

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE  
**3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA**

*Ústav ošetrovatelství*



**Kateřina Cejnarová**

**Integrace konceptu bazální stimulace do ošetrovatelské  
péče na ARO a JIP**

*Integration of basal stimulation into nursing care et  
intensive care units*

*Bakalářská práce*

Praha, 2012

Autor práce: Kateřina Cejnarová

Studijní program: **Ošetřovatelství**

Bakalářský studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: **Mgr. Jana Heřmanová**

Pracoviště vedoucího práce: **Ústav ošetřovatelství 3. LF**

Předpokládaný termín obhajoby:

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci vypracoval/a samostatně a použil/a výhradně uvedené citované prameny, literaturu a další odborné zdroje. Současně dávám svolení k tomu, aby má diplomová/ bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

Prohlašuji, že odevzdaná tištěná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do Studijního informačního systému – SIS 3.LF UK jsou totožné.

V Praze dne

Kateřina Cejnarová

## **Anotace**

Cílem této práce je prozkoumat integraci bazální stimulace do ošetrovatelské péče na jednotkách intenzivní péče a na anesteziologicko-resuscitačních odděleních. Předmětem práce je také to, jaký mají sestry názor na samotný koncept bazální stimulace a jeho využívání v praxi a jaké mají vzdělání v oblasti bazální stimulace.

## **Abstract**

The goal of this thesis is to evaluate integration of basic stimulation into nursing care at intensive care units. This thesis also aims to explore nursing staff opinions, experiences and education in the field of basic stimulation.

## Obsah

1 Úvod.....	1
2 Teoretická část.....	3
2.1 Pojem Bazální stimulace.....	3
2.2 Historie a současnost.....	3
2.3 Bazální stimulace a její prvky.....	5
2.3.1 Východiska bazální stimulace.....	5
2.3.1.1 Ontogenetický vývoj.....	5
2.3.1.2 Vývoj osobnosti, vnímání těla.....	6
2.3.2 Biografická anamnéza.....	8
2.3.3 Somatická stimulace.....	8
2.3.4 Druhy somatické stimulace.....	10
2.3.4.1 Zklidňující somatická stimulace.....	10
2.3.4.2 Povzbuzující somatická stimulace.....	12
2.3.4.3 Neurofyziologická stimulace.....	13
2.3.4.4 Symetrická stimulace.....	14
2.3.4.5 Stimulace rozvíjející.....	14
2.3.4.6 Diametrální stimulace.....	14
2.3.4.7 Polohování.....	15
2.3.4.8 Kontaktní dýchání.....	15
2.3.4.9 Masáž stimulující dýchání.....	15
2.3.5 Vibrační stimulace.....	15
2.3.6 Taktilně-haptická stimulace.....	16
2.3.7 Vestibulární stimulace.....	17
2.3.8 Optická stimulace.....	17
2.3.9 Auditivní stimulace.....	18
2.3.10 Orální stimulace.....	18
2.3.11 Olfaktorická stimulace.....	20
2.4 Koncept bazální stimulace v ČR.....	20
2.4.1 Pediatrické oddělení resuscitační a intenzivní péče FN sP Ostrava.....	20
2.4.2 Domov pro seniory Bechyně.....	22
2.4.3 Chirurgická JIP Městská nemocnice Ostrava.....	23
2.4.4 ARO Svitavská nemocnice a. s.....	26
2.4.5 Dům léčby bolesti s hospicem sv Josefa v Rajhradě u Brna .....	27
3 Praktická část - deskriptivní kvantitativní výzkumné šetření.....	31
3.1 Metodika výzkumu.....	31
3.1.1 Metoda výzkumu.....	31
3.1.2 Distribuce.....	31
3.1.3 Dotazovaný soubor.....	32
3.2 Cíle.....	32
3.3 Hypotézy.....	33
3.4 Výsledky anketního šetření.....	34

3.4.1 Hypotézy - vyhodnocení.....	69
3.5 Diskuze.....	71
3.5.1 Shrnutí.....	84
3.6 Závěr.....	87
3.7 Literatura.....	88
3.8 Příloha 1 - Dotazník.....	90

# 1 Úvod

Pojem bazální stimulace jsem poprvé slyšela na vysoké škole. Tento koncept mě velmi zaujal, nicméně během své školní praxe jsem se neseetkala s žádným oddělením, kde by byl koncept zaveden do praxe, ani jsem se neseetkala s žádnou sestrou, která by prvky bazální stimulace používala. Mnohokrát jsem se ale setkala s pacienty, u kterých jsem si myslela, že by bazální stimulace mohla být prospěšná.

Tato práce je rozdělena na dvě části. V první části se zabývám teoretickými východisky bazální stimulace, jejími technikami a pomocí výtahu z několika článků jsem se snažila nastínit současnou situaci využívání konceptu bazální stimulace v ČR. V druhé části práce se věnuji deskriptivnímu kvantitativnímu výzkumu, kde v úvodu uvádím některé již proběhlé výzkumy v oblasti integrace konceptu bazální stimulace do praxe. Ve zbylé části je popsán samotný výzkum a jeho výsledky. Výzkum byl proveden metodou dotazníkového šetření.

Cíle výzkumu

Cíl č. 1

Zjistit jakým způsobem je koncept bazální stimulace začleněn do praxe.

S tímto cílem souvisí otázky č. 10, 12, 13, 14, 18, 19, 21 a 22.

Cíl č. 2

Zjistit jaký mají sestry pohled na koncept bazální stimulace.

S tímto cílem souvisí otázky č. 4, 5, 11, 15, 16 a 20.

Cíl č. 3

Zjistit, zda je dostatečná informovanost o konceptu již na SŠ, VOŠ či VŠ.

S tímto cílem souvisí otázka č. 6.

Cíl č. 4

Zjistit, v jaké míře jsou sestry proškoleny v konceptu bazální stimulace.

S tímto cíle souvisí otázky č. 9, 10, 11.

Cíl č. 5

Zjistit, zda sestry vnímají používání konceptu jako dostatečné.

S tímto cíle souvisí otázka č. 17.

Cíl č. 6

Zjistit, zda by sestry chtěly využívat koncept bazální stimulace více, než jak ho momentálně využívají.

S tímto cílem souvisí otázky č. 23 a 24.



## 2 Teoretická část

### 2.1 Pojem Bazální stimulace

„Bazální stimulace je koncept, který podporuje v nejzákladnější (bazální) rovině lidské vnímání.“<sup>1</sup>

„Bazální stimulace® je vědecký pedagogicko-ošetrovatelský koncept podporující vnímání, komunikaci a pohybové schopnosti člověka. Ošetrovatelská péče nebo pedagogická praxe je v konceptu strukturovaná tak, aby byly podporovány zachovalé schopnosti (komunikační a pohybové) klienta nebo žáka. Předpokladem je také práce s autobiografií (individualitou) klienta a integrace jeho příbuzných do ošetrovatelského nebo pedagogického procesu. Koncept má vypracované rehabilitační techniky pro stimulaci vnímání tělesného schématu (somatická stimulace), vestibulární stimulaci, vibrační, taktilně-haptickou, chuťovou, optickou, auditivní a olfaktorickou stimulaci. Bazální stimulace® je integrovatelná do klinické péče (intenzivní medicína, neonatologie, následná péče) a také do neklinické praxe (domovy pro seniory, ústavy sociální péče, speciální školy, hospice a domácí péče). U klientů s nezvratnými změnami jejich tělesného a duševního stavu výrazně podporuje kvalitu jejich života.“<sup>2</sup>

### 2.2 Historie a současnost

Koncept bazální stimulace vznikl od roku 1970. Vypracoval ho německý speciální pedagog prof. dr. Andreas Fröhlich. Od roku 1970 pracoval jako doktorand na pětiletém vědeckém projektu v Rehabilitačním centru Westpflalz/Landstuhl. Pracoval s dětmi, které se narodily s mentální retardací a somatickými změnami. S těmito dětmi šlo velmi obtížně, nebo vůbec navázat verbální kontakt. Andreas Fröhlich se proto zaměřil na rozvoj senzomotorické komunikace a úspěšně s těmito dětmi navázal komunikaci. (Friedlová 2007)

Koncept bazální stimulace pro ošetrovatelství zpřístupnila zdravotní sestra prof. Christel Bienstein v 80. letech 20 století. V 90. letech začaly bazální stimulaci používat

---

1 FRIEDLOVÁ, Karolína. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, s. 19. Sestra. ISBN 978-80-247-1314-4.

2 Co je bazální stimulace?. In: *Institut Bazální stimulace* [online]. 2012 [cit. 2012-06-18].

Dostupné z: [http://www.bazalni-stimulace.cz/bazalni\\_stimulace.php](http://www.bazalni-stimulace.cz/bazalni_stimulace.php)

zdravotní sestry Nydahl a Bartoszek u pacientů v intenzivní péči. (Engerod, 2009)

Profesor A. Fröhling a profesorka Ch. Bienstein spolupracují na vědeckých projektech zabývajících se bazální stimulací. Vytvořili systém vzdělávání lektorů v oblasti konceptu bazální stimulace. Lektoři musí podstoupit čtyřsemestrální studium na vybraných vzdělávacích institucích a musí složit závěrečné zkoušky. Poté jsou nositeli licence pro výuku konceptu bazální stimulace. Mezinárodní asociace bazální stimulace tyto lektory sdružuje. (Friedlová 208)

Koncept bazální stimulace se v letech 1970-1990 nacházel ve fázi, kdy bylo nutné dokázat jeho přínos. Nyní se nachází ve fázi začleňování do praxe. Rozšiřuje se počet terapeutů, kteří s konceptem pracují. V německy mluvících zemích je množství učebnic pojednávajících o tomto konceptu použitým v různých oblastech ošetrovatelství, jako jsou například intenzivní, neonatologická nebo geriatrická péči. (Friedlová 2007)

V německy mluvících zemích je koncept bazální stimulace dobře znám a integrován. Některé nemocnice mají své vlastní lektory, kteří školí personál a působí jako supervizoři. Toto se ovšem týká převážně pouze německy mluvících zemí. Do ostatních jazyků je zatím přeloženo velmi málo a v zemích, které německy nemluví bazální stimulace tolik rozšířena není, i z důvodu velmi malého množství literatury. Například v Dánsku v roce 2006 používalo bazální stimulaci pouze 11 ICU z 50 (22%). Výzkumu se z těchto 11 oddělení zúčastnilo 10. Z toho jedna jednotka používala bazální stimulaci více jak 4 roky, 2 jednotky používaly bazální stimulaci 2-4 roky a ostatní pouze jeden rok. Na čtyřech jednotkách používalo bazální stimulaci pouze několik sester. Na třech jednotkách používaly bazální stimulaci sestry, které absolvovaly kurz. Na jedné jednotce se do poskytování bazální stimulace zapojily všechny sestry a dvou jednotkách se zapojoval veškerý personál.<sup>3</sup>

Česká republika byla poprvé informována Karolínou Friedlovou v roce 2000 pomocí článku v časopisu *Sestra*. První kurz bazální stimulace u nás proběhl na lékařské

3 EGEROD, Ingrid, Glennie Marie ALMER, Rasmus Risager THOMSEN. A descriptive study of basic stimulation in Danish ICUs in 2006. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2009, roč. 23, č. 4, s. 697-704. ISSN 02839318. DOI: 10.1111/j.1471-6712.2008.00664.x. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1471-6712.2008.00664.x>

fakultě Univerzity Palackého v roce 2003 a vedla ho také Karolína Friedlová. Absolvent kurzu dostane certifikát, který je platný v celé Evropské unii. V roce 2005 vznikl Institut Bazální stimulace ve Frýdku-Místku a ve stejném roce tam proběhla první národní konference bazální stimulace.

## **2.3 Bazální stimulace a její prvky**

### **2.3.1 Východiska bazální stimulace**

#### **2.3.1.1 Ontogenetický vývoj**

Schopnost vnímání se začíná rozvíjet v embryonální fázi. V osmém týdnu gestačního vývoje měří embryo 2,5 cm a má již vytvořené základy všech svalových skupin. V této době již reaguje na somatické podráždění pomocí svalových kontrakcí. Na počátku fetálního vývoje (začátek třetího měsíce) se objevují náznaky úchopových pohybů, plod hýbe končetinami, otevírá a zavírá ústa, otáčí hlavičkou a reaguje na podráždění. V devátém týdnu je možné zaznamenat bioelektrickou aktivitu mozku na EEG. Následně se začne vyvíjet vnímání vibrací jako například pohyb stěny děložní následkem pulzace aorty. Vestibulární podněty začíná vnímat od 16. týdne prenatálního vývoje. Díky tomu začne vnímat změny polohy matky a polohu svého těla. V pátém měsíci gestačního věku plodu lze odlišit spánek a bdění. Od začátku šestého měsíce je plod schopen vnímat bolest. Od šestého měsíce také vnímá zvuky a postupně je schopen odlišit zvuk lidského hlasu od jiných zvuků (ke konci těhotenství rozlišuje i hlas matky a jeho různá emoční zbarvení). Podněty, které se plodu dostávají, dále zpracovává a je schopen si je krátkodobě pamatovat. V posledních dvou měsících těhotenství je schopen se učit (například je schopen vytvořit podmíněné spojení mezi zvukem a dotekem). Poslední tři měsíce těhotenství plod polyká plodovou vodu. V této době má již pravděpodobně vyvinutou chuť a preferuje chuť sladké. (Langmeier, 1998, str. 21-24)

V souvislosti se somatickým vnímáním dochází k vývoji taktilně-haptického a orálního vnímání. S vývojem vestibulárního vnímání je spojen vývoj optického vnímání. S vestibulárním a somatickým vývojem vnímání je spojen vývoj vnímání proprioreceptivního. V souvislosti s vibračním vnímáním se vyvíjí auditivní vnímání.

Zprostředkování somatického vnímání probíhá pomocí kůže. Vestibulární aparát určuje polohu těla v prostoru a zaznamenává pohyb. Díky vibračnímu vnímání člověk celým tělem vnímá příchozí vibrace, chvění, zvuky. Bazální stimulace všechny tyto stupně vývoje vnímání respektuje. (Friedlová, 2007)

### **2.3.1.2 Vývoj osobnosti, vnímání těla**

Bazální stimulace pomáhá vnímat své vlastní tělo a stimuluje vnímání tělesného schématu. Následně pomáhá vnímat okolní svět. Profesor A. Fröhlich společně s Urschulou Haupt, vývojovou psycholožkou, sestavil sedm důležitých oblastí ve vývoji osobnosti člověka. Výchozím a nejdůležitějším bodem je zkušenost se svým tělem. Od tohoto bodu se odvíjí všechny ostatní oblasti. Těmi jsou motorika, kognice, komunikace, vnímání, emoce a sociální zkušenost. (Friedlová 2007; Friedlová 2012)

Všechny tyto oblasti jsou na stejné úrovni, žádná oblast není nadřazená jiné. Vývoj jednotlivých oblastí přitom závisí na všech ostatních, vyvíjejí se současně. Pomocí uvědomění si sebe sama a následného uložení tohoto vjemu do paměti vzniká identita člověka, uvědomění si svého já. Již v embryonálním stádiu dochází k vývoji vnímání těla, embryo již vnímá samo sebe. V průběhu osmého týdne gravidity dochází k vývoji prvních neuronálních spojení v mozku, pokud je embryo na těle podrážděno, dochází k reakci. Plod se v děloze aktivně pohybuje v plodové vodě. Díky této aktivitě je stimulována neuronální síť. (Friedlová 2007)

Základem pro vývoj sebeuvědomění je celistvé tělesné vnímání. Tato báze je vytvořena už v prenatální době, perinatálně se ještě více upevňuje a v době postnatální se udržuje pomocí stále stimulace. Dítě si v průběhu prvního roku života vytváří vztah k sobě samému, ke svému tělu, utváří si o sobě představu a vytváří i vztah k druhým lidem. Dítě si vytváří také tělesné schéma, které schematicky znázorňuje naše tělo a to nám umožňuje uvědomovat si sama sebe jako člověka. V konceptu bazální stimulace se vnímání těla rozlišuje třemi různými pojmy: vnímání těla, tělesné schéma a tělesný obraz. (Friedlová 2007)

Na výklad pojmů tělesné schéma a tělesný obraz je mnoho názorů a tyto pojmy jsou vykládány různě. Mave Salter vykládá, že tělesné schéma je představa o vlastním

těle jako o objektu v prostoru, kdežto tělesný obraz je uvědomění si polohy těla ve vztahu k okolnímu prostředí, uvědomění si pozice svých končetin a působení těla na okolní předměty. B. Gamma-Waltz a A. Maag mají podobný pohled na tělesný obraz, popisují ho jako spojení těla s CNS a vnímáním. Fröhlich definoval, že tělesný obraz je osobní formou tělesného schématu. Tělesný obraz se podle něj mění velice pomalu. Na utváření tělesného obrazu má vliv velikost těla, poměry velikostí jednotlivých částí těla, vlastnosti, barva kůže a podobě. (Friedlová 2007)

Oliver Saks stanovil tři podmínky nutné k tomu, aby člověk mohl vnímat tělesný obraz, a to vizuální kontrolu vnímaného, vestibulární vnímání a sensorické vnímání. Při různých onemocněních může dojít k selhání jedné nebo více forem vnímání a potom dochází ke změně vnímání tělesného obrazu. V mozku je vjem tělesného schématu nadřazen vjemu tělesného obrazu. Pokud tedy dojde k poruše tělesného schématu, dochází také k poruše tělesného obrazu. Tělesný obraz je způsob vnímání sebe sama a stále se mění a přizpůsobuje. Pro udržení tělesného obrazu je potřebná neustálá výměna informací s okolním světem. Tato stálá výměna informací pomáhá navazování vztahu k okolí a pomocí vztahu k okolí se vyvíjí vnímání sebe sama. Podle Fröhliche se děti rodí s vnímáním tělesného schématu hlava, tělo, ruce, nohy. Lidé, kteří jsou po CMP, děti po dětské mozkové obrně nebo lidé s jinými neurologickými postiženími mají změny ve vnímání tělesného schématu. Pokud například z důvodu ochrnutí nevnímají svoji končetinu, nemají celistvý vjem tělesného schématu. (Friedlová 2007)

Člověk při svém vývoji nabývá sensorické zkušenosti již v prenatálním období. Vibrační, vestibulární a somatické vnímání poskytují plodu informace o sobě samém, o hranicích vlastního těla. Pokud se člověk nemůže pohybovat a musí trávit většinu času na lůžku, dostává jen velice málo podnětů ze svého vlastního těla. Přichází o orientaci na svém těle a v okolí, špatně určuje hranice svého těla. Tato situace vede ke snižování schopnosti vnímat sebe sama a následně k pocitům strachu a nejistoty. (Friedlová 2007)

Pro vnímání tělesného schématu a těla je důležitá také vizuální kontrola. Proto se v konceptu bazální stimulace využívá zrcadlová terapie a celkově se klade důraz na kontrolu zrakem při stimulování různých částí těla. (Friedlová 2007)

V konceptu bazální stimulace se podporuje vnímání tělesného schématu,

somatické vnímání, vnímání hranic těla. Do somatické stimulace se také řadí paměťová pohybová schémata. Jedná se o opakování úkonů, které podporují plasticitu mozku. Při stimulaci tělesného schématu se postupuje současně na na obou stranách těla, aby se podporovalo symetrické vnímání těla. (Friedlová 2007)

### 2.3.2 Biografická anamnéza

Důležitým prvkem bazální stimulace je biografická anamnéza. Při mnoha technikách bazální stimulace je velmi důležité vědět, co pacient měl nebo neměl rád. Abychom mohli poskytnout holistickou a individualizovanou péči, je nutné znát podrobnosti o osobním životě pacienta. Získat tyto informace nemusí být vždy jednoduché, nejčastěji je získáváme od pacientových příbuzných a přátel.

