace.
- V pravidelných intervalech organizovat pro všechny členy týmu odborné semináře či jiné školicí akce na téma Bazální stimulace.
- Podpořit vzájemné předávání informací a zkušeností o konceptu Bazální stimulace mezi jednotlivými zdravotnickými pracovníky v rámci provozních schůzí, sesterských vizit či neformálních setkání.
- Pravidelně organizovat ukázkové workshopy pro všechny členy týmu s příležitostí nácviku jednotlivých technik Bazální stimulace.
- Vytvořit internetový vzdělávací program pro ověřování či prohlubování znalostí zdravotnických pracovníků o konceptu Bazální stimulace.
- Synchronizovat všechny členy týmu a zajistit jednotný postup při aplikaci Bazální stimulace.
- Sjednotit dokumentaci bazálně stimulující péče a pravidelně kontrolovat způsob vedení záznamů pro zajištění kontinuity péče.
- Zajistit úzkou spolupráci s rodinou nemocného a předávat jim kompletní informace o Bazální stimulace.
- vést rodinu nemocného k nácviku technik Bazální stimulace a snažit se je aktivně zapojit do ošetrovatelské péče.
- Zajistit dostatek edukačních materiálů pro zdravotnické pracovníky i rodinu nemocného formou webových stránek či informačních letáků a brožur.

## ZÁVĚR

Diplomová práce se zabývala využitím konceptu Bazální stimulace v oblasti intenzivní péče. Jejím hlavním cílem bylo posoudit aspekty ovlivňující integraci konceptu Bazální stimulace do praxe. Námi zvolené aspekty byly posuzovány na dvou typech pracovišť intenzivní péče (tj. na ARO a NIP) a zajímalo nás, zda mezi těmito pracovišti existuje rozdíl v integraci tohoto konceptu do praxe. Hlavní cíl práce byl rozčleněn na šest dílčích cílů a byly stanoveny čtyři hypotézy. Prvním hodnoceným aspektem byly znalosti nelékařských zdravotnických pracovníků o konceptu Bazální stimulace. Všichni zdravotničtí pracovníci mají povinnost se celoživotně vzdělávat v oboru, získávat nové odborné poznatky a rozvíjet své dovednosti. Jen tím může být zajištěna péče na vysoké úrovni. Také pro správné a kvalitní provádění bazálně stimulující ošetrovatelské péče jsou výborné znalosti jedním ze základních předpokladů úspěchu. Celá řada zdravotnických pracovníků se domnívá, že jejich znalosti o konceptu Bazální stimulace jsou na velmi dobré úrovni. Z výzkumu však vyplynulo, že jejich domněnka je mylná a představa o vědomostech zkreslená. Prokazatelně lepší výsledky byly zjištěny na pracovištích NIP. Otázkou je, co je důvodem nízké úrovně znalostí u personálu na ARO. Příčin může být celá řada a jejich zjištění může být námětem k dalšímu výzkumu. Při ověřování znalostí nelékařského zdravotnického personálu o konceptu Bazální stimulace byla prokázána souvislost úrovně znalostí s typem pracoviště intenzivní péče.

Dalším hodnoceným aspektem byl způsob vedení dokumentace o Bazální stimulaci. Zjištěné výsledky jsou diskutabilní a velmi rozporuplné. Nejen, že byl odhalen nesoulad mezi jednotlivými zdravotnickými zařízeními, ale velmi mě překvapilo, že rozdílnost byla patrná i mezi pracovišti v rámci jednoho zdravotnického zařízení. Až zarážející bylo zjištění, že na stejné odpovědi se neshodli ani respondenti pracující na tentýž pracovišti. Vhodné by bylo zaměřit se na sjednocení dokumentace a frekvenci provádění záznamů, jelikož pravidelně vedené písemné záznamy umožňují sledovat kontinuitu péče v rámci daného pracoviště, ale také poskytují cenné informace při překladu nemocného na pracoviště jiné.

Adekvátně proškoleného personálu je v problematice Bazální stimulace naprosté minimum. Účast na certifikovaných kurzech potvrdila pouze třetina respondentů, což není nijak uspokojivý výsledek. Přitom dostatečné znalosti získané prostřednictvím certifikovaných kurzů jsou předpokladem pro správné a kvalitní provedení bazálně stimulující péče. Zájem personálu věnovat se problematice Bazální stimulace, zúčastnit

se certifikovaného kurzu a tím získat potřebné vědomosti a obratnost pro její aplikaci do praxe pomocí certifikovaných kurzů by neměl být vedením pracoviště opomíjen. Naopak by vedoucí pracovníci měli tohoto zájmu využít a co největšímu počtu pracovníků umožnit tento kurz absolvovat. Podle mého názoru by však vedoucí pracovníci neměli čekat, až personál zájem projeví, ale měli by kurzy aktivně nabízet a svůj personál dostatečně motivovat. Nebyla však prokázána souvislost mezi typem pracoviště intenzivní péče a účastí na základním certifikovaném kurzu.

Zapojení rodinných příslušníků do péče je nesmírně důležité, neboť právě rodina je pro nemocného významným zdrojem psychických sil a pro ošetřující personál je významným zdrojem informací o nemocném, které jsou nezbytné pro správnou aplikaci Bazální stimulace. I přesto, že se téměř všichni respondenti snaží rodinu nemocného do péče integrovat, není způsob ani frekvence zapojení ideální. Zároveň byla zjištěna souvislost mezi typem pracoviště intenzivní péče a frekvencí zapojení příbuzných, kdy vyšší míra zapojení do péče byla prokázána na lůžkách NIP. Řada nelékařských zdravotnických pracovníků čeká, až zájem přímo se podílet na bazálně stimulující péči projeví rodina. Je však nezbytné si uvědomit, že pro rodinu je daná situace velmi náročná a stresující, z toho důvodu bychom právě my – zdravotníci měli vždy udělat první krok. Aktivně nabízet příbuzným možnost podílet se na péči je do jisté míry ovlivněna i schopností a připraveností personálu danou situaci správně zvládnout. Dostatečná příprava je pro správnou integraci nezbytná, avšak se domnívám, že ze strany vedení je často podceňována. Vhodné by bylo v pravidelných intervalech organizovat semináře, kde by se personál učil, jak s rodinou komunikovat a spolupracovat.

Holistické pojetí člověka je již neodmyslitelnou součástí dnešního moderního ošetřovatelství a také hlavní myšlenkou konceptu Bazální stimulace. Tento velmi oblíbený ošetřovatelský a pedagogický koncept respektuje jedinečnost a individualitu každého jedince a lze jej považovat za jakousi bránu komunikace mezi pacientem a jeho rodinou či ošetřujícím personálem. Zároveň představuje pro nemocného i jeho nejbližší naději na postupný návrat do všedního života. I když se mnohdy může zdát, že pokroky jsou minimální nebo jsou patrné až za delší čas, musíme vytrvat a nevzdávat se. I sebemenší pokrok je cesta k lepšímu. Diplomová práce poukazuje na nedostatky spojené s využitím konceptu Bazální stimulace v praxi. Je nezbytné jim věnovat náležitou pozornost a svou pílí a úsilím se snažit o jejich odstranění. I přesto jsem s výsledky svého výzkumu spokojená a mohu konstatovat, že cíl mé diplomové práce byl splněn.