V biografické anamnéze zjišťujeme poměrně do detailů informace o pacientově životě.

Pacient se při hospitalizaci nachází v jemu neznámém prostředí. Nemá tam své věci, nezná velkou část vybavení místnosti, kde se nachází, nedokáže se v okolí dobře orientovat. Pokud se nám podaří dobře odebrat biografickou anamnézu a využijeme ji k poskytování individuální péče, může to pacientovi usnadnit orientaci v probíhajících situacích i v okolí. Pokud při hygieně pacienta použijeme jeho oblíbené mýdlo, nebo pěnu na holení, bude tyto pomůcky olfaktoricky vnímat a pozná pro něj charakteristickou vůni, bude se tím stimulovat i jeho paměťová stopa a on se bude v situaci lépe orientovat.

Používáním pacientových osobních předmětů tedy umocňujeme stimulaci a umožňujeme mu lepší vnímání situace, stimulujeme jeho paměťové stopy a ulehčujeme mu pobyt v nemocnici. (Klimčíková, 2008)

### 2.3.3 Somatická stimulace

Vjemy z povrchu těla, které získáváme pomocí kůže, se nazývají somatické vnímání. Se somatickým vnímáním je úzce spojeno vnímání proprioreceptivní, které vnímáme díky svalům a kloubům. S těmito dvěma dále souvisí vnímání kinestetické.

Kůže obsahuje mechanoreceptory mezi které patří:

- vřetenovitá Ruffiniho tělíška, které reagují na tlak
- Merkelovy disky, které reagují na tlak a rychlost změny tlaku
- Meissnerovy tělíška, která reagují na tlakové změny (dotyky, vibrace), tato tělíška se nacházejí pouze v neochlupené kůži, v ochlupené kůži tuto vlastnost přebírají receptory vlasových folikulů reagující na změnu úhlu chlupu v kůži
- Vater-Paciniho tělíška reagují na změny rychlosti tlakových změn (vibrace)

Kromě mechanoreceptorů se v kůži nachází také termoreceptory:

- chladové receptory jsou citlivé pro teploty pod 36 °C
- tepelné receptory jsou citlivé pro teploty nad 36 °C

Proprioreceptory se nachází ve svalech:

- svalová vřeténka registrují pohyb a postavení kloubů a slouží k regulaci délky svalu
- Golgiho šlachová tělíška jsou drážděna kontrakcí již malého množství motorických jednotek, slouží k regulaci svalového napětí (Silbernagl, 2004)

Somatická stimulace pomáhá především vybudovat stabilní tělesnou identitu. Správný typ somatické stimulace je volen podle potřeb klienta a podle jeho stavu. Přihlíží se ke klientově schopnosti vnímání, lokomoce a komunikace. (Bazální stimulace prospívá pacientům i zdravotníkům, 2006)

V poskytování somatické stimulace je zásadní dotek. Kvalita poskytované somatické péče je tedy závislá na kvalitě doteku. Koncept bazální stimulace poskytuje možnost pomocí doteků terapeuticky působit a komunikovat s pacientem v oblastech polohování, somatické stimulaci tělesného schématu, podpory a stimulace dýchání a v pomoci při pohybu a úpravě polohy. U doteků je důležité věnovat pozornost intenzitě doteku, oblasti doteku a kvalitě doteku. Nečekané doteky pro pacienta se zhoršeným vnímáním mohou působit pocity nejistoty a neschopnosti orientovat se v probíhající situaci. Mezi předpoklady kvalitního doteku patří klid, vyvinutá síla a tlak,

způsob a význam doteku, rytmus a návaznost doteků. Jisté a promyšlené doteky poskytují pacientovi možnost orientace a jistotu. (Friedlová, 2007)

Velmi prospěšné je v rámci celého týmu domluvit iniciální dotek. Nečekané letmé doteky mohou pacienta lekat. Když děláme u pacienta při vědomí nějaký výkon, přijdeme k němu a slovně ho informujeme co se bude dít. U pacienta se sníženým stupněm vnímání bychom také měli dát najevo naši přítomnost. Tuto informaci lze poskytnout pomocí cíleného iniciálního doteku. Iniciální dotek musí být zanesen do dokumentace a musí ho provádět všichni, kdo k pacientovi přistupují. Jednoduchou možností, jak upozornit všechny příchozí, je umístit k lůžku pacienta cedulku s nápisem, aby pacienta vždy před a po každé činnosti uchopili například za levé rameno. (Uhlířová, 2009)

## 2.3.4 Druhy somatické stimulace

### 2.3.4.1 Zklidňující somatická stimulace

Somatickou zklidňující stimulaci je možné provádět v rámci hygieny pacienta, ale i kdykoli jindy během dne. Ke zklidňující somatické stimulaci formou koupele se používá voda o teplotě 37-40 °C a ideálně dvě žínky, pokud ji neprovádíme v rámci hygieny, použijeme pouze ruce přes oblečení pacienta, přímo na tělo suché žínky, froté ponožky nebo ruce a masážní olej. (Uhlířová, 2009)

Somatickou zklidňující stimulaci můžeme použít z několika důvodů. Můžeme stimulovat pacientovo vnímání tělesného schématu, navodit u pacienta celkové tělesné uvolnění, zklidnit ho při stavech zmatenosti nebo při neklidu. Zklidňující somatická stimulace se často používá u pacientů se změnou v mentální oblasti s cílem stimulování tělesného schématu, podpory poznávání vlastního těla a učení se vnímání, nebo s cílem navázat s pacientem kontakt. Dále se používá u pacientů se somatickým postižením jako podpora hybnosti a stimulace jejich vlastní aktivity. Využívá se u pacientů v kómatech a vigilních kómatech ve snaze stabilizovat a stimulovat jejich vnímání tělesného schématu. Samozřejmě se tato stimulace používá u neklidných pacientů, u pacientů úzkostných, při zvýšeném svalovém napětí i v dalších případech, kdy terapeut vyhodnotí zklidňující somatickou stimulaci za přínosnou v dané situaci. (Friedlová,



2007)

Před začátkem zklidňující somatické stimulace, je nutné pacienta informovat o našem záměru verbálně, případně ve spojení s iniciálním dotekem. (Syřenová, 2009)

U zklidňující stimulace se postupuje po směru chlupu. Každý chlup má u svého kořene nervovou pletěň registrující jeho pohyb a vysílající informaci o pohybu do mozku. Pohyb po směru chlupu působí zklidňujícím dojmem. (Uhlířová, 2009)

Při poskytování zklidňující stimulace dodržujeme následující zásady. U pacientů, kteří nejsou rozrušení, můžeme začít se stimulací v oblasti obličeje. Pro pacienty, kteří se bojí nebo jsou jinak rozrušení, to však není vhodné, protože obličej je intimní oblast. Při stimulaci zařazené v hygieně je možné vynechat umytí obličeje a genitálií v rámci stimulace úplně a umýt je až v jinou dobu dne mimo celkovou koupel. Je vhodné vyvarovat se rušivých elementů a během stimulace od pacienta neodcházet a nekomunikovat se třetí osobou. Při provádění zklidňující somatické stimulace by v místnosti měla být příjemná teplota. Stimulace by měla být prováděna jednou osobou, druhá osoba může případně pomáhat při manipulaci s pacientem. Při stimulaci pracujeme oběma rukama a po celou dobu stimulace je vhodné nepřerušovat kontakt s pacientem, tedy mít neustále jednu ruku na těle pacienta pro dostatečnou plynulost a návaznost doteků. Po celou dobu činnosti pacienta slovně informuje o tom, co se děje a co bude následovat. Také nezapomeneme sledovat reakce pacienta na poskytovanou stimulaci, pokud pacient reaguje negativně, stimulaci přeručíme. (Syřenová, 2009)

Pokud začínáme zklidňující somatickou stimulaci na obličeji, stimulujeme jej symetricky po obou stranách obvodu obličeje. Poté přejdeme na hrudník, který je stimulován od středu k okrajům a stálým přiměřeným tlakem zvýrazňujeme jeho hranice. Po stimulaci hrudníku přejdeme ke stimulaci horních končetin, které jsou stimulovány opět ve směru chlupů. Dolní končetiny jsou stimulovány stejným způsobem jako horní končetiny. Záda jsou stimulována směrem od páteře k zevní straně trupu a mírným tlakem zvýrazňujeme hranice trupu. Pokud je zklidňující somatická stimulace začleněna do koupele, osoušení probíhá stejným pohybem jako mytí s přiměřeným tlakem. Po dokončení hygieny nezapomeneme na iniciální dotek (pokud je u pacienta využíván), přikryjeme ho a necháme odpočívat. (Friedlová, 2007)

Zklidňující somatická stimulace může být buď aplikována pouze na část těla, nebo může být kombinována s dalšími technikami. Tuto stimulaci může provádět také rodinný příslušník nebo jiná blízká osoba pacienta. (Friedlová, 2007)

#### **2.3.4.2 Povzbuzující somatická stimulace**

Stejně jako zklidňující somatickou stimulaci je možné i povzbuzující somatickou stimulaci zařadit do hygieny pacienta, nebo kdykoli jindy během dne. Povzbuzující somatická stimulace se provádí při koupeli s vodou ideálně 23-28 °C ale je možné ji provádět také přes oblečení, nebo pomocí masážních olejů. (Uhlířová, 2009)

Povzbuzující somatickou stimulaci volíme v případě, že chceme stimulovat vnímání tělesného schématu, zvýšit vnímání, pozornost a aktivitu pacienta. Dále ji volíme pokud chceme zvýšit pacientův svalový tonus, zvýšit jeho srdeční frekvenci a krevní tlak. Povzbuzující somatickou stimulaci je vhodné zařadit jako přípravu před terapií fyzioterapeuta a ergoterapeuta. Je také vhodná vhodně zařadit u pacientů se změnou v mentální oblasti s cílem stimulování tělesného schématu a podpoře v učení a poznávání vnímání vlastního těla. Povzbuzující somatickou stimulaci je vhodné využívat u pacientů v kómatu, ve vigilním kómatu, v soporu a v somnolentních stavech. Dále je vhodné ji využívat u depresivních pacientů nebo u pacientů apatických, u pacientů, kteří mají snížený svalový tonus, bradykardii. Povzbuzující somatická stimulace je nevhodná u neklidných, zmatených pacientů, u pacientů se zvýšeným intrakraniálním tlakem a krvácením do mozku. (Friedlová, 2007)

Zásady provádění povzbuzující stimulace platí stejně jako při provádění zklidňující stimulace. Zvláštní pozornost je nutno věnovat hodnotám krevního tlaku, protože povzbuzující stimulace může zvýšit systolický tlak o 10-20 mm Hg. (Syřenová, 2009)

Před zahájením povzbuzující somatické stimulace pacienta informujeme o našem záměru. Kromě verbálního sdělení může být součástí této informace i iniciální dotek, pokud je u pacienta používán. Povzbuzující somatická stimulace je na rozdíl od somatické zklidňující stimulace prováděna proti směru růstu chlupů. Pokud to stav pacienta dovoluje, začneme na obličeji, pokud to u pacienta není vhodné zařadíme

stimulaci obličeje na konec. U povzbuzující stimulace postupujeme stejně jako u zklidňující s tím rozdílem, že pohyb rukou po těle pacienta jde proti směru chlupů. (Syřenová, 2009)

Každý náš úkon slovně doprovázíme a informujeme pacienta o tom, co se děje a co bude nadcházet.

Povzbuzující somatická stimulace může být aplikována pouze na část těla, nebo může být kombinována s dalšími technikami. Tuto stimulaci může provádět také rodinný příslušník nebo jiná blízká osoba pacienta. (Friedlová, 2007)

#### ***2.3.4.3 Neurofyziologická stimulace***

Díky cílené motorice jsme schopni vědomých pohybů. Je spjata s opěrnou motorikou, která má za úkol udržet vzpřímenou polohu těla a rovnováhu. Pro správnou funkci cílené i opěrné motoriky je nutný neustálý příjem vjemů z periferie. Úmyslný pohyb se skládá z několika fází: rozhodnutí, programování (využívaná naučené pohyby), povel k pohybu a provedení pohybu. (Silbernagl, 2004)

Neurofyziologická stimulace vychází z poznatků konceptu Bobathových.

Neurofyziologická stimulace je zaměřená na stimulaci pacientů, kteří mají omezenou hybnost v jedné polovině těla, nebo v některých oblastech jedné poloviny těla. Tato stimulace vnímání postižené poloviny těla předchází její aktivizaci. Nutností pro neurofyziologickou stimulaci je schopnost vnímat zdravou polovinu těla. Velký význam u neurofyziologické stimulace hraje vizuální kontrola. Musíme pacientovi umožnit vizuální kontrolu, nejvhodnější je proto stimulace pacienta v sedě a pokud pacient používá pomůcky ke korekci zraku, nezapomeneme na ně. Vhodné je i použití zrcadla, tak může pacient kontrolovat i svůj trup a obličej. (Friedlová, 2007)

Neurofyziologická stimulace je nejvíce vhodná pro pacienty s hemiplegií. Dále ji volíme u pacientů po cévní mozkové příhodě s plegií nebo parézou, u pacientů po kraniocerebrálních traumatech s následnou poruchou hybnosti. Vhodná je také u dětí s mozkovou obrnou, psychomotorickou retardací nebo u dětí, které mají vrozené vady pohybového aparátu. (Syřenová, 2009)

Neurofyziologická stimulace podporuje paměťové dráhy uložených vzpomínek a stimuluje mozkové regiony tak, aby si pacient mohl uvědomit svoji postiženou část těla. Při neurofyziologické stimulaci pacienta vyzveme, aby si uvědomoval svoji zdravou část těla. Stojíme vždy u postižené části těla, kterou stimulujeme za současné optické kontroly pacientem, dostatečně zdůrazňujeme střední část těla. Nejprve je stimulována zdravá polovina těla, poté je stimulována postižená strana těla. Obličej je stimulován na závěr. Po neurofyziologické stimulaci necháme pacienta odpočinout. (Syřenová, 2009)

#### ***2.3.4.4 Symetrická stimulace***

Symetrická stimulace se volí u pacientů, u kterých chceme podpořit obnovení rovnováhy na symetrického vnímání tělesného schématu. Terapeut stimuluje obě poloviny těla současně (například obě dolní končetiny najednou). (Klimčíková, 2008)

#### ***2.3.4.5 Stimulace rozvíjející***

Tato stimulace se volí u pacientů, u kterých je potřeba upevňovat nebo ještě více rozvíjet vnímání tělesného schématu. Vhodná je u novorozenců, dětí do 4 let, u pacientů ve vigilním kómatu. U dlouho imobilních pacientů dochází k narušení vnímání tělesného schématu a jejich vnímání, stejně jako vnímání malých dětí, je nejvíce soustředěno na střed těla. Proto se při stimulaci nejvíce zaměříme na střed těla. (Friedlová, 2007)