# LITERATURA A PRAMENY

## Literární zdroje

1. AMBLER, Zdeněk. *Základy neurologie*. Vyd. 7. Praha: Galén, 2011. 351 s. ISBN 978-80-7262-707-3.
2. ANASTASSIADOU, Hana. Rodinní příslušníci a terapeutický tým: In: FRIEDLOVÁ, Karolína. *Cesta k humánnímu ošetřovatelství. Sborník příspěvků. Historicky II. národní konference bazální stimulace s mezinárodní účastí*. Frýdek-Místek: Institut Bazální stimulace, 2007, s. 5-14. ISBN 978-80-254-0757-8.
3. BÁRTLOVÁ, Sylva, SADÍLEK, Petr a TÓTHOVÁ, Valérie. *Výzkum a ošetřovatelství*. Vyd. 1. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. 146 s. ISBN 80-7013-416-X.
4. ČÁPOVÁ, Jarmila. *Terapeutický koncept „Bazální programy a podprogramy“*. Ostrava: Ropronis, 2008. 119 s. ISBN 978-80-7329-180-8.
5. ELIÁŠOVÁ, Petra. Bazální stimulace z pohledu pacienta v bezvědomí. *Florence*. 2013, roč. 9, č. 11, s. 25-29. ISSN 1801-464X.
6. FRIEDLOVÁ, Karolína. Bazální stimulace u pacientů na ARO a JIP: In: ZAZULA, Roman, ed. *Ročenka intenzivní medicíny*. Praha: Galén, 2003, s. 313-316. ISBN 80-7262-227-7.
7. FRIEDLOVÁ, Karolína. *Bazální stimulace v základní ošetřovatelské péči*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007. 168 s. ISBN 978-80-247-1314-4.
8. FRIEDLOVÁ, Karolína. *Bazální stimulace pro učitele předmětu ošetřovatelství. 1. a 2. díl*. Vyd. 3. Frýdek-Místek: Institut Bazální stimulace, 2009. 50, 50 s. ISBN 80-239-6132-2.
9. FRIEDLOVÁ, Karolína. *Bazální stimulace ® pro pečující, terapeuty, logopedy a speciální pedagogy: Praktická příručka pro pracující v sociálních službách, dlouhodobé péči a ve speciálních školách*. Vyd. 1. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2015. 202 s. ISBN 978-80-904668-9-0.
10. FRIEDLOVÁ, Karolína. *Bazální stimulace ® Skriptum pro akreditovaný vzdělávací program. Základní kurz Bazální stimulace*. Vyd. 21. Frýdek-Místek: Institut Bazální stimulace, 2018. 30 s.
11. FRÖHLICH, Andreas. *Bazale stimulation in der Pflege, die Grundlagen*. Leipzig: Kallmyersche Verlagsbuchhaltung GmbH, 2003. ISBN 3-780040018.

12. KAŇOVSKÝ, Petr a kol. *Obecná neurologie*. Vyd. 1. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2007. 242 s. ISBN 978-80-244-1663-2.
13. KAPOUNOVÁ, Gabriela. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007. 350 s. ISBN 978-80-247-1830-9.
14. KEJÍKOVÁ, Věra. *Znalosti všeobecných sester pracujících v intenzivní péči o bazální stimulaci*. Brno, 2013. Diplomová práce. Masarykova univerzita. Katedra ošetrovatelství.
15. KLIČKOVÁ, Hana. *Dokumentace Bazální stimulace na geriatrických pracovištích*. Brno, 2009. Diplomová práce. Masarykova univerzita. Katedra ošetrovatelství.
16. KONÍČKOVÁ, Terezie. *Využití konceptu Bazální stimulace u seniorů v intenzivní péči*. Brno, 2012. Diplomová práce. Masarykova univerzita. Katedra ošetrovatelství.
17. KŘEPELKOVÁ, Lucie. *Bazální stimulace v intenzivní péči využití biografické anamnézy*. Hradec Králové, 2012. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze. Lékařská fakulta.
18. LIŠKOVÁ, Martina. *Bazální stimulace v praxi*. Brno, 2007. Diplomová práce. Masarykova univerzita. Lékařská fakulta.
19. MECHOVÁ, Irena a MAJKUSOVÁ, Kamila. Bazální stimulace na JIP. *Sestra*. 2006, roč. 16, č. 12, s. 30-31. ISSN 1210-0404.
20. NOVÁKOVÁ, Ivana. *Koncept Bazální stimulace v intenzivní péči*. Brno, 2018. Diplomová práce. Masarykova univerzita. Katedra ošetrovatelství.
21. NYAD AHL, Peter a BARTOSZEK, Gabriele. *Basale Stimulation: Neue Wege in der Pflege Schwerstkranker*. München Jena: URBAN & FISHER, 2003. 334 s. ISBN 3-437-26501-6.
22. PAVLÍKOVÁ, Anna. *Bazální stimulace v intenzivní péči*. Brno, 2017. Diplomová práce. Masarykova univerzita. Katedra ošetrovatelství.
23. SMOLÍKOVÁ, Kateřina. *Koncept Bazální stimulace a rodina pacienta*. Brno, 2009. Diplomová práce. Masarykova univerzita. Katedra ošetrovatelství.
24. ŠÁNDOROVÁ, Ilona. Bazální stimulace u klientů s dg. perzistentního vegetativního stavu. *Sestra*, 2008, roč. 18, mimořádná příloha č. 9, s. 8-9. ISSN 1210-0404.
25. ŠEVČÍK, Pavel, ed. a MATĚJOVIČ, Martin, ed. *Intenzivní medicína*. 3. přepracované a rozšířené vyd. Praha: Galén, ©2014. 1195 s. ISBN 978-80-7492-066-0.
26. ŠPATENKOVÁ, Naděžda a KRÁLOVÁ, Jaroslava. *Základní otázky komunikace: komunikace (nejen) pro sestry*. Praha: Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-599-4.

27. TOMOVÁ, Karolína. *Bazální stimulace na anesteziologicko-resuscitačním oddělení v ošetrovatelské péči*. Olomouc, 2018. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci. Katedra antropologie a zdravotní péče.
28. TOMOVÁ, Šárka a KŘIVKOVÁ, Jana. *Komunikace s pacientem v intenzivní péči*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2016. 136 s. ISBN 978-80-271-0064-4.
29. TRACHTOVÁ, Eva a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Vyd. 2. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2010. 185 s. ISBN 80-7013-324-4.
30. VYBÍHALOVÁ, Lenka. Komunikace a spolupráce s rodinou nemocného. *Sestra*, 2012, č. 11, s. 30. ISSN 1210-0404.
31. ZACHAROVÁ, Eva. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2016. 128 s. ISBN 978-80-271-0156-6.
32. ZIKL, Pavel. *Terapie ve speciální pedagogice (ergoterapie, fyzioterapie, Bazální stimulace)*. Vyd. 1. Hradec Králové: Gaudeamus, 2014. 125 s. ISBN 978-80-7435-493-9.
33. ŽILINSKÁ, Kateřina. *Zapojení rodiny do konceptu bazální stimulace z pohledu všeobecné sestry*. Brno, 2018. Diplomová práce. Masarykova univerzita. Katedra ošetrovatelství.

### **Elektronické zdroje**

1. ABRAHAMIAN, Heide-Marie a LEBHERZ-EICHINGER, Diana. The role of psychosomatic medicine in intensive care units. *Weiner Medizinische Wochenschrift*. 2018, vol. 168, no. 3-4, s. 67-75. ISSN 1563258X. [Cit. 2019-01-01]. Dostupné z: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10354-017-0575-1>
2. DAVID, Alice D. a GIMENEZ, Ana. Cognitive-behavioral recovery in comatose patients following auditory sensory stimulation. *Journal of Neuroscience Nursing*. 2003, vol. 35, no. 4, s. 202-211. ISSN 08880395. [Cit. 2018-10-15]. Dostupné z: <https://search.proquest.com/docview/219222825/3CF7DA968CAA4886PQ/1?accountid=14965>
3. GIRARD-HECHT, Elisabeth. Basal stimulation and nursing care. A precious aid for patients with sensory perception losses. *Krankenpflege.Soins Infirmiers*. 2002, vol. 95, no. 9, s. 76-77. ISSN 02530465. [Cit. 2018-11-18]. Dostupné z: <https://search.proquest.com/health/docview/72155901/6F0C5D1A34D64F70PQ/1?accountid=14965>

4. HAAS, Wolfgang a KIRCHNER, Gerrit. Neurologische Frührehabilitation im Akutkrankenhaus. *Trauma und Berufskrankheit*. 2001, vol. 3, no. 1, s. 70-74. ISSN 14366274. [Cit. 2018-11-02].  
Dostupné z: <https://link.springer.com/article/10.1007/s100390100354>
5. LÜCKHOFF, Frieder. Mobilisieren und stimulieren. *Heilberufe*. 2013, vol. 65, no. 5, s. 16-19. ISSN 18671535. [Cit. 2018-07-20].  
Dostupné z: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00058-013-0527-0>
6. KRENN, Renate. Basale Stimulation® in der Pflege: Transfer des Wissens in die Praxis. In: *Pro Care* [online]. 2009, vol. 14, no. 7-8, s. 22-24. ISSN 1613-7574. [Cit. 2018-10-26]. Dostupné z:  
<https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2Fs00735-009-0193-2.pdf>.
7. NYDAHL, Peter a BARTOZCEK, Gabriela. Im Rhythmus der Patienten: Basale Stimulation richtig anwenden. In: *Basale stimulation* [online]. Melsungen: Bibliomed Medizinische Verlagsgesellschaft mbH, 1.11.2012. [Cit. 2018-09-05].  
Dostupné z: <http://basale-stimulation.bibliomed.de/index.php/2012/11/01/im-rhythmus-der-patienten>.
8. STEINBACH, A. a DONIS, J. Patienten im Wachkoma. *ProCare*. 2011, vol. 16, no. 9, s. 22-26. ISSN 09497323. [Cit. 2018-09-07].  
Dostupné z: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00735-011-0545-6>
9. TITZE, C. Integration of the basal stimulation concept in routine nursing care. *Kinderkrankenschwester: Organ Der Sektion Kinderkrankenpflege*. 2001, vol. 20, no. 11, s. 481-484. ISSN 07232276. [Cit. 2018-10-25]. Dostupné z:  
<https://search.proquest.com/health/docview/71405377/83B70108275B424APQ/1?accountid=14965>

## SEZNAM ZKRATEK

Aj.	a jiné
Apod.	a podobně
ARO	anesteziologicko-resuscitační oddělení
CMP	cévní mozková příhoda
CNS	centrální nervová soustava
CT	Computed Tomography (výpočetní tomografie)
č.	číslo
DIP	dlouhodobá intenzivní péče
Doc.	docent
Dr.	doktor
EEG	elektroencefalografie
FN	Fakultní nemocnice
GCS	Glasgow Coma Scale
KARIM	Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny
max.	maximálně
Mgr.	magisterský titul
min.	minimálně
mmHg	milimetr rtuťového sloupce
např.	například
NELZP	nelékařský zdravotnický pracovník
NIP	následná intenzivní péče
PhDr.	z latinského philosophiae doctor (doktor filozofie)
popř.	popřípadě
prof.	profesor/ka
resp.	respektive
RTG	rentgenové záření
Sb.	Sbírka
s.r.o.	společnost s ručením omezeným
tj.	to je
tzn.	to znamená
tzv.	tak zvaně
UPV	umělá plicní ventilace