#### ***2.3.4.6 Diametrální stimulace***

Diametrální stimulace se volí u pacientů, kteří mají zvýšený svalový tonus, svalové kontraktury. Tato stimulace uvolňuje svalové kontraktury, používáme ji u již vzniklých kontraktur, nebo u pacientů, u kterých je předpokládáno, že kontraktury vzniknou (kloub se nepohybuje). Diametrální stimulaci je možné poskytnout ve formě koupele (může být pouze částečná), při které se použije voda o teplotě 38-40 °C. Pokud použijeme diametrální stimulaci pouze na jedné straně těla, je vhodné dodržet tělesnou symetrii a na druhé straně těla v témže místě provést stimulaci také (například zklidňující stimulaci). (Syřenová, 2009)

#### **2.3.4.7 Polohování**

Při dlouhodobém upoutání na lůžko ztrácí pacient pojem o hranicích svého těla. To se ještě zhoršuje, pokud je umístěn na měkkých antidekubitních matracích, nebo v případě že je pacient zmatený a dezorientovaný. Díky polohování v konceptu bazální stimulace pacientovi umožňujeme vnímání tělesných hranic a tudíž lepší vnímání jeho tělesného schématu. Samotným polohováním poskytujeme stimulaci somatickou, vestibulární (změna polohy) a auditivní (jiné zorné pole v leže na zádech a na bocích). Kromě obvyklých důvodů k polohování (předcházení dekubitů, vzniku pneumonie, apod. ) sledujeme také neurologické cíle. Mezi tyto cíle patří například poskytnutí orientace a informací o hranicích těla a obecně o jeho těle. Další cílem je umožnit vnímání tělesné symetrie, stimulace tělesného schématu. (Friedlová, 2007)

Při polohování je nutné přihlížet k pocitu komfortu pacienta a k jeho rituálům (například oblíbený polštář, určitý způsob přikrývání, či specifická poloha při usínání). (Syřenová, 2009)

V konceptu bazální stimulace se využívá poloha hnízdo, mumie nebo polohování v rámci canisterapie nebo pomocí těla blízké osoby. (Friedlová, 2007)

#### **2.3.4.8 Kontaktní dýchání**

Při kontaktním dýchání má terapeut položeny ruce na hrudníku pacienta a rukama doprovází jeho dechové pohyby. Kromě rukou terapeuta může mít pacient na hrudník položeny i své vlastní ruce. Kontaktní dýchání může být poskytováno také kontaktem hrudníku na hrudník a užívá se hlavně u menších dětí. (Uhlířová, 2009)

#### **2.3.4.9 Masáž stimulující dýchání**

Tato masáž je prováděna po dobu 3-5 minut nejlépe v oblasti zad, pokud to není možné, je prováděna na ventrální části hrudníku. Je prováděna kontinuálním rytmickým tlakem obou rukou terapeuta na zvolenou část těla pacienta. (Friedlová, 2007)

### **2.3.5 Vibrační stimulace**

V dermis se nacházejí Vater- Paciniho tělíška, ve svalech a šlachách se nachází proprioreceptory. Vibrační stimulace působí na tyto receptory a pacientovi umožňuje

intenzivní vjemy z vlastního těla. Vibrační stimulace se volí zejména u pacientů ve vilglním kómatu a u pacientů s mentální retardací. K vibrační stimulaci je možno použít pouze ruce terapeuta, nebo různé pomůcky jako vibrátory, vibrující hračky, vibrující křesla, hudební nástroje apod. Vibrační stimulaci je možno poskytovat lokálně v okolí kloubů, do dlaně nebo celkově na vibračních křeslech, nebo pomocí vibrujícího předmětu položeného na matraci, na které pacient leží. (Silbernagl, 2004)

Vibrační stimulace není vhodná při krvácivých stavech, varixech a při porušení integrity kůže. (Friedlová, 2007)

Trilogie je situace, kdy terapeut nebo blízká osoba pacienta současně stimulují somaticky, vibračně a vestibulárně. (Friedlová, 2007)

### 2.3.6 Taktilně-haptická stimulace

Hmat je důležitým smyslem pro vnímání našeho okolí. Díky němu vnímáme tvar, uspořádání a prostor. Nejvíce receptorů se nachází na špičkách prstů.

Při taktilně-haptické stimulaci je využíván hmat pacienta. Do jeho rukou jsou vkládány jeho oblíbené, nebo často používané předměty. Předměty se mohou vztahovat k probíhající situaci. Pacientovi osobní předměty mohou stimulovat jeho paměťové stopy, zlepšovat orientaci v probíhající situaci a aktivovat činnost ruky a tím i zlepšit vnímání pomocí hmatu. (Syřenová, 2009)

Někteří pacienti mohou být neklidní, mohou mít neustále aktivní ruce (žmoulají deku, odkrývají se, sahají si na katetry a jiné invazivní vstupy, svlékají se, ohmatávají postranice apod.). Tyto projevy jsou podle konceptu bazální stimulace projevem nedostatku taktilně-haptické stimulace. Pacient sice nahmatá předměty ve svém okolí, ale řadu z nich není schopen identifikovat (invazivní vstupy, katetry apod.), což se projevuje neklidem, strachem a pocitem nejistoty. Tím, že pacientovi poskytneme možnost hmatově vnímat předměty, které zná a je schopen je identifikovat, poskytujeme mu pocit bezpečí a lepší orientaci v probíhající situaci. (Friedlová, 2007)

Taktilně-haptickou stimulaci je možné poskytovat také asistovaně v případě, že pacient není schopen úchopu a pohybu prsty. Tuto stimulaci mohou provádět také blízcí

příbuzní a je možné ji kombinovat s jinými druhy stimulace.

### 2.3.7 Vestibulární stimulace

Když otočíme hlavu, vznikne v polokruhovitých kanálcích, z důvodu setrvačnosti endolymfy, rozdíl tlaku. Následkem rozdílu tlaku je podráždění, díky kterému vnímáme úhlová zrychlení. (Silbernagl, 2004)

Díky vestibulárnímu vnímání registrujeme naši polohu a pohyb v prostoru, vestibulární aparát má na starost orientaci v prostoru, koordinaci pohybů a rovnováhu. Při dlouhodobém upoutání na lůžko mají pacienti minimum vjemů, které by vestibulární aparát stimulovaly. Při takové situaci může docházet k závratím, pacient ztrácí schopnost orientace o poloze vlastního těla, může mít bolesti hlavy a zvýšené svalové napětí. Díky vestibulární stimulaci poskytujeme pacientovi informace o jeho těle a postavení v prostoru, připravujeme ho na pohyb jeho těla, zmenšujeme závratě. (Friedlová, 2007)

Vestibulární stimulaci je možno provádět například tak, že před samotnou změnou polohy jeho těla uvedeme hlavu do směru, kam tělo následovně otočíme. Další možnosti jsou drobné pohyby pacientovi hlavy ze strany na stranu. Vestibulární stimulaci je také možno provádět v závěsných vacích. (Syřenová, 2009)

### 2.3.8 Optická stimulace

Zrak je velmi důležitý smysl, který nám poskytuje mnoho informací o našem okolí. Lidské oko obsahuje dva typy fotoreceptorů. Černobílé vidění umožňují tyčinky, kterých je asi 120 milionů. Barevné vidění umožňují čípky, kterých je 6-7 milionů. Lidské oko je citlivé na paprsky, které mají vlnovou délku v rozsahu 700-400 nm (700-650 nm odpovídá červené, 400-420 nm odpovídá fialové). Pro vjem bílého světla jsou potřeba všechny barvy viditelného spektra. Celková optická mohutnost oka je +60 dioptrií. (Silbernagl, 2004; Naňka, 2009)

Při dlouhodobém upoutání na lůžko má pacient omezené optické vjemy, které jsou pro něho velmi důležité. Každá malá změna polohy a tedy i zorného pole má proto velký význam. Optický vjem také hraje velkou roli při orientaci v prostoru. Pokud se

pacient nachází v prostředí, které nezná a i předměty v tomto prostředí jsou pro něj neznámé, může to vzbuzovat pocity nejistoty a strachu. Tyto pocity lze odstranit tak, že do zorného pole pacienta zakomponujeme pacientovy předměty, čímž zároveň stimuluje i jeho paměťové stopy. Vhodné je přidat také hodiny pro lepší orientaci v čase. U pacientů, kteří se po delší době probudili z kómatu nebo mají poruchy zraku volíme spíše jednodušší obrazy a základní barvy nebo pouze černou a bílou. Pokud pacient používá pomůcky ke korekci zraku, nesmíme na ně zapomenout. (Friedlová, 2007)

Důležité je pozorování reakce pacienta, některé předměty nebo obrazy mohou vyvolat negativní asociace a nejsou pro pacienta vhodné.

### 2.3.9 Auditivní stimulace

Člověk dokáže slyšet zvuk o frekvenci 16 - 20 000 Hz. Se zvyšujícím se věkem se horní hranice slyšitelného zvuku snižuje (horní hranice může klesnout až na hodnotu 5000 Hz). Lidský hlas má frekvenci přibližně od 200 – 800 Hz. (Silbernagl, 2004)

Díky auditivní stimulaci umožňujeme pacientovi lepší orientaci, podporujeme aktivitu paměťových stop a podporujeme ho ve vzpomínání. Umožňujeme mu učit se novým slovům, učit se řeči. Pomocí auditivní stimulace s pacientem navazujeme kontakt.

K auditivní stimulaci můžeme použít vlastní hlas, hudební nástroje nebo reprodukovanou hudbu a slova.

Pokud pacient neslyší, nebo nerozumí řeči (může být i cizinec, který neovládá daný jazyk) terapeut používá pro komunikaci obrazové karty, na kterých jsou vyobrazeny různé situace a předměty. (Friedlová, 2007)

### 2.3.10 Orální stimulace

Ústa tvoří začátek trávicí soustavy. V ústech dochází k rozmělnění potravy a ke smíchání potravy se slinami, které obsahují trávicí enzymy. Jazyk slouží k rozmělnění, posunu potravy a k tvorbě řeči. Obsahuje chuťové receptory, které jsou rozmístěné v chuťových pohárcích, díky těmto receptorům můžeme vnímat chutě. Tyto



receptory se kromě jazyka nachází také v měkkém patře a v hltanu. Člověk má přibližně 5000 chuťových pohárku a v každém pohárku je 50-100 smyslových buněk. Rozlišujeme sladkou, slanou, kyselou a hořkou chuť a receptory pro tyto chutě jsou nepravidelně rozmístěny po celém jazyku. Význam chuti je kromě příjemných vjemů také v kontrole potravy. Hořká chuť má nízký práh, může být varováním před otravou. Chuťový vjem také spouští sekreci slin a žaludeční šťávy. (Silbernagl, 2004)

Ústa hrají v životě člověka významnou roli. Díky ústům může přijímat potravu a vnímat její chuť, může komunikovat s okolím a vyjadřovat své pocity a potřeby. Prostřednictvím úst člověk dostává mnoho podnětů.

Pomocí orální stimulace, především stimulací chutě jídly nebo nápoji, které měl pacient rád, lze výrazně pozitivně stimulovat vnímání pacienta. Při orální stimulaci lze stimulovat také paměťové stopy, pokud je ke stimulaci využita pacientova oblíbená chuť.

Pokud pacient nespolupracuje při otevírání úst, zapojíme také olfaktorickou stimulaci (olfaktorické vnímání je s orálním vnímáním úzce spojeno), stimulaci rtů nebo stimulaci slinných žláz. Zásadní je nesnažit se do úst vniknout násilím, ale pomocí jiných druhů stimulace dosáhnout uvolnění svalové tonu v okolí úst a spolupráce pacienta. Násilné vniknutí do úst může být pro pacienta silně negativní zážitek a při další péči o dutinu ústní by se více bránil. Pro péči o dutinu ústní i pro orální stimulaci je vhodné volit molitanové štětičky. Dobře se s nimi čistí ústa a jsou schopné pojmout chuťové médium ve větším množství než třeba tampon či vatová štětička. Další možnosti orální stimulace jsou cucací váčky. (Friedlová, 2007)

Při poskytování orální stimulace je důležité ujasnit faktory, které ji ovlivňují. Je důležité vědět, v jakém stavu je jazyk a sliznice pacienta, zda je sliznice celistvá nebo poraněná. Zda jsou rty a koutky celistvé, nebo zda jsou na nich puchýře či poranění. Zda má pacient zvýšené svalové napětí v oblasti úst, zda ústa na výzvu otevře a zavře. Je důležité si ujasnit, v jakém stavu je chrup pacienta, zda nosí zubní protézu a jakou. Jaké má nebo nemá rád chutě a jak pečoval o svou dutinu ústní a rty. Také je důležité vědět, zda pacient může polykat, zda nemá porušené vnímání vůně a zda je schopen vnímat zrakem. Všechny tyto vědomosti umožní kvalitní orální stimulaci. (Friedlová,

2007)

Pro orální stimulaci je zásadní, aby byly prožitky pacienta příjemné.

### 2.3.11 Olfaktorická stimulace

Regio olfactoria obsahuje  $10^7$  smyslových buněk, které jsou citlivé na pachové látky. Pachová látka se dostane vzduchem do regio olfactoria, kde se musí rozpustit v hlenu, aby mohla působit na receptory pachu. Člověk má přibližně 200-400 typů receptorů pro vnímání pachu. (Silbernagl, 2004)

Pro vybavení paměťové stopy je olfaktorické vnímání velmi důležité. Člověk má mnoho vzpomínek svázaných s určitou vůní. Kromě toho je olfaktorické vnímání velmi blízce svázané i s vnímáním orálním.

Při olfaktorické stimulaci je důležité si předem zjistit, jaké vůně byly pacientovi nepříjemné, jaké vůně měl velmi rád. Olfaktorická stimulace se neposkytuje kontinuálně z důvodu přivyknutí pacienta na vůni, a tedy sníženého efektu stimulace. Opět platí, že před zahájením olfaktorické stimulace verbálně nebo ve spojení s iniciálním dotekem pacienta informujeme o nadcházející činnosti. Při olfaktorické stimulaci s použitím vůní pacientovi známých můžeme aktivovat paměťové stopy. Můžeme mu také poskytnout možnost lépe se orientovat v dané situaci. Pokud pacient ucítí vůni své oblíbené pěny na holení, aktivuje se paměťová stopa a on se v situaci lépe zorientuje, pomocí asociace s určitou činností, v tomto případě s holením.

## 2.4 Koncept bazální stimulace v ČR

O konceptu bazální stimulace v České republice vyšlo několik článků. Většina článků jsou kazuistiky, ve kterých je demonstrováno, jak je bazální stimulace využívána u konkrétního pacienta. Lze najít i několik článků o využívání konceptu v praxi a o zkušenostech sester s tímto konceptem. Některé názory a zkušenosti bych zde ráda zmínila.

### 2.4.1 Pediatrické oddělení resuscitační a intenzivní péče FNsP Ostrava

Na Pediatrickém oddělení resuscitační a intenzivní péče Fakultní nemocnice

s poliklinikou Ostrava-Poruba mají s bazální stimulací velmi dobré zkušenosti. Možná i díky vlivu konceptu bazální stimulace vypadá toto oddělení jinak, než mnohá další resuscitační oddělení. Mají barevně vymalováno, na stěnách visí množství obrazů a ozdob. Už jen tento fakt působí příznivě jak na pacienta tak na jeho rodinu.

„Na oddělení, kde je rozšířen koncept bazální stimulace, se snažíme smyslově i mimosmyslově (barvy, prostředí) působit nejen na pacienty, ale i na jejich příbuzné. Další zvláštnosti oddělení užívajících koncept bazální stimulace mohou rodiče vnímat při rozhovoru s ošetřujícím personálem. Sestra s rodiči rozmlouvá o životě zraněného dítěte, jeho návycích, zlozvycích, zvyklostech a handicapech. Na chvíli se spolu s nimi přenesou do centra rodiny, do doby, kdy dítě bylo zdravé a spokojené. Rodiče se rozhovoří, vzpomínají na vše, a tím poskytují cenné informace. Společně se sestrou vyplní tzv. autobiografickou anamnézu nemocného, která bude v další léčbě cenným pomocníkem a průvodcem. Právě zde začíná okamžik, kdy se rodiče připravují na spolupráci.“<sup>4</sup>

Pro sestru je zjišťování těchto informací náročným momentem péče. Kromě profesionality totiž přichází na řadu především lidskost.

„Bazální stimulace je do určité míry založena na znalostech konceptu, ale v nemalé míře je zde zastoupena lidskost - lidský přístup a pochopení. Ošetřovatelka proškolená kurzem bazální stimulace může prospět rodině a nemocnému více, než stejně proškolená zdravotní sestra, která však postrádá špetku lidskosti. Chci poukázat na skutečnost, že koncept bazální stimulace není založen na výši vzdělání, ale na empatii (schopnosti vcítit se) každého zdravotníka.“<sup>5</sup>

V konceptu bazální stimulace je důležitá spolupráce s rodinou. Rodiče jsou vyzváni k aktivnímu podílení na péči o dítě. Předčítají mu, pouští oblíbenou hudbu, mohou k němu vlézt do postele, objímat ho a hladit. Zkrátka mohou dělat vše, co mělo dítě rádo a na co bylo zvyklé.

Mnoho zdravotníků přistupuje ke konceptu bazální stimulace s výsměchem a pohrdáním.

„Někteří prohlašují, že termín alternativní medicína a techniky s ní spojené

---

4WOLFFOVÁ, Věra. Bazální stimulace - pohled do zákulisí. *Sestra*. 2006, č. 6. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/bazalni-stimulace-pohled-ze-zakulisi-276178>

5WOLFFOVÁ, Věra. Bazální stimulace - pohled do zákulisí. *Sestra*. 2006, č. 6. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/bazalni-stimulace-pohled-ze-zakulisi-276178>

jsou nesmyslné. Tyto názory jsou pouze výrazem nepochopení a nepřijetí významu ve vývoji holistického nazírání na nemoc a uzdravení člověka.

Hlavní myšlenkou oddělení, kde se užívá koncept bazální stimulace, je přítomnost rodiny u lůžka nemocného. Rodiče mohou u svého těžce zraněného dítěte strávit neomezeně dlouhou dobu a jsou plně začleněni do ošetrovatelské péče. V dřívějších dobách tomu bylo naopak -rodina se na resuscitační pracoviště nedostala, a pokud ano, tak časově velmi omezeně.“<sup>6</sup>

## 2.4.2 Domov pro seniory Bechyně

Pozitivní zkušenosti mají také v Domově pro seniory v Bechyni.

„Při první zmínce o BS jsme nevěděli, co si pod tímto pojmem máme představit, a proto ne všichni byli touto informací nadšeni. Nicméně v dubnu roku 2010 jsme my, zaměstnanci přímé péče, v našem zařízení absolvovali akreditovaný vzdělávací program Základní kurz BS pořádaný Institutem Bazální stimulace, lektor nás svým postojem a motivací pro tento koncept naprosto získal.“<sup>7</sup>

V tomto domově pro seniory začlenili bazální stimulaci do běžného denního provozu týmově. Na BS se podílí zdravotní sestry, rehabilitační pracovníci, pracovníci v sociálních službách.

„Bazální stimulaci provádíme u klientů podle jejich aktuálního zdravotního stavu. Do BS zařazujeme nejčastěji nemocné klienty po cévní mozkové příhodě a imobilní klienty, abychom u nich podpořili vnímání, komunikaci a hybnost. Z BS se nám nejvíce osvědčily techniky, jako je masáž stimulující dýchání, zejména u klientů s poruchami dýchání, spánku nebo při terminálním onemocnění. Imobilní klienti si oblíbili polohování pomocí speciálních pomůcek. Ukládáme je do polohy „hnízdo“, která stimuluje vnímání tělesného schématu prostřednictvím polohovacích pomůcek, které ohraničují tělo klienta. U vybraných klientů provádíme neurofyzilogické stimulace. Nejčastěji po cévní mozkové příhodě. Stimulaci vestibulárního aparátu zařazujeme u všech klientů, kteří se ze zdravotních důvodů nepohybují a jsou dlouhodobě upoutaní na lůžko. Povzbuzující a zklidňující somatické stimulace jsou u našich klientů velmi oblíbené a klientům prospívají. Při aplikaci somatické stimulace používáme různá tělová mléka,

---

6WOLFFOVÁ, Věra. Bazální stimulace - pohled do zákulisí. *Sestra*. 2006, č. 6. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/bazalni-stimulace-pohled-ze-zakulisi-276178>

7KARKULOVÁ, Radka a Anna KLUGAROVÁ. Bazální stimulace v Domově pro seniory Bechyně. *Sestra*. 2011, č. 10. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/bazalni-stimulace-v-domove-pro-seniory-bechyne-461779>

kteřá jsou jim příjemná, různé žínky, froté ponožky (protože lépe drží při práci na ruce). U vytipovaných klientů provádíme orální stimulaci, kdy za použití vatové tyčinky namočené do klientova oblíbeného nápoje lze vyvolat pozitivní líbivé reakce na základě práce s paměťovou stopou klienta.“<sup>8</sup>

Při poskytování bazální stimulace nezapomněli ani na iniciální dotek, který se jim velmi osvědčil. Každému klientovi vedou osobní kartu, do které je zapisováno všechno dění okolo pacienta. Zapisují do ní také prováděnou BS a pacientovu reakci na prováděnou stimulaci, aby zajistili kontinuitu péče.

„Při dosavadní práci jsme zjistili, že ne všichni námi vybraní klienti reagují na BS pozitivně. Zaznamenali jsme jak negativní reakci, tak se nám také stalo, že klient nereagoval vůbec, a proto jsme hledali a zvolili jiný druh, na který klient odpovídal pozitivně. Většinou klienti reagují kladně, úsměvem, hlazením, uvolněním a očním kontaktem se snaží komunikovat a sdělovat personálu, jak jsou mu masáže a dotyky příjemné a pro něj důležité.

Nejen, že nás více sblížila s klientem, ale utvrdila nás v tom, jak je naše práce důležitá. Poznali jsme, že můžeme pomoci i v takových případech, kdy jsme se domnívali, že je jakákoli iniciativa zbytečná. Zjistili jsme, jak je důležité se vzdělávat.

Krásná, pozitivní odezva od klientů a posléze od jejich rodinných příslušníků je odměnou pro personál za jeho vynaložené úsilí a snahu.“<sup>9</sup>

### 2.4.3 Chirurgická JIP Městská nemocnice Ostrava

Na chirurgické jednotce intenzivní péče Městské nemocnice Ostrava začali integrovat bazální stimulaci do ošetrovatelské péče již v roce 2004. V článku zmiňuje problémy, se kterými se na oddělení setkali a rady, jak s těmito problémy bojovat.

Jedním z problémů je nedostatek času.

„Stačí, když se zastavíme a vcítíme do role pacienta nebo si pomyslíme, že tam leží naše nejbližší osoba. Stačí, když si na začátku služby

---

8KARKULOVÁ, Radka a Anna KLUGAROVÁ. Bazální stimulace v Domově pro seniory Bechyně. *Sestra*. 2011, č. 10. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/bazalni-stimulace-v-domove-pro-seniory-bechyne-461779>

9KARKULOVÁ, Radka a Anna KLUGAROVÁ. Bazální stimulace v Domově pro seniory Bechyně. *Sestra*. 2011, č. 10.

zorganizujeme den, rozdělíme důležité a méně důležité výkony a budeme si pomáhat. Pacienti nechtějí vidět našťvanou zbrklou zamračenou sestru. Očekávají profesionální chování, pochopení, dotek, úsměv, schopnost a ochotu vyslechnout a komunikovat, respektování lidské důstojnosti, soukromí a práv, ochotu, podporu. Buďme profesionálkami nejen k pacientům, ale k sobě navzájem, obdařme se úsměvem, vyslechněme jedna druhou, snažme se pomoci si nejen v činnostech bazální stimulace“<sup>10</sup>

Jako další problém vnímají neznalost personálu. Zmiňují potřebu, aby principy bazální stimulaci znali, kromě sester, také lékaři.

„BS je koncept, který dává prostor lépe poznat osobnost každého pacienta, máme snahu najít pro něj vhodnou stimulaci, která je přínosem pro něj i pro ošetřující personál, protože díky ní můžeme rozvíjet vlastní kreativitu. I když jsme se zpočátku setkaly s negativním ohlasem ze strany lékařů i ze strany sester, je důležité nenechat se odradit, nebát se, zapojit intuici. Věta pronesená příbuznými u lůžka těžce nemocného napojeného na umělou plicní ventilaci: „Sestřičko, vy jste náš andílek, ty přístroje kolem postele nás děsí, děsí nás stav tatínka, bojíme se o něj, ale víme, že je v dobrých rukou, že je o něj dobře postaráno, vždyť se dívejte, jak se spokojeně tváří,“ nás potěší a ocení.

A jak asi reaguje sám pacient, který je napojen na umělou plicní ventilaci a je první den při vědomí? „Asi jsem v nemocnici, to je přece sestřička! Jak se hezky směje, chytla mě za ruku a hladí mě po vlasech. Už vím, kde to jsem a co se mi to stalo. Ještě nemůžu mluvit, ale už jsem klidnější. Ani mi není zima na nohy, mám svoje teplé ponožky a co to mám v ruce? Medvídko od Kačenky... Musím se rychle uzdravit, ať jsem doma!“<sup>11</sup>

Velkou nevýhodou jsou velké pokoje s více lůžky. Pacienti jsou odděleni jen plentami, vidí okolo sebe mnoho přístrojů, nad sebou světlo, bílý strop a ruší je množství neznámého hluku z alarmů dávkovačů, pump, apod.

„Prostory však nelze den ze dne změnit, a tak jsme je alespoň vyzdobili, aby nepůsobily na nemocné děsivým dojmem. Chodby i okna na pokojích jsou vyzdobeny květinovými motivy, stěny a nejbližší okolí lůžka nemocného jsou zkrášleny obrázky dětských autorů. Na pokojích jsou viditelně umístěné hodiny, které mají pro nemocného veliký význam. Jde hlavně o klima, které vytváří léčebný tým a ošetřující personál. Celkové bazálně

---

10MECHOVÁ, Irena a Bc. Kamila MAJKUSOVÁ. Bazální stimulace na JIP. *Sestra*. 2006, č. 12. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/bazalni-stimulace-na-jip-281815>

11MECHOVÁ, Irena a Bc. Kamila MAJKUSOVÁ. Bazální stimulace na JIP. *Sestra*. 2006, č. 12. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/bazalni-stimulace-na-jip-281815>

stimulující koupele nebo zklidňující masáže se snažíme zařadit tak, aby odpovídaly potřebám pacienta a vybyla alespoň půlhodina klidu a ticha po úkonu, aby mohl odpočívat.

Bílá a modrá - strop, zástěny, povlečení, košile, obvazy... Stačí přitom málo - vymalovat pokoje pastelovými barvami, zachovat obrysy dveří i oken, plenty vyměnit za barevné s motivy, které pacienta zklidní. Studie napovídají, že u pacientů, kteří stráví jen pět minut denně v zeleném zákoutí, dochází ke snížení stresu a k nižší potřebě analgetik. Přírodní motivy na stěnách nabízejí rozptýlení během terapeutických intervencí. Prostředí, v němž se pacient necítí opuštěný, kde je laskavý a klidný ošetřující personál, zmírňuje stres.

Úzkostlivé dodržování hygienických předpisů by mělo být samozřejmostí, není ale důvod, proč by pacient nemohl mít u sebe oblíbené věci. Noční stolek na JIP dříve? Emitní miska s buničinou, hrníček s čajem a tácek. Nyní? Plno „zbytečností“. „Můj hrníček, kapesníček, krém i fotografie rodiny, oblíbené písničky v přehrávači, obrázky od vnoučat nad postelí, teplé ponožky, hodinky, brýle, talismany, polštářek ... a třeba i své zuby!“ S tím souvisejí i návštěvy, které máme na chirurgické JIP stanovené od 15.00-16.00 hodin, nebo po domluvě s lékařem. Pokud je u pacienta prováděna BS a chceme, aby rodina spolupracovala např. četbou, masáží končetin či koupelí, potřebuje klid a soukromí, a tak návštěvu naplánujeme. Pokud pacient nemůže mít návštěvy denně, umožňujeme mu komunikaci s rodinou pomocí mobilního telefonu.“<sup>12</sup>

Další problém shledávají v postoji personálu. Často totiž podle zkušeností oddělení chirurgické JIP sestry upřednostní jiné činnosti před ošetrovatelskou péčí. Pacient ale hodnotí práci sestry spíše podle toho, zda je umytý a v čistém než podle vyplněné dokumentace a aplikovaných injekcí. Nejvíce ovšem pacient hodnotí chování sestry.

„BS dělá z umývání vědu? Vlastně to je věda, protože celková koupel je podle konceptu BS terapeutický zákrok, kterým u pacienta docílíme změny stavu vědomí, potlačení zmatenosti či neklidu a agresivity. A jak na něj působí na vizita? Tým pečující o nemocného se sejde u lůžka a hovoří o jeho potížích, což by se dalo považovat za zájem, ale pacient často slovům nerozumí.

Navíc vše probíhá ve výškovém nepoměru, který v něm vyvolává pocit podřízenosti a závislosti. Nebojme se a nenechme se odradit. Zapojme

---

12MECHOVÁ, Irena a Bc. Kamila MAJKUSOVÁ. Bazální stimulace na JIP. *Sestra*. 2006, č. 12. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/bazalni-stimulace-na-jip-281815>

intuici a kreativitu a snažme se spolupracovat, předávejme své nadšení druhým, změňme své chování ke kolegyním a k pacientům a především - neobávejme se změn.

Ošetřující, který pracuje s konceptem bazální stimulace, vychází ze získaných poznatků, vždy při své práci zohledňuje individualitu pacienta a jeho momentální životní situaci. Stává se, že k tomu, aby s tímto konceptem dosáhl úspěšnosti u pacienta, musí čelit mnoha překážkám a zaběhnutým rituálům i nepochopení spolupracovníků na pracovišti. <sup>13</sup>

#### 2.4.4 ARO Svitavská nemocnice a. s.

Na anesteziologicko-resuscitačním oddělení Svitavské nemocnice a. s. se rozhodl jeden člen týmu poukázat na rozdíly provádění hygieny bez využívání principů bazální stimulace a při využívání bazální stimulace.

„Již čtvrtým rokem pracuji jako sestra na lůžkové stanici anesteziologicko-resuscitačního oddělení. Často pečuji o pacienty v bezvědomí. Dříve jsem si myslel, že tito pacienti neslyší, necítí, nic nevnímají. Absolvoval jsem kurz bazální stimulace a můj náhled a přístup k pacientům se změnil.

Po absolvování kurzu bazální stimulace se mi v praxi velmi osvědčila zklidňující koupel. Zklidňující koupel provádím v rámci toalety pacienta na lůžku a je vhodná např. u pacientů s poruchou vědomí, pacientů v kómatu či u pacientů udržovaných v umělém spánku. Tito pacienti nehybně leží, a přestávají tak vnímat hranice svého těla, tzn. kde jejich tělo začíná a končí, a tím přestávají vnímat své já, což jim způsobuje úzkost a napětí. Právě zklidňující koupel pomáhá tuto úzkost odstranit.

Co zklidňující koupel dokáže? Využitím této koupele je možné zklidnit pacienta; ztlumit jeho bolest (má analgetický účinek); zmírnit jeho zmatenost, dezorientaci, úzkost a napětí; navodit celkové tělesné uvolnění; večer může fungovat jako nástroj k navození spánku; pomáhá personálu komunikovat s pacientem.

Dříve pro mě bylo velmi frustrující pečovat o pacienta v bezvědomí, chyběla mi zpětná vazba. Po absolvování kurzu bazální stimulace a používání zklidňující koupele v praxi se to změnilo. Během zklidňující koupele a po ní dochází u pacienta ke změně srdeční frekvence, změně rytmu dýchání, mrknutí oka či pootevření úst je pro mne důkaz, že pacient reaguje na mou péči. <sup>14</sup>

---

13MECHOVÁ, Irena a Bc. Kamila MAJKUSOVÁ. Bazální stimulace na JIP. *Sestra*. 2006, č. 12. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/bazalni-stimulace-na-jip-281815>



V článku popisuje změnu svého chování k pacientovi. Dříve začal provádět hygienu beze slov, z pacienta strhl pokrývku a nechal ho celého odkrytého. Dnes přichází k pacientovi a nejdříve ze všeho provede iniciální dotek a verbálně ho informuje o tom co se bude dít. Deku z pacientova těla roluje ve směru od hlavy k nohám a pacient má vždy přikrytou jednu polovinu těla. Dříve pacienta umývali vždy ve dvou a mezi sebou si povídali. Dnes pacienta umývá sám, plně se mu věnuje a celou dobu ho informuje o probíhající činnosti. Spolupráce dvou lidí na hygieně byla pro pacienta matoucí, nestíhal sledovat co se s ním děje, každý vytvářel jiný tlak a pacient se v situaci špatně orientoval. Dnes pracuje sám, postupuje systematicky, udržuje stálý kontakt s pacientovým tělem a tak si pacient může lépe uvědomovat své tělo. Dříve ihned po hygieně prováděl u pacienta další ošetrovatelské úkony (převazy, odsávání...), dnes nechá pacienta po hygieně odpočinout.

„Zklidňující koupel je možné použít bez vody, např. pomocí froté ponožek navlečených na ruce nebo pomocí dětského oleje. Od té doby, co provádím zklidňující koupel, trvá mi toaleta řádově o několik minut déle, ale mám z ní daleko lepší pocit. Díky zklidňující koupeli navážu kontakt s pacientem. Dříve měla toaleta na lůžku pro pacienta pouze přínos hygienický. Dnes má toaleta – tak jak ji provádím – přínos duševní, pacienta dokážu pomocí koupele uvolnit, zmírnit jeho úzkost, napětí, dezorientaci, mohu tak přispět ke zkvalitnění jeho prožívání nemoci a pobytu na lůžku a jsem rád, že mohu pacientovi pomoci. Právě proto, že chci pomáhat lidem, jsem se rozhodl pro práci sestry. Pro tuto metodu koupele nepotřebujete žádné speciální vybavení, stačí k tomu vaše ruce a ochota dělat věci jinak, než jste byli zvyklí.“<sup>15</sup>

#### 2.4.5 Dům léčby bolesti s hospicem sv Josefa v Rajhradě u Brna

V Domu léčby bolesti s hospicem sv. Josefa v Rajhradě u Brna se zaměřili na používání konceptu bazální stimulace u pacientů, kteří mají diagnózu perzistentní vegetativní stav.