## **SEZNAM TABULEK**

Tabulka č. 1 – Pohlaví respondentů ARO

Tabulka č. 2 – Pohlaví respondentů NIP

Tabulka č. 3 – Věková kategorie ARO

Tabulka č. 4 – Věková kategorie NIP

Tabulka č. 5 – Pracovní pozice ARO

Tabulka č. 6 – Pracovní pozice NIP

Tabulka č. 7 – Zastoupení jednotlivých pracovišť intenzivní péče

Tabulka č. 8 - Délka praxe v oblasti intenzivní péče ARO

Tabulka č. 9 - Délka praxe v oblasti intenzivní péče NIP

Tabulka č. 10 – První seznámení s pojmem Bazální stimulace ARO

Tabulka č. 11 – První seznámení s pojmem Bazální stimulace NIP

Tabulka č. 12 – Zakladatelé konceptu Bazální stimulace - znalosti ARO

Tabulka č. 13 – Zakladatelé konceptu Bazální stimulace - znalosti NIP

Tabulka č. 14 – Základní prvky Bazální stimulace - znalosti ARO

Tabulka č. 15 – Základní prvky Bazální stimulace - znalosti NIP

Tabulka č. 16 – Nástavbové prvky Bazální stimulace - znalosti ARO

Tabulka č. 17 – Nástavbové prvky Bazální stimulace - znalosti NIP

Tabulka č. 18 – Biografická anamnéza - znalosti ARO

Tabulka č. 19 – Biografická anamnéza - znalosti NIP

Tabulka č. 20 – Iniciální dotek - znalosti ARO

Tabulka č. 21 – Iniciální dotek - znalosti NIP

Tabulka č. 22 – Subjektivní hodnocení teoretických znalostí - znalosti ARO

Tabulka č. 23 – Subjektivní hodnocení teoretických znalostí - znalosti NIP

Tabulka č. 24 – Subjektivní hodnocení praktických dovedností - znalosti ARO

Tabulka č. 25 – Subjektivní hodnocení praktických dovedností - znalosti NIP

Tabulka č. 26 – Vedení dokumentace ARO

Tabulka č. 27 – Vedení dokumentace NIP

Tabulka č. 28 – Způsob vedení záznamů o Bazální stimulaci ARO

Tabulka č. 29 – Způsob vedení záznamů o Bazální stimulaci NIP

Tabulka č. 30 – Vedení dokumentace o Bazální stimulaci ARO

Tabulka č. 31 – Vedení dokumentace o Bazální stimulaci NIP

Tabulka č. 32 – Obsah dokumentace ARO

Tabulka č. 33 – Obsah dokumentace NIP

Tabulka č. 34 – Účast na certifikovaném kurzu ARO

Tabulka č. 35 – Účast na certifikovaném kurzu NIP

Tabulka č. 36 – Absolvovaný kurz Bazální stimulace ARO

Tabulka č. 37 – Absolvovaný kurz Bazální stimulace NIP

Tabulka č. 38 – Důvody k absolvování kurzu Bazální stimulace ARO

Tabulka č. 39 – Důvody k absolvování kurzu Bazální stimulace NIP

Tabulka č. 40 – Zájem o absolvování kurzu Bazální stimulace ARO

Tabulka č. 41 – Zájem o absolvování kurzu Bazální stimulace NIP

Tabulka č. 42 – Zapojování příbuzných do bazálně stimulující péče ARO

Tabulka č. 43 – Zapojování příbuzných do bazálně stimulující péče NIP

Tabulka č. 44 – Frekvence zapojení příbuzných do bazálně stimulující péče ARO

Tabulka č. 45 – Frekvence zapojení příbuzných do bazálně stimulující péče NIP

Tabulka č. 46 – Způsob zapojování příbuzných do bazálně stimulující péče ARO

Tabulka č. 47 – Způsob zapojování příbuzných do bazálně stimulující péče NIP

Tabulka č. 48 – Způsob získávání informací od příbuzných ARO

Tabulka č. 49 – Způsob získávání informací od příbuzných NIP

Tabulka č. 50 – Četnosti objektivních znalostí na pracovištích intenzivní péče

Tabulka č. 51 – Mann-Whitneyho test

Tabulka č. 52 – Četnosti objektivních znalostí na pracovištích intenzivní péče

Tabulka č. 53 – Četnosti subjektivních znalostí na pracovištích intenzivní péče

Tabulka č. 54 - Spearmanův korelační koeficient

Tabulka č. 55 - Výsledky testu o dvou relativních četnostech

Tabulka č. 56 - Mann-Whitneyho test: p-hodnota a tabulka četností

## SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1 – Pohlaví respondentů

Graf č. 2 – Věková kategorie

Graf č. 3 – Pracovní pozice

Graf č. 4 - Pracoviště

Graf č. 5 – Délka praxe v oblasti intenzivní péče

Graf č. 6 – První seznámení s pojmem Bazální stimulace

Graf č. 7 – Zakladatelé konceptu Bazální stimulace - znalosti

Graf č. 8 – Základní prvky Bazální stimulace - znalosti

Graf č. 9 – Nástavbové prvky Bazální stimulace - znalosti

Graf č. 10 – Biografická anamnéza - znalosti

Graf č. 11 – Iniciální dotek - znalosti

Graf č. 12 – Subjektivní hodnocení teoretických znalostí

Graf č. 13 – Subjektivní hodnocení praktických dovedností

Graf č. 14 – Vedení dokumentace

Graf č. 15 – Způsob vedení záznamů o Bazální stimulaci

Graf č. 16 – Záznamy o Bazální stimulaci provádí

Graf č. 17 – Obsah dokumentace

Graf č. 18 – Účast na certifikovaném kurzu

Graf č. 19 – Absolvovaný certifikovaný kurz

Graf č. 20 – Důvody k absolvování kurzu Bazální stimulace

Graf č. 21 – Zájem o absolvování kurzu Bazální stimulace

Graf č. 22 – Zapojování příbuzných do bazálně stimulující péče

Graf č. 23 – Frekvence zapojení příbuzných do bazálně stimulující péče

Graf č. 24 – Způsob zapojování příbuzných do bazálně stimulující péče

Graf č. 25 – Způsob získávání autobiografických údajů

Graf č. 26 – Srovnání respondentů dle míry znalostí a pracoviště intenzivní péče

Graf č. 27 – Srovnání objektivních znalostí a subjektivního hodnocení znalostí respondentů o konceptu Bazální stimulace

Graf č. 28 – Frekvence zapojení rodiny

## **SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha č. 1 – Souhlas s dotazníkovým šetřením Klatovská nemocnice, a.s.

Příloha č. 2 – Souhlas s dotazníkovým šetřením Fakultní nemocnice v Motole

Příloha č. 3 – Souhlas s dotazníkovým šetřením SWISS MED CLINIC, s.r.o.

Příloha č. 4 – Souhlas s dotazníkovým šetřením Domažlická nemocnice, a.s.

Příloha č. 5 – Souhlas s dotazníkovým šetřením Fakultní nemocnice Plzeň

Příloha č. 6 - Dotazník

Příloha č. 7 – Certifikát o absolvování certifikovaného kurzu Bazální stimulace

Příloha č. 8 – Výstup k diplomové práci: návrh dokumentace pro KARIM – lůžka

Příloha č. 9 – Rešerše

## Příloha č. 1 – Souhlas s dotazníkovým šetřením – Klatovská nemocnice, a.s.

Vážená paní  
Mgr. Vladislava Veselá  
Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči  
Klatovská nemocnice a.s.  
Plzeňská 929/1  
Klatovy 339 01

### Věc: Žádost o souhlas s provedením výzkumného šetření

Vážená paní magistro,

chtěla bych Vás tímto poprosit o souhlas s provedením výzkumného šetření v Klatovské nemocnici a.s., konkrétně na anesteziologicko – resuscitačním oddělení a na oddělení následné intenzivní péče pro účel mé diplomové práce na téma Využití konceptu Bazální stimulace v intenzivní péči. Jmenuji se Bc. Eliška Baumruková a jsem studentkou 2. ročníku navazujícího magisterského studia na Západočeské univerzitě v Plzni, obor: ošetrovatelská péče v chirurgických oborech. Cílem mé práce je posoudit aspekty ovlivňující integraci konceptu Bazální stimulace do praxe v oblasti intenzivní péče. Výzkumné šetření bude provedeno formou anonymního, dobrovolného dotazníku, určeného pro nelékařské zdravotnické pracovníky, který je přiložen k žádosti. Termín sběru informací je v září 2018.

Diplomová práce bude zpracována pod odborným vedením MUDr. Alexandry Žídkové Ph.D, vedoucí lékařky kliniky KARIM - lůžková část.

Prosím o sdělení Vašeho rozhodnutí  
Se srdečným pozdravem

Bc. Eliška Baumruková  
baumruke@seznam.cz  
tel.: 721 724 973

V Plzni dne 7. 8. 2018

*Souhlasím* *V. Veselá*

Vyjádření, podpis .....

## Příloha č. 2 – Souhlas s dotazníkovým šetřením – Fakultní nemocnice v Motole

Vážená paní  
Mgr. Jana Nováková, MBA  
Fakultní nemocnice v Motole  
Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči  
V Úvalu 84, Praha 5, 150 06

### Věc: Žádost o souhlas s provedením výzkumného šetření

Vážená paní magistro,

chtěla bych Vás tímto poprosit o souhlas s provedením výzkumného šetření ve Fakultní nemocnici v Motole, konkrétně a na oddělení následné intenzivní péče pro účel mé diplomové práce na téma Využití konceptu Bazální stimulace v intenzivní péči. Jmenuji se Bc. Eliška Baumruková a jsem studentkou 2. ročníku navazujícího magisterského studia na Západočeské univerzitě v Plzni, obor: ošetrovatelská péče v chirurgických oborech. Cílem mé práce je posoudit aspekty ovlivňující integraci konceptu Bazální stimulace do praxe v oblasti intenzivní péče. Výzkumné šetření bude provedeno formou anonymního, dobrovolného dotazníku, určeného pro nelékařské zdravotnické pracovníky, který je přiložen k žádosti. Termín sběru informací je v září 2018.

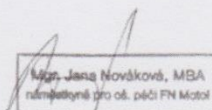
Diplomová práce bude zpracována pod odborným vedením MUDr. Alexandry Židkové Ph.D, vedoucí lékařky kliniky KARIM - lůžková část.

Prosím o sdělení Vašeho rozhodnutí  
Se srdečným pozdravem

V Plzni dne 7. 8. 2018

Bc. Eliška Baumruková  
baumruke@seznam.cz  
tel.: 721 724 973

SOUHLASÍM

  
Mgr. Jana Nováková, MBA  
náměstkyně pro oš. péči FN Motol

Vyjádření, podpis .....

### Příloha č. 3 – Souhlas s dotazníkovým šetřením – SWISS MED CLINIC, s.r.o.

Vážená paní  
Bc. Elena Fejtová  
SWISS MED CLINIC s.r.o.  
Sídlo: Rybná 682/14, Staré město, 110 00 Praha 1  
Provozovna: Bezručická 274, 348 15 Planá

#### Věc: Žádost o souhlas s provedením výzkumného šetření

Vážená paní magistro,

chtěla bych Vás tímto poprosit o souhlas s provedením výzkumného šetření ve SWISS MED CLINIC s.r.o., konkrétně a na oddělení následné intenzivní péče pro účel mé diplomové práce na téma Využití konceptu Bazální stimulace v intenzivní péči. Jmenuji se Bc. Eliška Baumruková a jsem studentkou 2. ročníku navazujícího magisterského studia na Západočeské univerzitě v Plzni, obor: ošetrovatelská péče v chirurgických oborech. Cílem mé práce je posoudit aspekty ovlivňující integraci konceptu Bazální stimulace do praxe v oblasti intenzivní péče. Výzkumné šetření bude provedeno formou anonymního, dobrovolného dotazníku, určeného pro nelékařské zdravotnické pracovníky, který je přiložen k žádosti. Termín sběru informací je v září 2018.