„Z pohledu paliativní medicíny je užitečné se na svět nemocných v

---

14SLEZÁK, Patrik. Bazální stimulace v praxi na ARO. *Sestra*. 2010, 7-8. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/bazalni-stimulace-v-praxi-na-aro-453231>

15SLEZÁK, Patrik. Bazální stimulace v praxi na ARO. *Sestra*. 2010, 7-8. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/bazalni-stimulace-v-praxi-na-aro-453231>

perzistentním vegetativním stavu dívat jejich očima. Zkusme si jej představit jako „limbo“ -prázdnota, zapomnění, vězení, život ve svém těle mezi dvěma světy.

V Domě léčby bolesti s hospicem sv. Josefa je touto metodou (BS) proškolená skupina sester. Pečujeme zde o nemocné s různými formami perzistentního vegetativního stavu. Jde o setrvalou formu vigilního kómatu, ve většině případů bez tendence ke zlepšování a s řadou komplikací vlivem nebo následky imobilizačního syndromu. Na diagnózu vigilního kómatu se - alespoň podle našich zkušeností - v odborné veřejnosti nahlíží jako na problematiku čistě ošetrovatelskou. Každodenní realita nás ovšem nutí tento názor poopravit a do péče o tyto nemocné a jejich rodiny zapojovat i rehabilitační, psychologickou, duchovní, sociální a velmi významně také lékařskou péči.<sup>16</sup>

Ze zkušeností personálu je velmi přínosné zapojit do péče o pacienta jeho rodinu.

„Toto potvrzení vzájemné důvěry se pak stále intenzivněji s postupem onemocnění stává hlavním psychologickým faktorem podpory, kterou zdravotnický tým může rodině poskytnout. Úkolem sestry, ale i dalšího ošetřujícího personálu, je pochopit potřeby pacienta, poznat a rozumět jeho stylu komunikace a na základě toho mu poskytnout prostor pro orientaci, jistotu a další rozvoj jeho osobnosti. Na nemocné a jakkoli postižené musí ošetřující nahlížet jako na osobnosti nezávisle na jejich postižení a aktuálním tělesném a duševním stavu.“<sup>17</sup>

Také v tomto zdravotnickém zařízení využívají iniciální dotek, jakou formou je u konkrétního pacienta prováděn je uvedeno na tabulce u každého lůžka. Biografickou anamnézu zpracovává s rodinou nemocného staniční sestra a na základě získaných informací vytváří pro každého pacienta individuální denní plán.

Do ošetrovatelské péče začlenili zklidňující somatickou koupel, vestibulární

---

16 ŠÁNDOROVÁ, Ilona. Bazální stimulace u klientů s dg. perzistentního vegetativního stavu. *Sestra-příloha Chronicky nemocný v domácí a ústavní péči*. 2008, č. 9, s. 8-10. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra-priloha/bazalni-stimulace-u-klientu-s-dg-perzistentniho-vegetativniho-st-383389>

17 ŠÁNDOROVÁ, Ilona. Bazální stimulace u klientů s dg. perzistentního vegetativního stavu. *Sestra-příloha Chronicky nemocný v domácí a ústavní péči*. 2008, č. 9, s. 8-10. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra-priloha/bazalni-stimulace-u-klientu-s-dg-perzistentniho-vegetativniho-st-383389>

stimulaci, auditivní stimulaci a olfaktorickou stimulaci.

„V bazálně stimulující ošetrovatelské péči je výchozím předpokladem vcítit se do vnímání druhého a věnovat pozornost potřebám a požadavkům klienta, nepovažovat ho za postiženého s jeho deficity, nýbrž jeho zachované schopnosti a kompetence respektovat a podporovat. Pravdou je, že prognóza těchto nemocných při chronickém průběhu je nepříznivá, v závislosti především na věku a charakteru postižení. Často jsme tak konfrontováni otázkou po smyslu takto rozsáhlé péče. Dnes si již troufáme říci, že na ni známe odpověď. Připadá nám, že smysl a základní pravidla paliativní péče jednoznačně hovoří o lidské důstojnosti, a tu ani nemocný ve vigilním komatu a samozřejmě ani jeho blízcí v našich očích neztrácejí.“<sup>18</sup>

Z článků vyplývá několik věcí. Především to, že opravdu nejdůležitějším faktorem v poskytování ošetrovatelské péče, ať už s využitím prvků konceptu BS nebo bez nich, je přístup sester k pacientovi a jeho rodině. Sestra by měla být vlídná a empatická, měla by se umět na pacienta usmát, pohladit ho. Vlídny přístup sestry je pro psychiku pacienta důležitější než perfektně vyplněná dokumentace. Stačilo by, kdyby si sestra uvědomila, že na lůžku leží člověk, který je jedinečný, žil svůj život, měl záliby, někoho miloval, má rodinu, která se o něho strachuje. Každý člověk si zaslouží důstojné a vlídné zacházení.

Pro rodinu pacienta je velmi přínosné, že koncept bazální stimulace zahrnuje také velkou účast rodiny na ošetrovatelské péči. Pro rodinu i pacienta může být tento fakt velmi prospěšný. Nejvíce láskyplnou a starostlivou péči poskytne pacientovi vždy jeho rodina. Rodinní příslušníci se mohou více zapojovat, mohou být nápomocní a přispívat ke zlepšení pacientova stavu.

Při zavádění konceptu bazální stimulace se autoři článků velmi často potýkali s negativní odezvou sester i lékařů. Důležité je nenechat se odradit, nebát se učit a zavádět nové poznatky do praxe, nebát se změn.

Velmi důležité je také okolí pacienta. Není nutné, aby byly místnosti

---

18ŠÁNDOROVÁ, Ilona. Bazální stimulace u klientů s dg. perzistentního vegetativního stavu. *Sestra-příloha Chronicky nemocný v domácí a ústavní péči*. 2008, č. 9, s. 8-10. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra-priloha/bazalni-stimulace-u-klientu-s-dg-perzistentniho-vegetativniho-st-383389>

vymalované jen bíle, aby byli závěsy bílé. Není nutné aby pacient používal pouze erární pomůcky a oblečení. Pro pacienta je velmi přínosné, pokud může mít své předměty a oblečení. To lze velmi jednoduše zařídit ve spolupráci s pacientovou rodinou. Pacientův hrníček ani hřeben nijak nenaruší hygienické předpisy.

Co přináší koncept bazální stimulace zdravotnickým pracovníkům? Především pozitivní zpětnou vazbu od pacienta a jeho rodiny a sblížení s pacientem.

## **3 Praktická část - deskriptivní kvantitativní výzkumné šetření**

### **3.1 Metodika výzkumu**

#### **3.1.1 Metoda výzkumu**

Pro svou bakalářskou práci jsem zvolila získávání dat pomocí anonymního dotazníkového šetření. Dotazník se řadí mezi explorační výzkumné metody, kdy získáváme informace od respondentů. Dotazník obsahuje otázky, na které hledá zkoumající osoba odpovědi. Dotazník by měl v úvodu obsahovat oslovení respondenta a vysvětlení účelu dotazníku. Dále by měl obsahovat instrukce k otázkám. V demografické části dotazníku zjišťujeme informace o respondentovi (věk, pohlaví apod.). Největší část dotazníku jsou věcné položky, což jsou vlastní otázky, na které hledáme odpovědi. Dotazník obsahuje také závěrečné informace, kam patří poděkování, případně dodatky. (Farkašová, 2006)

Nevýhodou dotazníku mohou být nepravdivé informace, aby výsledek respondenta vypadal lépe. Proto jsem zvolila anonymní dotazník, abych dostala upřímnější informace.

Vlastní dotazník obsahuje v maximální možné délce 24 otázek (viz Příloha č. 1). 3 otázky jsou demografické, 21 otázek jsou věcné položky. 10 otázek je otevřených, 6 otázek je polootevřených. 8 otázek je uzavřených s tím, že 6 otázek je dichotomických, 1 otázka je polytomická s možností výběru jedné odpovědi a 1 otázka je polytomická s možností výběru více alternativ.

#### **3.1.2 Distribuce**

Dotazník jsem zvolila v elektronické formě z důvodu možnosti pokrytí větší geografické oblasti. Celkem jsem oslovila 17 staničních sester. Vrátilo se mi 29 dotazníků celkem ze 6 nemocnic. Všech 29 dotazníků bylo možno hodnotit, vyřazen nemusel být žádný. Návratnost nelze hodnotit z důvodu zvoleného způsobu distribuce.

### 3.1.3 Dotazovaný soubor

Dotazník byl určen pro registrované sestry pracující na oddělení ARO nebo JIP.

## 3.2 Cíle

#### Cíl č. 1

Zjistit jakým způsobem je koncept bazální stimulace začleněn do praxe.

S tímto cílem souvisí otázky č. 10, 12, 13, 14, 18, 19, 21 a 22.

#### Cíl č. 2

Zjistit jaký mají sestry pohled na koncept bazální stimulace.

S tímto cílem souvisí otázky č. 4, 5, 11, 15, 16 a 20.

#### Cíl č. 3

Zjistit, zda je dostatečná informovanost o konceptu již na SŠ, VOŠ či VŠ.

S tímto cílem souvisí otázka č. 6.

#### Cíl č. 4

Zjistit, v jaké míře jsou sestry proškoleny v konceptu bazální stimulace.

S tímto cíle souvisí otázky č. 9, 10, 11.

#### Cíl č. 5

Zjistit, zda sestry vnímají používání konceptu jako dostatečné.

S tímto cíle souvisí otázka č. 17.

Cíl č. 6

Zjistit, zda by sestry chtěly využívat koncept bazální stimulace více, než jak ho momentálně využívají.

S tímto cílem souvisí otázky č. 23 a 24.

### **3.3 Hypotézy**

Hypotéza H1

50 % respondentů mladších 30 let se s bazální stimulací poprvé setkalo ve škole.

Hypotéza H2

100 % respondentů starších 38 let se s bazální stimulací poprvé setkali v zaměstnání.

Hypotéza H3

Většina respondentů nebude vyškolená v bazální stimulaci kurzem.

Hypotéza H4

Většina respondentů nebude zaznamenávat údaje o provádění bazální stimulaci do ošetrovatelské dokumentace.

Hypotéza H5

Většina respondentů bude nejčastěji využívat somatickou stimulaci.

Hypotéza H6

Většina respondentů si bude přát, aby se rozšířilo využívání konceptu bazální stimulace.

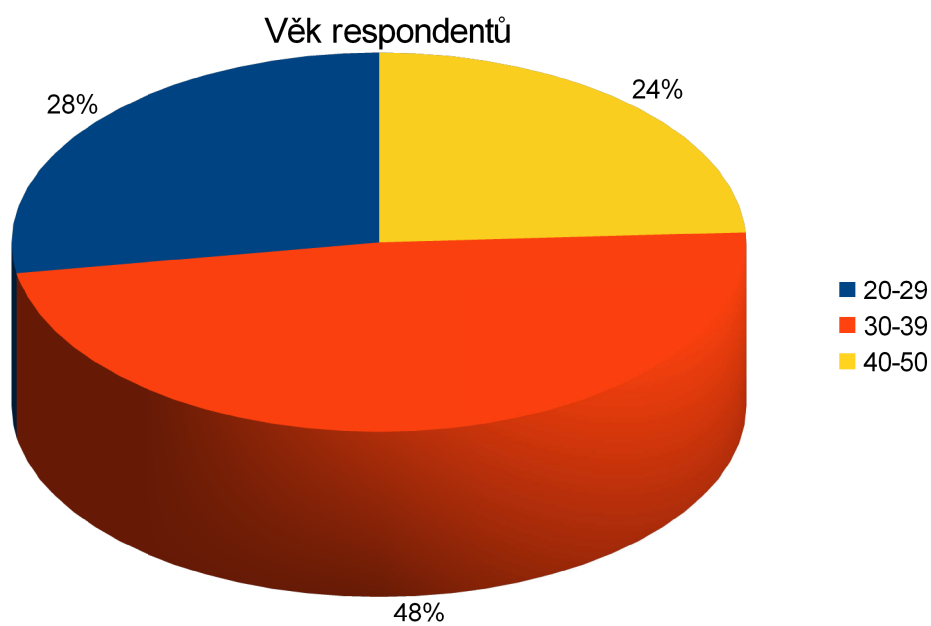
### 3.4 Výsledky anketního šetření

Otázka č. 1: Věk respondentů.

Tato otázka byla otevřená.

Věk respondentů	Absolutní četnost	Relativní četnost
20-29 let	8	28%
30-39 let	14	48%
40-50 let	7	24%

Tabulka 1: Věk respondentů



Graf 1: Věk respondentů

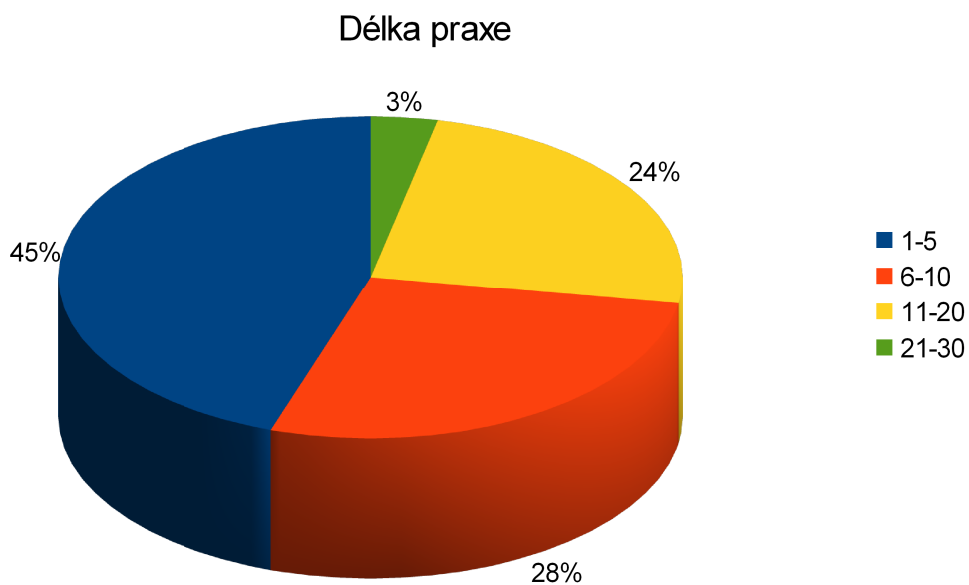


Otázka č. 2: Délka praxe na oddělení typu ARO nebo JIP v letech.

Tato otázka byla otevřená.

Délka praxe	Absolutní četnost	Relativní četnost
1-5 let	13	45%
6-10 let	8	28%
11-20 let	7	24%
21-30 let	1	3%

Tabulka 2: Délka praxe respondentů



Graf 2: Délka praxe respondentů

Otázka č. 3: Zda respondent pracuje na ARO nebo JIP.

Tato otázka byla dichotomická.

Oddělení	Absolutní četnost	Relativní četnost
ARO	18	62%
JIP	11	38%

Tabulka 3: Oddělení, na kterém respondent pracuje



Graf 3: Oddělení, na kterém respondent pracuje

Otázka č. 4: Co si respondenti představují pod pojmem bazální stimulace.

Tato otázka byla otevřená, respondenti neměli na výběr žádné možnosti.

Co si respondenti představují pod pojmem bazální stimulace:

- alternativní přístup k pacientovi
- formu komunikace s pacientem
- koncept bazální stimulace je zaměřen na stimulaci a zlepšení vnímání pacienta
- koncept bazální stimulace je zaměřen na vnímání, poznávání, stimulaci vědomí, pohybu, prožitých návyků a zvyků pacienta
- nedílná součást mé ošetrovatelské péče
- nový směr v léčbě pacienta
- ošetřování nemocných v kritickém či stabilizovaném stavu s poruchou vnímání okolí
- péče o pacienta v bezvědomí, podpora jeho "bazálních" stimulů - tak aby měl představu o sobě samém
- podpora vnímání
- pomoc lidem navrátit se zpátky do života
- rehabilitační technika a postupy které podporují vnímání pacienta a snaží se tím probudit jeho zachovalé schopnosti. Např. používání jeho toaletních potřeb, poslech oblíbené hudby nebo oblíbené hračky
- Snaha obnovování a prohloubení vnímání.
- Soubor individuální ošetrovatelské péče a terapeutického přístupu ke klientovi
- stimulace člověka prostředky, činy atd., které jsou mu nejbližší (vlastní)
- stimulace formou doteků a známých vjemů
- stimulace smyslových vjemů pomoci správně volených prvků a technik během

ošetřovatelské péče především u pacientů s poruchou vědomí , hybnosti, vnímání. Využít můžeme i u pacientů v terminálním stavu jako prožitkovou stimulaci.

- stimulace vnímán
- způsob komunikace s klientem
- Stimulování pacienta pomocí základních prvků a základních bio-psycho-sociálních potřeb
- Stimulování určitých částí nervového systému
- vývoj osobnosti
- zlepšení stavu pacienta

Otázka č. 5: Jaké metody podle respondentů patří do konceptu bazální stimulace.

Tato otázka byla otevřená.

Metody, které respondenti uváděli:

- dotek
- iniciální dotek
- polohování (mumie, hnízdo)
- pouštění hudby, oblíbené zvuky, hlasy a melodie
- stimulace chuti
- způsob hygienické péče
- neurorehabilitace
- kanisterapie
- vůně
- vizuální podněty
- masáž
- míčkování, RHB
- stimulace vnímání
- komunikace
- stimulace somatická, vibrační, vestibulární, orální, olfaktorická, taktilně haptická, auditivní, optická
- stimulace vnímání pomocí stimulace pacientova těla, využívání iniciálního doteku, masáže, využívání známých předmětů pacienta
- začíná se iniciálním dotykem, snažíme se pacienta stimulovat dříve známými a oblíbenými věcmi- jako je hudba, jídlo, oblíbené nápoje, kontakt se známými

lidmi, rehabilitace

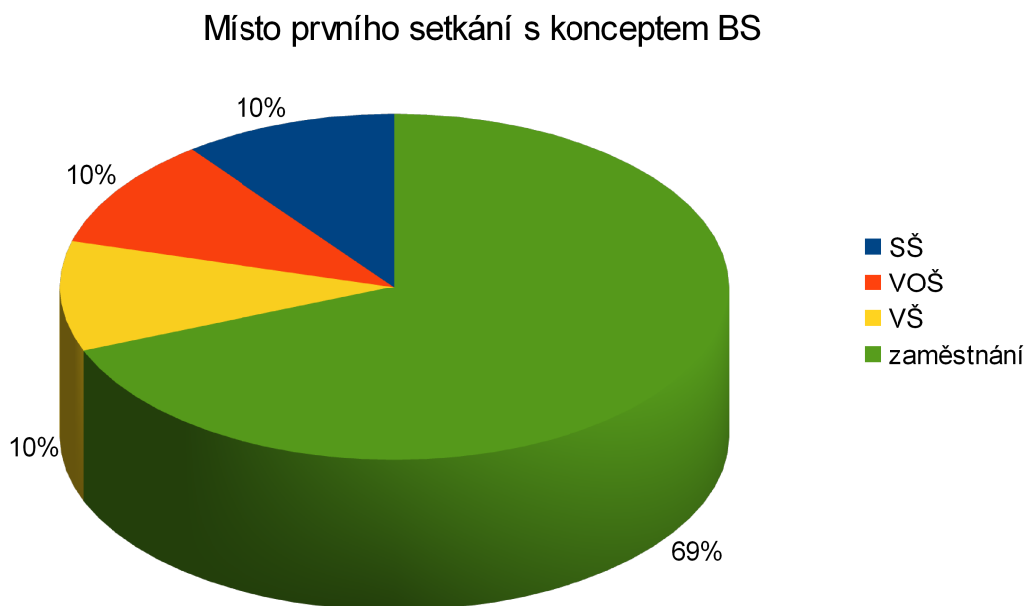
- konkrétní metody neznám

Otázka č. 6: Kde se respondenti poprvé setkali s termínem bazální stimulace.

Tato otázka byla polootevřená. Respondenti měli na výběr položku "jiné" s možností vlastního komentáře. Tuto možnost žádný respondent neoznačil.

Místo prvního setkání s konceptem BS	Absolutní četnost	Relativní četnost
SŠ	3	10,3%
VOŠ	3	10,3%
VŠ	3	10,3%
zaměstnání	20	69,0%

Tabulka 4: Místo prvního setkání s konceptem BS



Graf 4: Místo prvního setkání s konceptem BS

Otázka č. 7: Zda respondenti absolvovali kurz bazální stimulace.

Tato otázka byla dichotomická.

Respondent absolvoval kurz BS	Absolutní četnost	Relativní četnost
ano	10	34%
ne	19	66%

*Tabulka 5: Proškolení respondentů v bazální stimulaci*



*Graf 5: Proškolení respondentů v bazální stimulaci*



Otázka č. 8 (zobrazí se pouze v případě, že respondent u otázky č. 7 odpověděl "ano") : Jaké kurzy respondenti absolvovali.

Tato otázka byla otevřená.

Odpovědi respondentů:

5 z 10 respondentů, kteří odpověděli na předchozí otázku kladně, uvedli, že absolvovali některý z certifikovaných kurzů bazální stimulace (základní, nástavbový, prohlubující).

1. základní a nástavbový kurz bazální stimulace
2. základní a nástavbový kurz bazální stimulace u p. K. Friedlové
3. základní kurz bazální stimulace
4. základní kurz bazální stimulace
5. základní nástavbový a prohlubující kurz bazální stimulace

Další respondenti odpověděli následovně:

- přednáška na sesterském semináři
- přednáška na sesterském semináři
- semináře, vyšší škola, nyní ARIP, časopis sestra, internet
- dle nabídky
- pouze semináře, ne oficiální kurz bazální stimulace

Otázka č. 9 (zobrazí se pouze v případě, že respondent u otázky č. 7 odpověděl "ano") : Na základě čeho respondenti absolvovali kurz.

Tato otázka byla polootevřená s možností zvolit více alternativ. Respondenti měli na výběr položku "jiné" s možností vlastního komentáře. Tuto možnost využil jeden respondent. Na otázku odpovědělo 12 respondentů, 1 respondent uvedl jako důvod zájmu všechny 3 možnosti.

Důvod zájmu o kurz	Absolutní četnost	Relativní četnost
osobní zájem	7	58%
v rámci proškolení na pracovišti	4	33%
zkvalitnění péče o pacienta	1	8%

Tabulka 6: Důvod zájmu o kurz



Graf 6: Důvod zájmu o kurz

Otázka č. 10: Jak často respondenti využívají prvky bazální stimulace.

Tato otázka byla polootevřená. Respondenti, kteří uvedli, že využívají bazální stimulaci pouze u některých pacientů, měli vysvětlit z jakého důvodu tak činí. Z 18 respondentů, kteří měli vysvětlit, proč využívají prvky BS jen u některých pacientů, odpovědělo 13.

Jak často respondenti využívají prvky BS	Absolutní četnost	Relativní četnost
nikdy	3	10%
u každého pacienta	8	28%
jen u některých pacientů	18	62%

Tabulka 7: Jak často respondenti využívají prvky bazální stimulace



Graf 7: Jak často respondenti využívají prvky bazální stimulace

Respondenti uvedli tyto důvody:

- u pacientů dlouhodobě v bezvědomí, či dlouhodobě ležících nebo u dětí
- lidé po KPCR, při "horším" probouzení, či neprobouzení...
- pro každého pacienta nemusí být vhodná
- jen u těch, kde je sníženo vnímání, vědomí, pohyblivost, pacienti na UPV apod.
- pokud jsou na našem oddělení dlouhou dobu a jejich vědomí se nelepší ani po vysazení sedace
- u pacientů v chronické resuscitační péči
- kritický nestabilní klient
- kóma, zmatenost
- dle stavu (názor 4 respondentů)
- ne vždy je vhodná

Otázka č. 11: Pro jaké pacienty je podle respondentů vhodná bazální stimulace.

Tato otázka byla otevřená.

Odpovědi respondentů se často opakovali, proto uvádím pouze souhrn.

- pacienti v kómatu
- pacienti s apalickým syndromem
- pacienti v dlouhodobé intenzivní péči (OCHRIP, DIP, DIOP)
- dementní pacienti
- dlouhodobě ležící, imobilní
- některé prvky můžeme použít u všech, např. masáž stimulující dýchání a komplexně stimulujeme pacienty na UPV, po CMP, se sníženým vnímáním po operaci, v terminálním stavu, na jiných odděleních lze využít v neonatologii, dětském odd., gerontologii, Alzheimer
- Onemocnění CNS, stav po KPCR, amnézie
- děti s poporodními komplikacemi - poškození CNS např. po mozkové obrně a podobně
- pacienti se zhoršenou schopností vnímání
- pacienti po operacích
- s porušeným vnímáním
- pacienti s kraniocerebrálním poranění
- dětští pacienti v bezvědomí
- pro pacienty se spinálním poraněním
- pacienti po CMP
- pacienti mentálně a pohybově postižení

- pro pacienty, kteří se hůře probouzí z celkové anestezie
- pro všechny
- pro všechny, každý hospitalizovaný člověk ji svým způsobem potřebuje
- u pacientů, kteří mají změněný stav vědomí

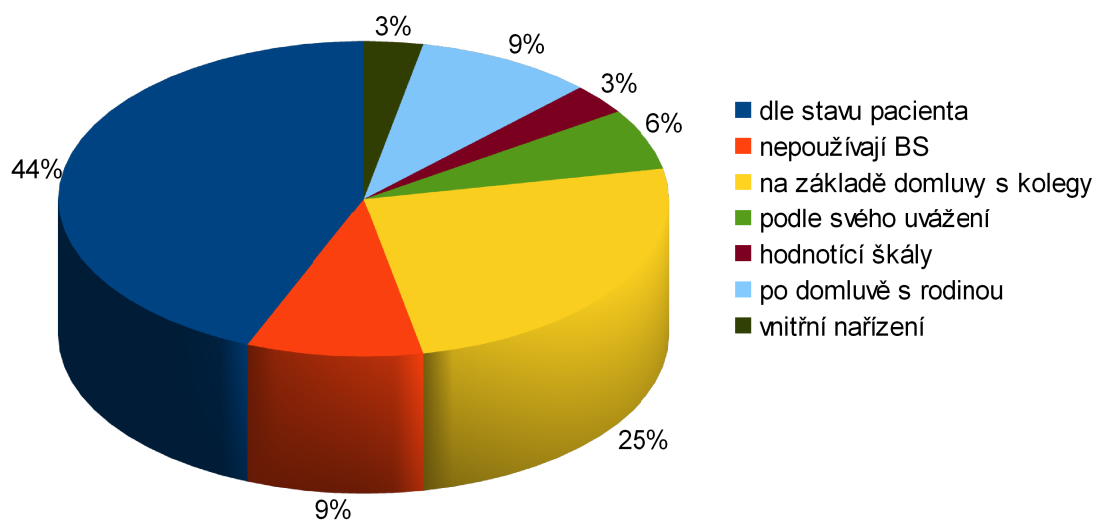
Otázka č. 12: Jakým způsobem respondenti vyhodnocují vhodnost bazální stimulace pro jednotlivé pacienty.

Tato otázka byla otevřená. Někteří respondenti (20) uvedli pouze jeden způsob, někteří respondenti uvedli způsobů více (9).

Způsob vyhodnocení vhodnosti BS pro jednotlivé pacienty	Absolutní četnost	Relativní četnost
dle stavu pacienta	14	44%
vůbec nevyužívají prvky BS	3	9%
na základě domluvy s kolegy	8	25%
podle svého uvážení	2	6%
hodnotící škály	1	3%
po domluvě s rodinou	3	9%
vnitřní nařízení	1	3%

Tabulka 8: Vyhodnocení vhodnosti bazální stimulace pro jednotlivé pacienty

### Vyhodnocení vhodnosti bazální stimulace pro jednotlivé pacienty



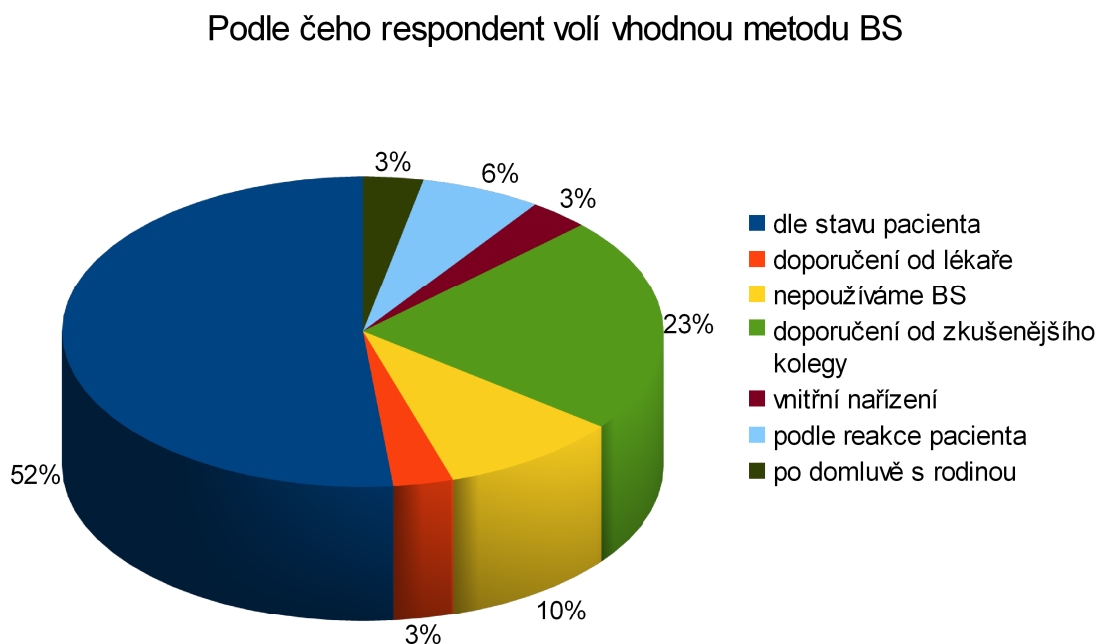
Graf 8: Vyhodnocení vhodnosti bazální stimulace pro jednotlivé pacienty

Otázka č. 13: Podle čeho volí respondenti techniku bazální stimulace.

Tato otázka byla otevřená. Někteří respondenti (27) uvedli pouze jeden způsob, někteří respondenti uvedli způsobů více (2).

Způsob volby techniky BS	Absolutní četnost	Relativní četnost
dle stavu pacienta	16	52%
podle doporučení lékaře	1	3%
vůbec nevyužívají prvky BS	3	10%
doporučení od kolegy	7	23%
vnitřní nařízení	1	3%
podle reakce pacienta	2	6%
po domluvě s rodinou	1	3%

Tabulka 9: Podle čeho respondent volí vhodnou metodu BS



Graf 9: Podle čeho respondent volí vhodnou metodu BS



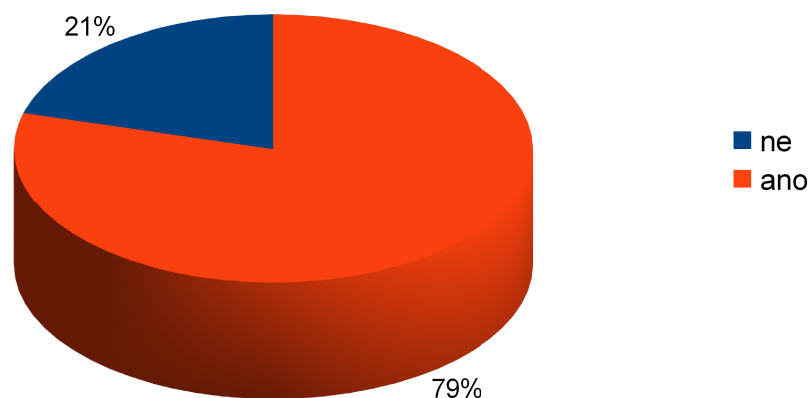
Otázka č. 14: Zda respondenti při bazální stimulaci využívají pomůcky.

Tato otázka byla polootevřená. Pokud respondenti pomůcky používají, měli uvést jejich příklady.

Používají pomůcky	Absolutní četnost	Relativní četnost
ano	23	79%
ne	6	21%

Tabulka 10: Používají respondenti k bazální stimulaci pomůcky?

Používají respondenti k bazální stimulaci pomůcky?



Graf 10: Používají respondenti k bazální stimulaci pomůcky?

Pomůcky, které respondenti uvedli:

- polohovací pomůcky
- rádio, DVD, CD
- pacientova oblíbená hudba, nahrané hlasy rodiny a přátel

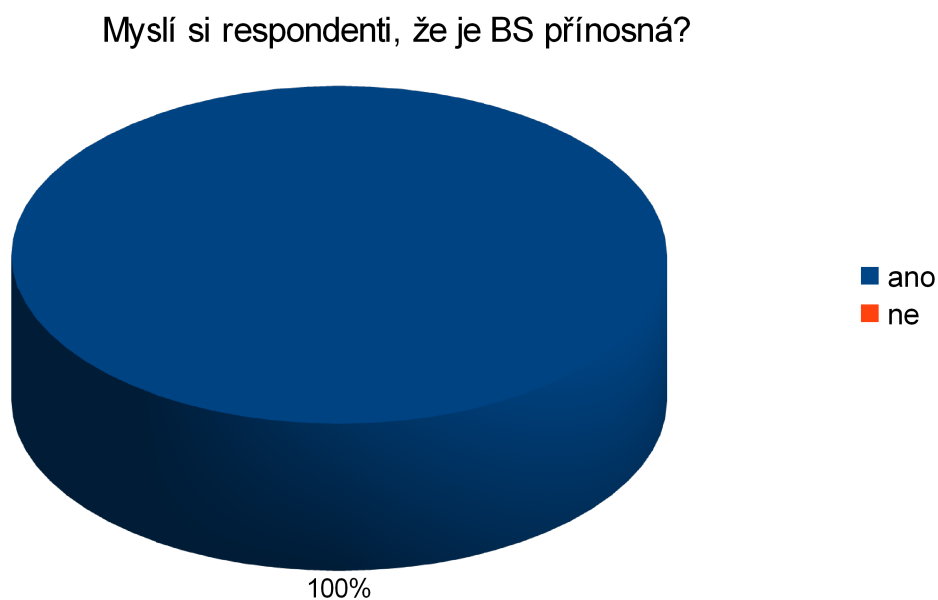
- pacientovy osobní předměty
- pacientovy hygienické potřeby
- masážní emulze
- míčky
- TV
- fotografie
- obrázky pacientových dětí
- vibrax
- pacientovy oblíbeno potraviny
- pacientovo oblečení

Otázka č. 15: Zda si respondenti myslí, že je využívání konceptu bazální stimulace prospěšné.