Diplomová práce bude zpracována pod odborným vedením MUDr. Alexandry Židkové Ph.D, vedoucí lékařky kliniky KARIM - lůžková část.

Prosím o sdělení Vašeho rozhodnutí  
Se srdečným pozdravem

V Plzni dne 7. 8. 2018

Bc. Eliška Baumruková  
baumruke@seznam.cz  
tel.: 721 724 973

Vyjádření k žádosti

Podpis

SWISS MED CLINIC s.r.o.  
NZZ, Bezručická 274, 348 15 Planá  
Sídlo firmy:  
Štěrbova 1701/35, 142 00 Praha - Krč  
Tel.: +420 374 642 444  
IČ: 28377222 DIČ: CZ28377222  
Hlavní sestra Fejtová E.  
SWISS MED CLINIC

## Příloha č. 4 – Souhlas s dotazníkovým šetřením – Domažlická nemocnice, a.s.

Vážená paní  
Mgr. et Mgr. Jana Barbora Boučková  
Hlavní sestra  
Domažlická nemocnice, a.s.  
Kozinova 292  
344 22 Domažlice

### Věc: Žádost o souhlas s provedením výzkumného šetření

Vážená paní magistro,

chtěla bych Vás tímto poprosit o souhlas s provedením výzkumného šetření v Domažlické nemocnici, konkrétně na anesteziologicko - resuscitačním oddělení, pro účel mé diplomové práce na téma Využití konceptu Bazální stimulace v intenzivní péči. Jmenuji se Bc. Eliška Baumruková a jsem studentkou 2. ročníku navazujícího magisterského studia na Západočeské univerzitě v Plzni, obor: ošetrovatelská péče v chirurgických oborech. Cílem mé práce je posoudit aspekty ovlivňující integraci konceptu Bazální stimulace do praxe v oblasti intenzivní péče. Výzkumné šetření bude provedeno formou anonymního, dobrovolného dotazníku, určeného pro nelékařské zdravotnické pracovníky, který je přiložen k žádosti. Termín sběru informací je v září 2018.

Diplomová práce bude zpracována pod odborným vedením MUDr. Alexandry Žídkové Ph.D, vedoucí lékařky kliniky KARIM - lůžková část.

Prosím o sdělení Vašeho rozhodnutí  
Se srdečným pozdravem

Bc. Eliška Baumruková  
baumruke@seznam.cz  
tel.: 721 724 973

V Plzni dne 7. 8. 2018

Vyjádření, podpis .....

**DOMAŽLICKÁ NEMOCNICE, a.s.**  
Kozinova 292  
344 22 Domažlice  
**HLAVNÍ SESTRA**



## Příloha č. 5 – Souhlas s dotazníkovým šetřením – Fakultní nemocnice Plzeň



FAKULTNÍ NEMOCNICE PLZEŇ

Útvar náměstka pro ošetrovatelskou péči

Edvarda Beneše 13, 305 99 Plzeň - Bory  
alej Svobody 80, 304 60 Plzeň - Lochotín  
IČO 00669806 tel.: 377 401 111, 377 103 111

Vážená paní  
Eliška Baumruková, Bc.  
Studentka oboru Ošetrovatelská péče v chirurgických oborech  
Fakulta zdravotnických studií – Katedra ošetrovatelství a porodní asistence  
Západočeská univerzita v Plzni

### Povolení sběru informací ve FN Plzeň

Na základě Vaší žádosti Vám jménem Útvaru náměstkyně pro ošetrovatelskou péči FN Plzeň **uděluji povolení** ke sběru dat pomocí dotazníku určeného všeobecným sestrám / zdravotnickým záchranářům, pracujícím na níže uvedených pracovištích FN Plzeň:

- *Klinika anestezie, resuscitace a intenzivní medicíny*
- *Anesteziologicko-resuscitační oddělení*

Vaše šetření budete provádět – za níže uvedených podmínek - v souvislosti s vypracováním Vaší diplomové práce na téma „*Využití konceptu bazální stimulace v intenzivní péči*“.

Podmínky, za kterých Vám bude umožněna realizace Vašeho šetření ve FN Plzeň:

- Vrchní sestry oslovených pracovišť souhlasí s Vaším šetřením.
- Osobně povedete svoje šetření.
- Vaše šetření nenaruší chod pracoviště ve smyslu provozního zajištění dle platných směrnic FN Plzeň, ochrany dat pacientů a dodržování Hygienického plánu FN Plzeň. Vaše šetření bude provedeno za dodržení všech legislativních norem, zejména s ohledem na platnost zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, v platném znění.
- Po zpracování Vámi zjištěných údajů **poskytnete Útvaru náměstkyně pro ošetrovatelskou péči** FN Plzeň závěry Vašeho šetření na níže uvedený e-mail, a to nejdéle k datu vaší obhajoby a budete se aktivně podílet na případné prezentaci výsledků Vašeho šetření na vzdělávacích akcích pořádaných FN Plzeň.

Toto povolení nezakládá povinnost zdravotnických pracovníků s Vámi spolupracovat, pokud by spolupráce s Vámi narušovala plnění pracovních povinností zaměstnanců, jejich soukromí, či pokud by spolupráce s Vámi zaměstnanci pocítovali jako újmu. Účast zdravotnických pracovníků na Vašem šetření je dobrovolná.

Přeji Vám hodně úspěchů při studiu.

Mgr. Bc. Světluše Chabrová  
manažerka pro vzdělávání a výuku NELZP  
zástupkyně náměstkyně pro oš. péči

Útvar náměstkyně pro oš. péči FN Plzeň  
tel.: 377 103 204, 377 402 207  
e-mail: [chabrovas@fnplzen.cz](mailto:chabrovas@fnplzen.cz)

7. 8. 2018

## **Příloha č. 6 – Dotazník**

Vážená kolegyně, vážený kolego.

Jmenuji se Bc. Eliška Baumruková a studuji na Západočeské univerzitě v Plzni obor ošetrovatelství. Ráda bych Vás touto cestou požádala o vyplnění anonymního dotazníku. Zjištěné údaje budou využity pouze pro zpracování mé diplomové práce na téma využití konceptu Bazální stimulace v intenzivní péči.

Při vyplňování dotazníku vyberte vždy jen jednu odpověď, která nejvíce odpovídá Vašemu názoru. V případě možnosti více odpovědí, budete upozorněni přímo v zadání otázky. Předem Vám děkuji za ochotu, spolupráci a čas strávený vyplňováním dotazníku.

### **1. Jste žena nebo muž?**

- Žena       Muž

### **2. Vaše věková kategorie?**

- 20 - 30 let  
 31 - 40 let  
 41 - 50 let  
 51 - 60 let  
 více než 61 let

### **3. Vaše pracovní pozice?**

- Všeobecná sestra.  
 Zdravotnický záchranář.

### **4. Na kterém oddělení v současnosti pracujete?**

- Anesteziologicko – resuscitační oddělení.  
 Oddělení dlouhodobé (následné) intenzivní péče.

### **5. Kolik let pracujete na oddělení intenzivní péče? .....**

### **6. Kde jste poprvé slyšel/a o konceptu Bazální stimulace?**

- V rámci studia.  
 V rámci odborné stáže.  
 Na konferencích či přednáškách.  
 V rámci zaměstnání.  
 V odborné literatuře, časopise či na internetu.  
 O konceptu Bazální stimulace jsem nikdy neslyšel/a.