Tato otázka byla polootevřená. Respondenti měli svůj postoj zdůvodnit, učinilo tak 20 respondentů.

Je podle respondentů BS přínosná	Absolutní četnost	Relativní četnost
ano	29	100%
ne	0	0%

Tabulka 11: Myslí si respondenti, že je BS přínosná?



Graf 11: Myslí si respondenti, že je BS přínosná?

Důvody, které respondenti uvedli:

- lidé se neprobírají do neklidu,
- je přínosná, ale pouze u určitého typu pacientů
- dá se pozorovat určitý pokrok

- BS je velmi důležitá pro ošetrovatelskou péči
- protože jsem to zažila, že se BS uplatnila
- kvalitnější péče o pacienta, práce je radostnější, získávám zpětnou vazbu od pacienta
- pomáhá pacientům k návratu do života
- pomáhá v komunikaci s nemocným, při odpojování s UPV, prožitková stimulace velmi dobře vnímána u nemocných v terminálním stavu a velmi je pozitivně přijata rodinami, pacient je stimulován podněty
- pokud to někdo umí tak ano. Nemohu napsat nic, poněvadž s bazální stimulací nemám zkušenosti.
- určitě, myslím si, že stav pacientů vykazuje zlepšení
- mám dobré zkušenosti s konceptem VS
- zlepšuje pacientovu orientaci, vnímání a umožňuje "návrat do reálného světa", pomáhá pacientovi projevovat libost-nelibost a komunikovat tak s ostatními
- vzhledem k výsledkům jednoznačně ANO
- i kdyby to mělo pomoci jednomu jedinému pacientovi, vše co může mít v závěru pozitivní výsledek má smysl. V neposlední řadě hodně pomáhá příbuzným, když vidí náš zájem o pacienta i o ně.
- zažila jsem pacienty, kterým velmi pomohla

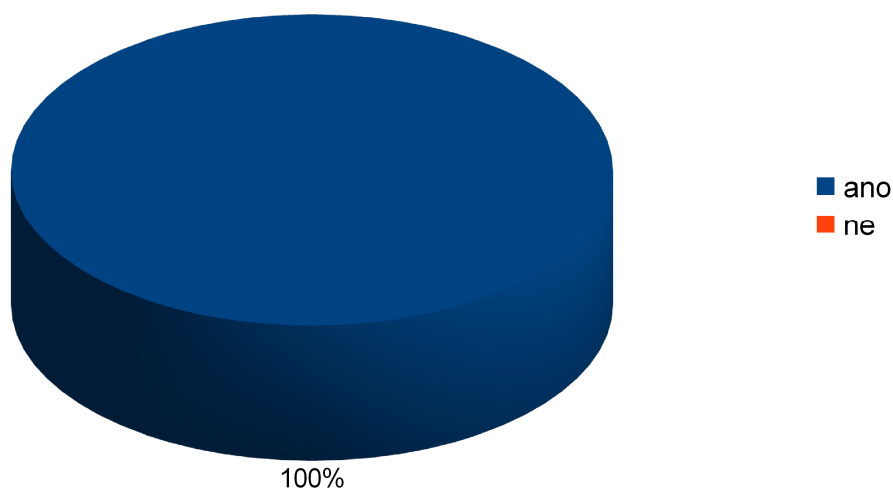
Otázka č. 16: Zda by respondent chtěl, aby byla bazální stimulace využívána u jeho příbuzného.

Tato otázka byla dichotomická.

Přáli by si respondenti aby byla BS využívána u jejich příbuzných?	Absolutní četnost	Relativní četnost
ano	29	100%
ne	0	0%

Tabulka 12: Přáli by si respondenti aby byla BS využívána u jejich příbuzných?

Přáli by se respondenti aby byla BS využívána u jejich příbuzných?



Graf 12: Přáli by si respondenti aby byla BS využívána u jejich příbuzných?

Otázka č. 17: Zda si respondenti myslí, že je využívání konceptu bazální stimulace dostatečné.

Tato otázka byla dichotomická.

Názor respondentů na míru využívání konceptu BS	Absolutní četnost	Relativní četnost
využívání konceptu je dostatečné	6	21%
využívání konceptu by se mělo rozšiřovat	23	79%

Tabulka 13: Názor respondentů na míru využívání konceptu BS



Graf 13: Názor respondentů na míru využívání konceptu BS

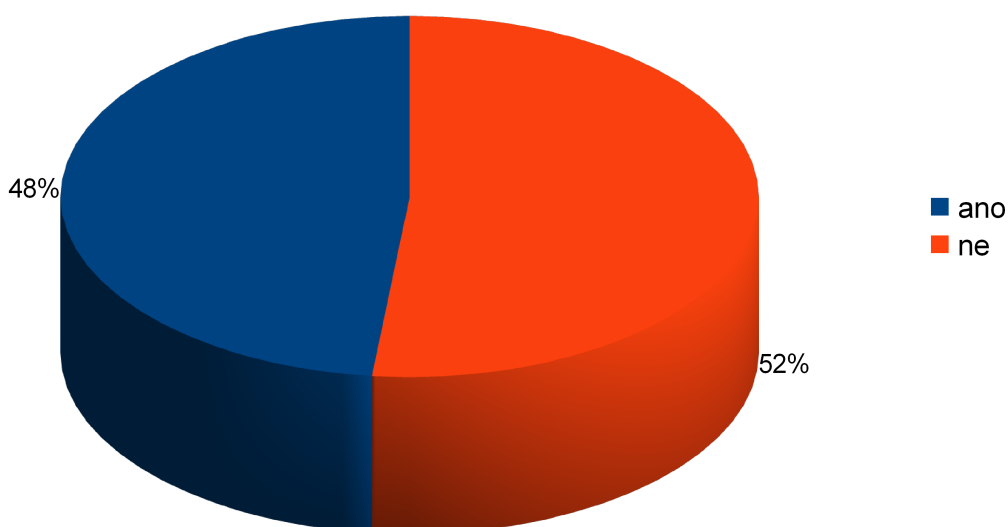
Otázka č. 18: Zda vedou na oddělení, kde respondent pracuje, záznamy o provádění bazální stimulaci v ošetrovatelské dokumentaci.

Tato otázka byla dichotomická.

Zaznamenávají respondenti provádění BS do ošetrovatelské dokumentace?	Absolutní četnost	Relativní četnost
ano	14	48%
ne	15	52%

Tabulka 14: Zaznamenávají respondenti provádění BS do ošetrovatelské dokumentace?

Zaznamenávají respondenti provádění BS do ošetrovatelské dokumentace?



Graf 14: Zaznamenávají respondenti provádění BS do ošetrovatelské dokumentace?

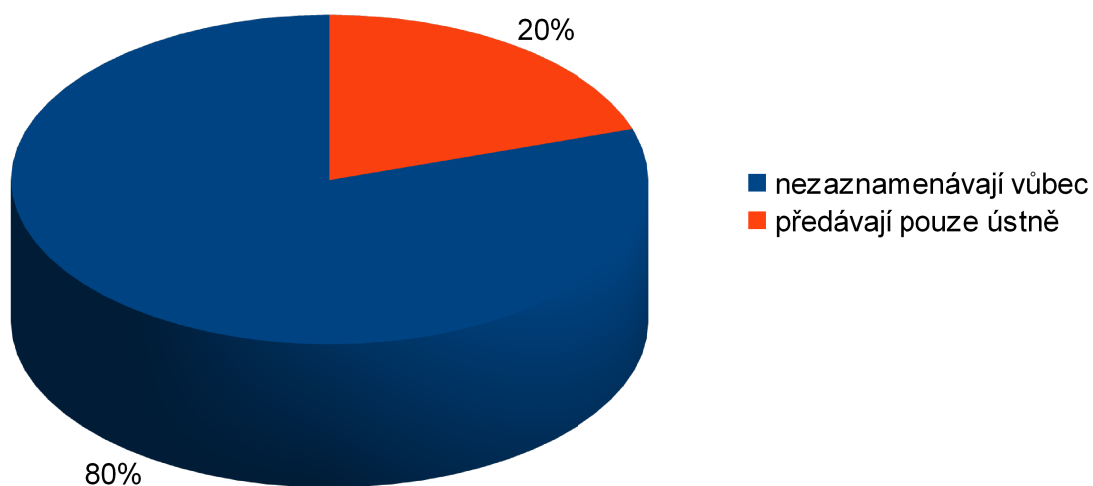
Otázka č. 19 (zobrazí se pouze v případě, že na otázku číslo 18. respondent odpověděl "ne"): Jakým způsobem respondent zaznamenává používání konceptu bazální stimulace.

Tato otázka byla otevřená. Odpovědělo na ni 15 respondentů.

Jakým způsobem zaznamenávají BS, pokud ne do ošetřovatelské dokumentace?	Absolutní četnost	Relativní četnost
předávají si informace pouze ústně	3	20%
nezaznamenávají nijak	12	80%

*Tabulka 15: Jakým způsobem zaznamenávají BS, pokud ne do ošetřovatelské dokumentace?*

Jakým způsobem zaznamenávají BS, pokud ne do ošetřovatelské dokumentace



*Graf 15: Jakým způsobem zaznamenávají BS, pokud ne do ošetřovatelské dokumentace?*



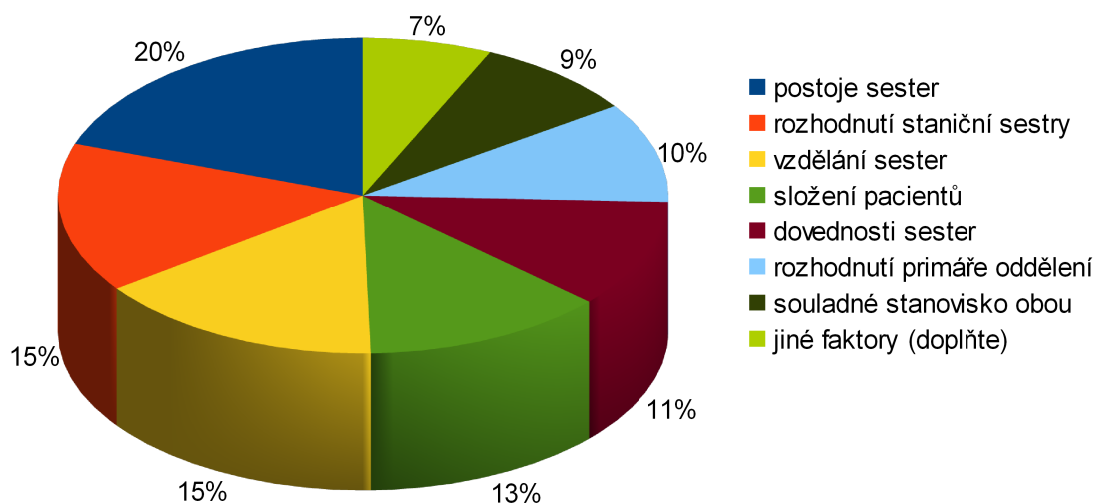
Otázka č. 20: Které faktory mají podle respondentů vliv na zavedení a uplatňování bazální stimulace na jejich oddělení.

Tato otázka byla polootevřená s možností více alternativ. Respondenti měli na výběr položku "jiné faktory" s možností vlastního komentáře. Tuto možnost využilo 8 respondentů. Respondenti měli každému faktoru přiřadit jedinečné pořadí, bohužel otázku správně vyplnilo pouze 6 respondentů. 3 respondenti nevyplnili otázku vůbec. Ostatní respondenti buď vybrali některé možnosti bez přiřazení jedinečného pořadí - 10 respondentů, nebo pořadí nestanovili jedinečně - 10 respondentů (např. označili dvě otázky číslem 2). V první tabulce a grafu je znázorněno, kolik respondentů označilo každý konkrétní faktor.

Faktor	Absolutní četnost	Relativní četnost
rozhodnutí primáře oddělení	12	10%
rozhodnutí staniční sestry	18	15%
souladné stanovisko obou	10	9%
postoje sester	23	20%
vzdělání sester	18	15%
dovednosti sester	13	11%
složení pacientů	15	13%
jiné	8	7%

*Tabulka 16: Celkový souhrn faktorů a četnost jejich označení*

### Celkový souhrn faktorů a četnost jejich označení



Graf 16: Celkový souhrn faktorů a četnost jejich označení

Při vyhledávání faktoru, který respondenti nejčastěji uvedli jako nejdůležitější, jsem se setkala s problémem, že někteří respondenti faktory pouze označili, ale nepřidali jim jedinečné pořadí. Proto jsem vyřadila všechny nesprávně vyplněné otázky a vzala jsem v potaz pouze ty otázky, u kterých byl jedinečně stanovený faktor číslem.

Pro zhodnocení faktoru, který je označen číslem 1, jsem mohla vyhodnotit pouze 15 dotazníků.

Faktor	Absolutní četnost	Relativní četnost
rozhodnutí primáře od dělení	1	7%
rozhodnutí staniční sestry	1	7%
souladné stanovisko obou	0	0%
postoje sester	5	33%
vzdělání sester	4	27%
dovednosti sester	2	13%
složení pacientů	2	13%
jiné	0	0%

*Tabulka 17: Kterým faktorům respondenti přiřadili největší důležitost číslem 1*

Pro zhodnocení faktoru, který je označen číslem 2, jsem mohla vyhodnotit pouze 13 dotazníků.

Faktor	Absolutní četnost	Relativní četnost
rozhodnutí primáře oddělení	1	8%
rozhodnutí staniční sestry	2	15%
souladné stanovisko obou	0	0%
postoje sester	5	38%
vzdělání sester	4	31%
dovednosti sester	1	8%
složení pacientů	0	0%
jiné	0	0%

*Tabulka 18: Kterým faktorům respondenti přiřadili důležitost číslem 2*

Pro zhodnocení faktoru, který je označen číslem 3, jsem mohla vyhodnotit pouze 16 dotazníků.

Faktor	Absolutní četnost	Relativní četnost
rozhodnutí primáře oddělení	1	6%
rozhodnutí staniční sestry	4	25%
souladné stanovisko obou	1	6%
postoje sester	2	13%
vzdělání sester	3	19%
dovednosti sester	4	25%
složení pacientů	1	6%
jiné	0	0%

*Tabulka 19: Kterým faktorům respondenti přiřadili důležitost číslem 3*

Pro zhodnocení faktoru, který je označen číslem 4, jsem mohla vyhodnotit pouze 11 dotazníků.

Faktor	Absolutní četnost	Relativní četnost
rozhodnutí primáře oddělení	1	9%
rozhodnutí staniční sestry	1	9%
souladné stanovisko obou	2	18%
postoje sester	1	9%
vzdělání sester	0	0%
dovednosti sester	2	18%
složení pacientů	4	36%
jiné	0	0%

*Tabulka 20: Kterým faktorům respondenti přiřadili důležitost číslem 4*

Pro zhodnocení faktoru, který je označen číslem 5, jsem mohla vyhodnotit pouze 9 dotazníků.

Faktor	Absolutní četnost	Relativní četnost
rozhodnutí primáře oddělení	2	22%
rozhodnutí staniční sestry	1	11%
souladné stanovisko obou	3	33%
postoje sester	0	0%
vzdělání sester	1	11%
dovednosti sester	0	0%
složení pacientů	2	22%
jiné	0	0%

*Tabulka 21: Kterým faktorům respondenti přiřadili důležitost číslem 5*

Pro zhodnocení faktoru, který je označen číslem 6, jsem mohla vyhodnotit pouze 5 dotazníků.

Faktor	Absolutní četnost	Relativní četnost
rozhodnutí primáře oddělení	1	20%
rozhodnutí staniční sestry	1	20%
souladné stanovisko obou	0	0%
postoje sester	0	0%
vzdělání sester	1	20%
dovednosti sester	1	20%
složení pacientů	1	20%
jiné	0	0%

*Tabulka 22: Kterým faktorům respondenti přiřadili důležitost číslem 6*

Pro zhodnocení faktoru, který je označen číslem 7, jsem mohla vyhodnotit pouze 5 dotazníků.

Faktor	Absolutní četnost	Relativní četnost
rozhodnutí primáře oddělení	2	40%
rozhodnutí staniční sestry	0	0%
souladné stanovisko obou	0	0%
postoje sester	0	0%
vzdělání sester	1	20%
dovednosti sester	0	0%
složení pacientů	2	40%
jiné	0	0%

*Tabulka 23: Kterým faktorům respondenti přiřadili důležitost číslem 7*

Pro zhodnocení faktoru, který je označen číslem 8, jsem mohla vyhodnotit pouze 7 dotazníků.