*Pokud jste v předchozí otázce odpověděl/a, že jste o konceptu Bazální stimulace nikdy neslyšel/a, dále ve vyplňování dotazníku nepokračujte. Děkuji Vám za spolupráci.*

### **7. Kdo se jako první zasloužil o včlenění konceptu Bazální stimulace do ošetrovatelské péče?**

- Speciální pedagog prof. Dr. Andreas Fröhlich.  
 Zdravotní sestra prof. Christel Bienstein.  
 Všeobecná sestra PhDr. Karolína Friedlová.  
 Manželé Bobathovi.

**8. Mezi základní prvky Bazální stimulace patří?**

- Somatická, optická a vestibulární stimulace.
- Somatická, auditivní a orální stimulace.
- Somatická, vibrační a vestibulární stimulace.
- Somatická, olfaktorická a vibrační stimulace.

**9. Mezi nastavbové prvky Bazální stimulace patří?**

- Orální, auditivní a vestibulární stimulace.
- Optická, olfaktorická a somatická stimulace.
- Vibrační, optická a taktilně – haptická stimulace.
- Orální, optická a taktilně – haptická stimulace.

**10. Biografická anamnéza v konceptu Bazální stimulace představuje?**

- Soubor otázek na dříve prodělané nemoci, zdrojem informací je rodina
- Soubor otázek na míru soběstačnosti pacienta, zdrojem informací je rodina
- Soubor otázek na potřeby, zvyklosti a rituály pacienta, zdrojem informací je rodina

**11. Cílem iniciální doteku je?**

- Informovat pacienta o zahájení naší přítomnosti či ošetřovatelské činnosti.
- Informovat pacienta o ukončení naší přítomnosti či ošetřovatelské činnosti.
- Informovat pacienta o zahájení a ukončení naší přítomnosti či ošetřovatelské činnosti.

**12. Uved'te, jak byste ohodnotili své teoretické znalosti a praktické zkušenosti?**

Teoretické znalosti	výborné	1	2	3	4	5	špatné
Praktické dovednosti	výborné	1	2	3	4	5	špatné

**13. Vedete na Vašem pracovišti dokumentaci o bazálně stimulující péči?**

- Ano
- Ne

*Pokud jste odpověděl/a, že nevedete žádné záznamy, neodpovídejte na otázky č. 14, 15, 16 a pokračujte prosím otázkou číslo 17.*

**14. Uved'te způsob, jakým vedete záznamy o bazálně stimulující péči?**

- Záznam o bazální stimulaci je součástí ošetřovatelské dokumentace.
- Záznam o bazální stimulaci je součástí lékařské dokumentace.
- Využíváme speciální záznamy o bazální stimulaci.

**15. Kdo se podílí na vedení dokumentace Bazální stimulace?**

- Všichni členové týmu (lékaři, NELZP, fyzioterapeuti, logopedi).
- Pouze NELZP.
- Někdo jiný, kdo? .....

**16. Co obsahuje Vaše dokumentace o Bazální stimulaci?**

- Pouze biografickou anamnézu.
- Seznam používaných technik bazální stimulace a biografickou anamnézu.
- Kompletní záznamy o plánování a realizaci Bazální stimulace, včetně popisu reakcí nemocného.

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

- Ano       Ne

*Pokud jste odpověděl/a, že nemáte absolvovaný žádný certifikovaný kurz, pokračujte prosím otázkou č. 20. Pokud jste zvolila odpověď ANO, neodpovídejte prosím pouze na otázku č. 20.*

**18. Jaký máte nejvyšší absolvovaný kurz Bazální stimulace?**

- Základní certifikovaný kurz.  
 Nástavbový certifikovaný kurz.  
 Prohlubující certifikovaný kurz.

**19. Co Vás vedlo k absolvování kurzu Bazální stimulace?**

- Vlastní zájem o problematiku Bazální stimulace.  
 Nutnost dalšího vzdělávání.  
 Absolvování vyžadoval vedoucí pracovník.  
 Jiné .....

**20. Měl/a byste zájem absolvovat kurz Bazální stimulace?**

- Ano       Ne

**21. Zapojujete příbuzné pacienta do ošetrovatelské péče prostřednictvím Bazální stimulace?**

- Ano       Ne

**22. Jak často zapojujete rodinné příslušníky do bazálně stimulační péče?**

- Pravidelně, při každé návštěvě.  
 Občas a nepravidelně dle svých časových možností.  
 Minimálně, pouze při zájmu rodiny.  
 Nikdy

**23. Uveďte způsob, jakým zapojujete příbuzné do bazálně stimulační péče?**

- Verbální sdělení.  
 Praktická ukázka činností, včetně nácviku.  
 Prostřednictvím edukačních materiálů.  
 Kombinace výše uvedených možností  
 Jiné .....

**24. Uveďte způsob, jakým odebíráte od příbuzných údaje o pacientovi?**

- Standardizovaným dotazníkem, vyplněný NELZP.  
 Standardizovaným dotazníkem, vyplněný rodinou.  
 Rozhovorem s příbuznými.  
 Kombinací výše uvedených možností.  
 Jinak, jak? .....

## Příloha č. 7 – Certifikát o absolvování certifikovaného kurzu Bazální stimulace

Č E S K Á R E P U B L I K A

Akreditované zařízení, sídlo, IČ ..... INSTITUT Bazální stimulace s. r. o.,  
..... J. Opletala 680, 738 02 Frýdek-Místek, IČ: 25889966

.....  
které získalo akreditaci Ministerstva zdravotnictví k uskutečňování vzdělávacího programu certifikovaného kurzu

pod č.j.MZDR 9956/2017-17/ONP ..... evidenční číslo certifikátu 194/2018

# CERTIFIKÁT

## o absolvování certifikovaného kurzu

Titul, jméno a příjmení: Bc. Eliška Baumruková

Datum narození: 6. 3. 1991 Místo narození: Klatovy

Státní příslušnost: ČR

Název certifikovaného kurzu: Základní kurz Bazální stimulace®

Počet hodin: 24 Počet kreditů: 14

Absolvoval(a) od 8. 10. 2018 do 10. 10. 2018

v souladu s ustanovením § 61 a § 64 zákona č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění pozdějších předpisů, a tím získal(a) **zvláštní odbornou způsobilost pro úzce vymezené zdravotnické činnosti** v rozsahu vzdělávacího programu: <sup>1</sup>

Činnosti, ke kterým absolvent kurzu získal zvláštní odbornou způsobilost:

- provádí prvky somatické stimulace:

○ povzbuzující stimulace

○ zklidňující stimulace

○ neurofyziologická stimulace

○ kontaktní dýchání

○ masáž stimulační dýchání

Příloha č. 8 – Výstup k diplomové práci: návrh dokumentace pro KARIM – lůžka

A – Ošetřovatelská anamnéza v konceptu Bazální stimulace

Identifikační údaje pacienta		<b>BIOGRAFICKÁ ANAMNÉZA V KONCEPTU BAZÁLNÍ STIMULACE</b>	
<b>INICIALNÍ DOTEK</b> Místo: ..... Oslovení: .....		<b>TĚLESNÁ PÉČE</b> Koupel: <input type="checkbox"/> denně <input type="checkbox"/> týdně – kolikrát? ..... <input type="checkbox"/> ráno <input type="checkbox"/> večer Upřednostňuje: <input type="checkbox"/> koupel <input type="checkbox"/> sprcha Teplota vody: <input type="checkbox"/> chladná <input type="checkbox"/> vlažná <input type="checkbox"/> teplá <input type="checkbox"/> horká Stav pokožky: <input type="checkbox"/> normální <input type="checkbox"/> suchá <input type="checkbox"/> mastná Na hygienu používá: <input type="checkbox"/> tuhá mýdla <input type="checkbox"/> tekuté gely Péče o pokožku: <input type="checkbox"/> tělová mléka <input type="checkbox"/> tělové krémy <input type="checkbox"/> gely <input type="checkbox"/> jiné ..... Rituály při mytí: .....	
<b>TĚLESNÝ KONTAKT</b> <input type="checkbox"/> levák <input type="checkbox"/> pravák <input type="checkbox"/> nemá vyhraněnou laterálnítu Je zvyklý na tělesný kontakt? <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne Na kterém místě má rád dotek? ..... Na kterém místě nemá rád dotek? .....		<b>HOLENÍ</b> Typ holení: <input type="checkbox"/> mokré <input type="checkbox"/> suché Pomůcky: <input type="checkbox"/> holicí pěna <input type="checkbox"/> gel na holení <input type="checkbox"/> štětka na holení <input type="checkbox"/> jednorázové žiletky <input type="checkbox"/> břitva <input type="checkbox"/> elektrický holicí strojek <input type="checkbox"/> balzám po holení <input type="checkbox"/> voda po holení <input type="checkbox"/> jiné ..... <b>SPANĚK</b> Obvykle usíná: <input type="checkbox"/> záda <input type="checkbox"/> břicho <input type="checkbox"/> pravý bok <input type="checkbox"/> levý bok Jak spí: <input type="checkbox"/> chodí časně spát <input type="checkbox"/> chodí pozdě spát <input type="checkbox"/> spí ráno dlouho <input type="checkbox"/> vstává velmi časně <input type="checkbox"/> v noci se budí <input type="checkbox"/> spánek během dne Kolik hodin denně spí: ..... Způsob zakrvtí: <input type="checkbox"/> od hlavy až k patě <input type="checkbox"/> po krk <input type="checkbox"/> po ramena <input type="checkbox"/> jinak ..... Při spánku má: <input type="checkbox"/> rád tmu <input type="checkbox"/> rád šero <input type="checkbox"/> zapnutou lampičku <input type="checkbox"/> jiné ..... Typ polštáře: <input type="checkbox"/> malý <input type="checkbox"/> velký <input type="checkbox"/> jiný ..... Rituály před spankem: .....	
<b>POHYB/TĚLESNÁ AKTIVITA</b> Pravidelná tělesná aktivita <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne jaká? ..... Nejlépe se cítí v poloze: <input type="checkbox"/> vsedě <input type="checkbox"/> vleže <input type="checkbox"/> ve stoje <input type="checkbox"/> při chůzi Specifikace postižení: <input type="checkbox"/> poruchy rovnováhy <input type="checkbox"/> poruchy citivosti <input type="checkbox"/> hemiplegie/paréza <input type="checkbox"/> kvadruplegie/paréza jiné: ..... Kompenzační pomůcky: .....		<b>PÉČE O CHRUP</b> Četnost: <input type="checkbox"/> ráno <input type="checkbox"/> večer <input type="checkbox"/> po každém jídle <input type="checkbox"/> zuby si nečistí ráno <input type="checkbox"/> jiné ..... Pomůcky: <input type="checkbox"/> zubní kartáček <input type="checkbox"/> elektrický kartáček <input type="checkbox"/> ústní voda Zubní protěza: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> horní <input type="checkbox"/> dolní Spí se zubní protézou: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne <b>PÉČE O VLASY</b> <input type="checkbox"/> jak často ..... <input type="checkbox"/> prostředky k péči o vlasy? .....	
<b>VYPRAZDNOVÁNÍ</b> Problémy s močením: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne Jaké? ..... Při inkontinenci užívá: <input type="checkbox"/> vložky <input type="checkbox"/> plenkové kalhotky <input type="checkbox"/> jiné: ..... Problémy se stolicí: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne Jaké? ..... Pravidelnost s vyprazdňováním stolice: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> jak často ..... Užívá projímadla: <input type="checkbox"/> ano, jaká ..... <input type="checkbox"/> ne Rituály při vyprazdňování: .....		<b>CHUŤOVÉ VNÍMANÍ</b> Péče o rty: <input type="checkbox"/> nepečuje <input type="checkbox"/> balzám <input type="checkbox"/> gel <input type="checkbox"/> jiné ..... První chuťový viem po ránu: <input type="checkbox"/> káva <input type="checkbox"/> čaj <input type="checkbox"/> cigareta <input type="checkbox"/> zubní pasta <input type="checkbox"/> jiné ..... Upřednostňuje chuť: <input type="checkbox"/> sladké <input type="checkbox"/> slané <input type="checkbox"/> kyselé <input type="checkbox"/> hořké Teplota jídla: <input type="checkbox"/> teplé <input type="checkbox"/> vlažné <input type="checkbox"/> studené <input type="checkbox"/> horké Konzistence: <input type="checkbox"/> pevná <input type="checkbox"/> kašovitá <input type="checkbox"/> tekutá Oblíbené pokrmy: ..... Jídla, které nemá rád: ..... Oblíbené nápoje: ..... Nápoje, které nemá rád: ..... Denní příjem tekutin: ..... Rituály při jídle: .....	
<b>ČICHOVÉ VNÍMANÍ</b> Oblíbená vůně: ..... ..... Nepříjemná vůně: ..... ..... Vůně, které mu připomínají práci: ..... ..... Vůně, které používají jeho blízcí: ..... ..... Oblíbený parfém: .....		<b>SLUCHOVÉ VNÍMANÍ</b> Sluch postižen: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> vpravo <input type="checkbox"/> vlevo Specifikujte postižení: ..... Naslouchátko: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> L ucho <input type="checkbox"/> P ucho <input type="checkbox"/> obě uši Jaké zvuky má rád: ..... Oblíbená hudba (žánr, skupina): ..... Oblíbený TV pořad/seriál: ..... Ráno ho budí: <input type="checkbox"/> budík <input type="checkbox"/> mobil <input type="checkbox"/> hlas <input type="checkbox"/> píseň <b>ZRAKOVÉ VNÍMANÍ</b> Porucha zraku: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> vpravo <input type="checkbox"/> vlevo Specifikujte postižení: ..... Brýle: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne Čočky: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne Medikace: <input type="checkbox"/> oční kapky <input type="checkbox"/> oční masti Jaké barvy má rád: ..... Jaké barvy mu vadí: ..... Oblíbené knihy, časopisy: .....	
		<b>HMATOVÉ VNÍMANÍ</b> Který materiál má rád: ..... ..... Který materiál je mu nepříjemný: ..... ..... Jaké předměty užívá při své pracovní činnosti: ..... ..... Nejčastější předměty z denního života: .....	

<p><b>REGULACE TĚLESNÉ TEPLOTY</b></p> <p><input type="checkbox"/> nic zvláštního    <input type="checkbox"/> je mu často zima</p> <p><input type="checkbox"/> pocení</p> <p><input type="checkbox"/> jiné: .....</p>	<p><u>Jméno přítele/přítelkyně, manžela/manželky:</u></p> <p>.....</p> <p><u>Počet sourozenců a jejich jména:</u></p> <p>.....</p>	<p><u>Koníčky, zájmy:</u> .....</p> <p><u>Zvířata:</u> .....</p>
<p><b>ZPŮSOB ŽIVOTA</b></p> <p><u>Sociální situace/zaměstnání:</u> .....</p> <p><u>V jakém prostředí žije (dům, byt):</u> .....</p> <p><u>Osobnost pacienta (klidný, živý, společenský aj.):</u></p> <p>.....</p> <p><u>Jaký význam má pro něho/ni rodina, manželství, děti:</u> .....</p> <p><u>Počet dětí a jejich jména:</u> .....</p>	<p><u>Nejlepší vztah/kontakt má:</u> .....</p> <p><u>Jiné důležité osoby v životě pacienta/pacientky:</u></p> <p>.....</p> <p><u>Na návštěvu může přijít:</u> .....</p> <p><u>Nedoporučujeme návštěvu:</u> .....</p> <p><u>Svůj volný čas tráví nejčastěji:</u> .....</p>	<p><u>Víra:</u> .....</p> <p><u>Co dělá, když má bolesti?</u> .....</p> <p><u>Jak zvládá zátěžové situace?</u> .....</p> <p><u>Co dělá, aby se cítil dobře (hudba, klid, káva, návykové látky aj.):</u> .....</p> <p><u>Důležitý zážitek v poslední době?</u> .....</p> <p><u>Jiné?</u> .....</p> <p><u>Anamnézu sepsala:</u></p> <p><u>Dne:</u> .....</p> <p><u>Dotazy zodpověděla:</u> .....</p> <p><u>Je v poměru k pacientovi:</u> .....</p>

**B – Informační cedule k lůžku pacienta: Iniciální dotek**

# INICIÁLNÍ DOTEK



*Místo*.....

*Oslovení* .....

*Prosím, dotkni se před a po ukončení veškeré činnosti a manipulace se mnou!*

**C – Záznamy pro aplikace Bazální stimulace**

Identifikační údaje pacienta	<b>APLIKACE BAZÁLNÍ STIMULACE REALIZACE VÝKONŮ A ZÁZNAM REAKCÍ PACIENTA</b>	
Datum:		<input type="checkbox"/> denní směna <input type="checkbox"/> noční směna
<b>Somatická stimulace</b>	<b>Provedené metody somatické stimulace:</b> <input type="checkbox"/> zklidňující <input type="checkbox"/> povzbuzující <input type="checkbox"/> masáž stimulující dýchání <input type="checkbox"/> polohování: <input type="checkbox"/> mumie <input type="checkbox"/> hnízdo <input type="checkbox"/> mikropolohování	
	<b>Způsob provedení:</b> <input type="checkbox"/> „na sucho“ <input type="checkbox"/> v rámci koupele: <input type="checkbox"/> na lůžku <input type="checkbox"/> v koupací vaně <input type="checkbox"/> pomocí krému/oleje	
	<b>Použité pomůcky:</b>	
	<b>Reakce pacienta:</b>	
<b>Vestibulární stimulace</b>	<b>Způsob provedení:</b> <input type="checkbox"/> provádění nepatrných pohybů hlavy do stran <input type="checkbox"/> vertikální náklony celého lůžka <input type="checkbox"/> polohování <input type="checkbox"/> houpací pohyby v lůžku <input type="checkbox"/> jiné, jaké .....	
	<b>Použité pomůcky:</b>	
	<b>Reakce pacienta:</b>	
<b>Vibrační stimulace</b>	<b>Místo aplikace a způsob provedení vibrační stimulace:</b> <input type="checkbox"/> oblast kloubů DK <input type="checkbox"/> patní kost <input type="checkbox"/> koleno <input type="checkbox"/> pánev – hřeben kosti pánevní <input type="checkbox"/> oblast kloubů HK <input type="checkbox"/> zápěstí <input type="checkbox"/> loket <input type="checkbox"/> rameno <input type="checkbox"/> hrudník <input type="checkbox"/> vkládání předmětů do dlaní <input type="checkbox"/> celotělová vibrační stimulace (položení předmětů na matraci) <input type="checkbox"/> jiné, jaké .....	
	<b>Použité pomůcky:</b>	
	<b>Reakce pacienta:</b>	



<b>Optická stimulace</b>	<b>Způsob provedení:</b> <input type="checkbox"/> Vkládání obrázků/předmětů do zorného pole <input type="checkbox"/> Pravidelná změna tělesné polohy/polohy hlavy – změna úhlu zorného pole <input type="checkbox"/> Jiné.....
	<b>Použité pomůcky:</b> <input type="checkbox"/> Obrázky – dětské kresby <input type="checkbox"/> Fotografie <input type="checkbox"/> TV
	<b>Reakce pacienta:</b>
<b>Auditivní stimulace</b>	<b>Způsob poskytování:</b> <input type="checkbox"/> Hudba <input type="checkbox"/> Zpěv <input type="checkbox"/> Řeč: <input type="checkbox"/> Mluvené slovo <input type="checkbox"/> Čtení <input type="checkbox"/> Reprodukovaná ze záznamu
	<b>Použité pomůcky:</b> <input type="checkbox"/> MP3 přehrávač <input type="checkbox"/> Rádio <input type="checkbox"/> TV
	<b>Reakce pacienta:</b>
<b>Orální stimulace</b>	<b>Použité chuťové médium:</b>
	<b>Použité pomůcky:</b> <input type="checkbox"/> vatové štětičky <input type="checkbox"/> molitanové štětičky <input type="checkbox"/> cucací váčky
	<b>Reakce pacienta:</b>
<b>Olfaktorická stimulace</b>	<b>Použité vůně:</b>
	<b>Použité pomůcky:</b>
	<b>Reakce pacienta:</b>
<b>Taktilně – haptická stimulace</b>	<b>Použité pomůcky:</b> <input type="checkbox"/> předměty z osobního života ..... <input type="checkbox"/> předměty z pracovního života ..... <input type="checkbox"/> předměty z oblasti zájmů ..... <input type="checkbox"/> talismany <input type="checkbox"/> hračky
	<b>Reakce pacienta:</b>
<u>Sepsala:</u>	
<u>Podpis:</u>	

## D – Překladová zpráva Bazální stimulace

Identifikační údaje pacienta	<b>PŘEKLADOVÁ ZPRÁVA Bazální stimulace</b>
Datum zahájení Bazální stimulace:	
Biografická anamnéza odebrána: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	
<b>INICIÁLNÍ DOTEK</b> <u>Místo:</u> ..... <u>Oslovení:</u> .....	
<b>VYUŽÍVANÉ/PROVÁDĚNÉ PRVKY BAZÁLNÍ STIMULACE</b> <input type="checkbox"/> Somatická stimulace <input type="checkbox"/> Zklidňující stimulace <input type="checkbox"/> Povzbuzující stimulace <input type="checkbox"/> Neurofyziologická stimulace <input type="checkbox"/> Diametrální stimulace <input type="checkbox"/> Rozvíjející stimulace <input type="checkbox"/> Masáž stimulující dýchání <input type="checkbox"/> Polohování <input type="checkbox"/> Mumie <input type="checkbox"/> Hnízdo <input type="checkbox"/> Mikropolohování <input type="checkbox"/> Vestibulární stimulace <input type="checkbox"/> Polohování <input type="checkbox"/> Provádění nepatrných pohybů hlavy do stran <input type="checkbox"/> Houpací pohyby v lůžku <input type="checkbox"/> Vertikální náklony celého lůžka <input type="checkbox"/> Jiné: <input type="checkbox"/> Vibrační stimulace <input type="checkbox"/> Optická stimulace <input type="checkbox"/> Auditivní stimulace <input type="checkbox"/> Orální stimulace – použité chuťové médium: <input type="checkbox"/> Olfaktorická stimulace – použité vůně: <input type="checkbox"/> Taktilně - haptická stimulace	
<b>HODNOCENÍ CELKOVÉHO STAVU A REAKCE PACIENTA PŘI VYUŽITÍ BAZÁLNÍ STIMULACE</b>	
Datum:	Podpis:

## Příloha č. 9 – Rešerše

### Elektronické zdroje

Celkový počet dokumentů v rešerši	31
Dokumenty použité pro diplomovou práci	9

### Literární zdroje

<b>Knihy</b>	
Celkový počet knih v rešerši	12
Knihy použité pro diplomovou práci	12
<b>Články</b>	
Celkový počet článků v rešerši	18
Články použité pro diplomovou práci	4
<b>Stati</b>	
Celkový počet statí v rešerši	5
Stati použité pro diplomovou práci	2