Faktor	Absolutní četnost	Relativní četnost
rozhodnutí primáře oddělení	2	29%
rozhodnutí staniční sestry	1	14%
souladné stanovisko obou	2	29%
postoje sester	0	0%
vzdělání sester	0	0%
dovednosti sester	0	0%
složení pacientů	0	0%
jiné	2	29%

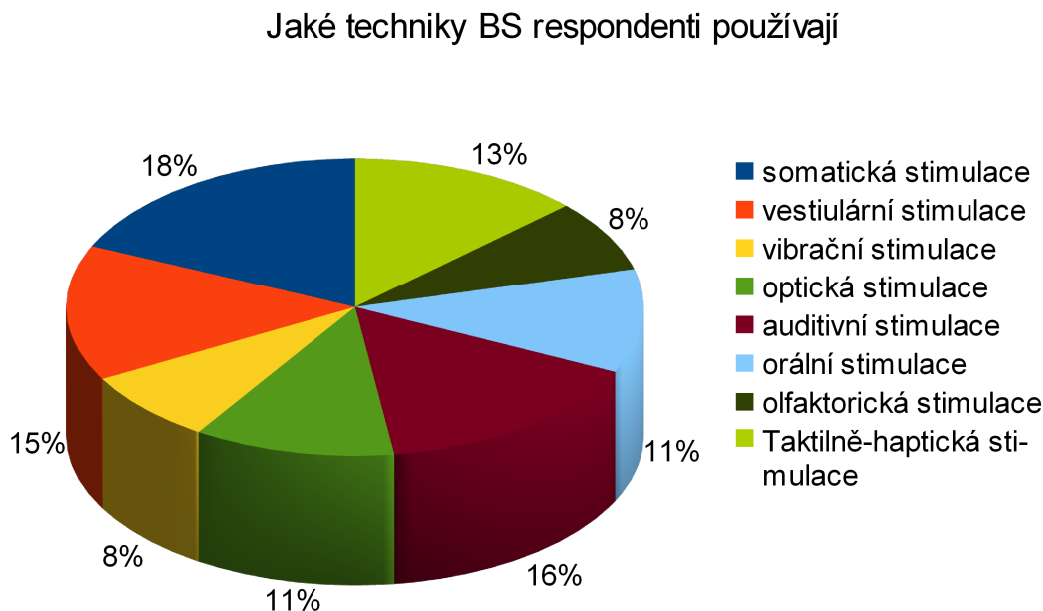
*Tabulka 24: Kterým faktorům respondenti přiřadili důležitost číslem 8*

Otázka č. 21: Jaké techniky bazální stimulace respondenti používají.

Tato otázka byla uzavřená polytomická s výběrem několika alternativ. Na otázku odpovědělo 26 respondentů (tři respondenti uvedli, že nepoužívají techniku BS u žádného pacienta).

Technika	Absolutní četnost	Relativní četnost
somatická stimulace	21	18%
vestibulární stimulace	17	15%
vibrační stimulace	9	8%
optická stimulace	13	11%
auditivní stimulace	18	16%
orální stimulace	13	11%
olfaktorická stimulace	9	8%
taktilně-haptická stimulace	15	13%

Tabulka 25: Jaké techniky BS respondenti používají



17: Jaké techniky BS respondenti používají

Graf

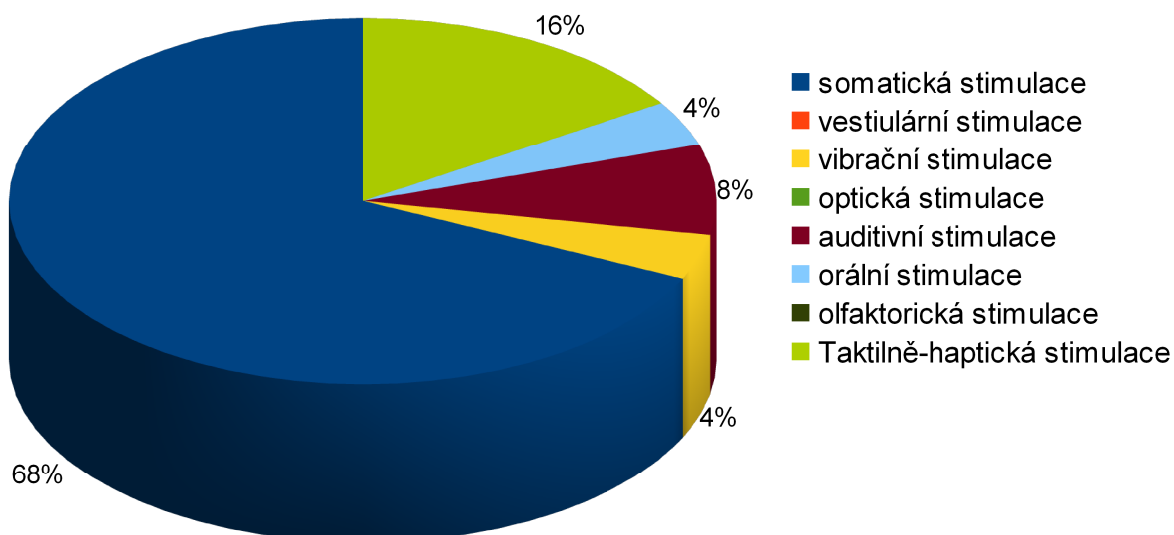
Otázka č. 22: Jakou techniku bazální stimulace používají nejvíce.

Tato otázka byla uzavřená polytomická s výběrem jedné odpovědi. Na otázku odpovědělo 26 respondentů (tři respondenti uvedli, že nepoužívají techniku BS u žádného pacienta).

Technika	Absolutní četnost	Relativní četnost
somatická stimulace	17	68%
vestibulární stimulace	0	0%
vibrační stimulace	1	4%
optická stimulace	0	0%
auditivní stimulace	2	8%
orální stimulace	1	4%
olfaktorická stimulace	0	0%
taktilně-haptická stimulace	4	16%

Tabulka 26: Jakou techniku BS používají respondenti nejčastěji

Jakou techniku BS používají respondenti nejčastěji



Graf 18: Jakou techniku BS používají respondenti nejčastěji



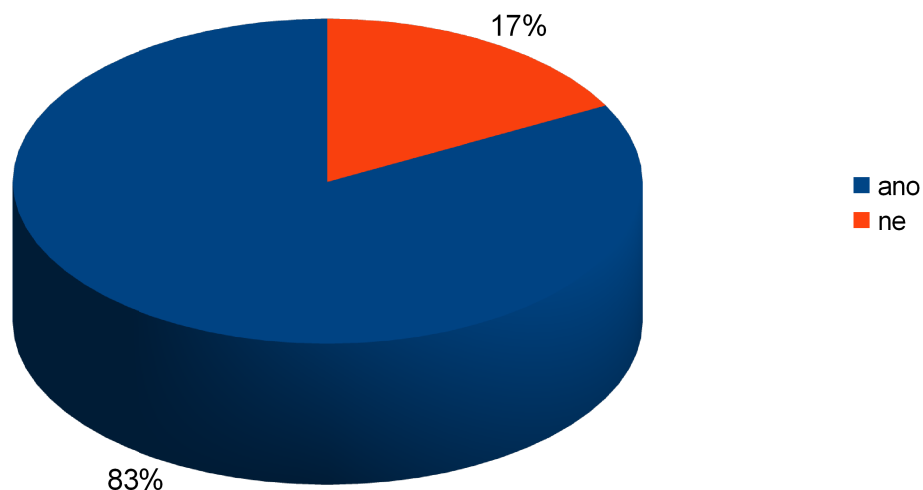
Otázka č. 23: Zda by respondent chtěl více využívat prvky bazální stimulace.

Tato otázka byla dichotomická.

Přeje si respondent využívat koncept BS více než nyní?	Absolutní četnost	Relativní četnost
ano	24	83%
ne	5	17%

Tabulka 27: Přejí si respondenti využívat koncept BS více, než nakolik ho využívají nyní?

Přejí si respondenti využívat koncept BS více, než nakolik ho využívají nyní?



Graf 19: Přejí si respondenti využívat koncept BS více, než nakolik ho využívají nyní?

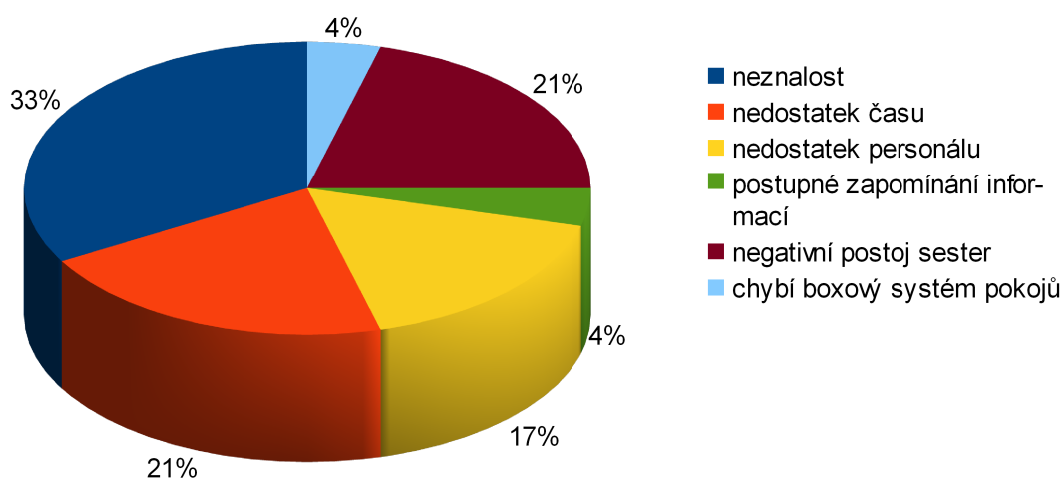
Otázka č. 24 (zobrazí se pouze v případě, že respondent odpověděl na otázku č. 23 "ano"): Co respondentovi brání ve větším využívání prvků bazální stimulace.

Tato otázka byla otevřená.

Faktor	Absolutní četnost	Relativní četnost
neznalost	8	33%
nedostatek času	5	21%
nedostatek personálu	4	17%
postupné zapomínání informací	1	4%
negativní postoj sester	5	21%
chybí boxový systém pokojů	1	4%

Tabulka 28: Co respondentům brání, ve využívání konceptu bazální stimulace ve větší míře, než doposud

Co respondentům brání, ve využívání konceptu bazální stimulace ve větší míře, než doposud



Graf 20: Co respondentům brání, ve využívání konceptu bazální stimulace ve větší míře, než doposud

### 3.4.1 Hypotézy - vyhodnocení

#### Hypotéza H1

50 % respondentů mladších 30 let se s bazální stimulací poprvé setkalo ve škole.

Hypotéza se potvrdila.

57 % respondentů mladších 30 let se s bazální stimulací poprvé setkalo ve škole.

#### Hypotéza H2

100 % respondentů starších 38 let se s bazální stimulací poprvé setkali v zaměstnání.

Hypotéza se potvrdila.

100% respondentů starších 38 let se s bazální stimulací poprvé setkalo při výkonu povolání.

#### Hypotéza H3

Více než 50 % respondentů nebude vyškolená v bazální stimulaci kurzem.

Hypotéza se potvrdila.

Více než polovina respondentů (62 %) není proškolená v bazální stimulaci.

#### Hypotéza H4

Více než 50 % respondentů nebude zaznamenávat údaje o provádění bazální stimulaci do ošetrovatelské dokumentace.

Hypotéza se potvrdila

Více než polovina respondentů (52 %) nezaznamenává údaje o provádění bazální stimulaci do ošetrovatelské dokumentace.

#### Hypotéze H5

Více než 50 % respondentů bude nejčastěji využívat somatickou stimulaci.

Hypotéza se potvrdila.

Více než polovina respondentů (71 %) využívá nejčastěji somatickou stimulaci.

#### Hypotéza H6

Většina respondentů si bude přát, aby se rozšířilo využívání konceptu bazální stimulace.

Hypotéze se potvrdila.

Více než polovina respondentů (76 %) si přeje rozšíření využívání konceptu bazální stimulace.

### 3.5 Diskuze

Otázka č. 1 Věk respondentů.

Věk respondentů jsem rozdělila na tři skupiny. Do první skupiny jsem zařadila respondenty, kteří jsou ve věku 20-29 let. Do druhé skupiny jsem zařadila respondenty, kteří jsou ve věku 30-39 let a do poslední skupiny jsem zařadila respondenty, kteří jsou ve věku 40-50 let. Nejpočetnější je druhá skupina, tedy respondenti ve věku 30-39 let. Spadá do ní 14 (48%) respondentů. Druhou nejpočetnější skupinou je skupina první, do které spadají respondenti mezi 20-29 let. Do druhé skupiny spadá 8 (28%) respondentů. Nejméně početná je třetí skupina, ve které jsou respondenti ve věku 40-50 let a spadá do ní 7 (24%) respondentů.

Průměrný věk respondentů je 34,97 let.

Medián je 35 let.

Otázka č. 2 Délka praxe.

Délka praxe respondentů byla poměrně dost různorodá. Proto jsem tuto kategorii rozdělila na čtyři skupiny. První skupina obsahuje respondenty, kteří mají praxi 1-5 let. Do druhé skupiny patří respondenti, kteří mají praxi 6-10 let. Ve třetí skupině jsou respondenti, kteří mají praxi 11-20 let. Ve čtvrté skupině jsou respondenti, kteří mají praxi 21-30 let. Nejpočetnější je první skupina, tedy respondenti s praxí 1-5 let. Do této skupiny spadá 13 (45%) respondentů. Druhou nejpočetnější skupinou je skupina druhá, do níž patří respondenti s délkou práce 6-10 let. Do této skupiny spadá 8 (28%) respondentů. Menší počet respondentů obsahuje třetí skupina, do které spadají respondenti, kteří mají praxi 11-20 let. Spadá do ní 7 (24%) respondentů. Nejméně početná je skupina čtvrtá, do které patří respondenti s délkou praxe 21-30 let. Do této skupiny spadá 1 (3%) respondent.

Průměrná délka praxe je 8,24 let.

Medián je 6 let.

Otázka č. 3 Oddělení na kterém respondent pracuje.

Respondenty jsem rozdělila do dvou skupin. Do první skupiny patří respondenti, kteří pracují na ARO. Do druhé skupiny patří respondenti, kteří pracují na JIP. První skupina respondentů, kteří pracují na ARO, je početnější. Spadá do ní 18 (62%) respondentů. Do druhé skupiny respondentů, kteří pracují na JIP spadá 11 (38%) respondentů.

Otázka č. 4 Co si respondenti představují pod pojmem bazální stimulace.

Tato otázka byla otevřená a respondenti v ní vyjadřovali svůj názor na pojem bazální stimulace. Respondenti velmi často zmiňovali, že koncept bazální stimulace je zaměřen na stimulaci vnímání pacienta. Respondenti zmiňovali také jiné formy stimulace: stimulace formou doteků, stimulace formou smyslových vjemů, stimulování nervového systému. Jeden respondent odpověděl, že pro něj pojem bazální stimulace znamená nedílnou součást jeho práce. Někteří respondenti vnímají pojem bazální stimulace jak formu komunikace s pacientem, nebo jako terapeutický přístup k pacientovi. Jeden respondent označil bazální stimulaci za rehabilitační techniku. Jeden respondent chápe pojem bazální stimulace jako vývoj osobnosti. Na závěr bych ráda zmínila jednoho respondenta, který v pojmu bazální stimulace vidí nový směr v léčbě pacienta.

Odpovědi respondentů značí, že mají povědomí o konceptu bazální stimulace.

Otázka č. 5: Jaké metody podle respondentů patří do konceptu bazální stimulace.

Tato otázka byla otevřená a respondenti v ní vyjadřovali, jaké metody podle nich patří do konceptu bazální stimulace.

7 respondentů zmínilo, že jednou z metod bazální stimulace je dotek. 4 respondenti uvedli iniciální dotek. 4 respondenti zmínili polohování a 2 respondenti napsali konkrétní polohy. 16 respondentů správně popsalo některou (nebo více) technik konceptu bazální stimulace. 1 respondent správně vyjmenovat všechny metody bazální

stimulace.

Celkově respondenti správně zmiňovali jednotlivé techniky, nebo přímo popisovali jednotlivé techniky. To značí o dobré informovanosti respondentů o koncepci bazální stimulace. Pouze dva respondenti uvedli, že neznají žádné konkrétní metody.

Otázka č. 6: Kde se respondenti poprvé setkali s termínem bazální stimulace.

Respondenty jsem rozdělila na 4 skupiny, podle toho, kde se poprvé setkali s konceptem bazální stimulace. První skupina obsahuje respondenty, kteří se s konceptem bazální stimulace poprvé setkali na střední škole. Do druhé skupiny patří respondenti, kteří se s konceptem bazální stimulace poprvé setkali na vyšší odborné škole. Do třetí skupiny patří respondenti, kteří se s konceptem bazální stimulace poprvé setkali na vysoké škole. Do čtvrté skupiny patří respondenti, kteří se s konceptem bazální stimulace poprvé setkali v zaměstnání. Nejpočetnější je skupina čtvrtá, spadá do ní 20 (69,0%) respondentů. Zbylé tři skupiny obsahují vždy po třech respondentech. Do první skupiny, kde místo prvního setkání s konceptem bazální stimulace byla SŠ, patří 3 (10,3%) respondenti. Do druhé skupiny, kde místo prvního setkání s konceptem bazální stimulace byla VOŠ, patří 3 (10,3%) respondenti. Do třetí skupiny, kde místo prvního setkání s konceptem bazální stimulace byla VŠ, patří 3 (10,3%) respondenti.

S touto otázkou souvisí dvě mé hypotézy. Hypotéza H1 (50 % respondentů mladších 30 let se s bazální stimulací poprvé setkalo ve škole) a Hypotéza H2 (100 % respondentů starších 38 let se s bazální stimulací poprvé setkali v zaměstnání). Obě hypotézy se potvrdily.

Pomocí hypotézy H1 jsem chtěla zjistit, v jaké míře se koncept bazální stimulace vyučuje ve škole. Respondenty mladší než 30 let jsem zvolila z toho důvodu, že koncept bazální stimulace je v ČR znám teprve od roku 2000. (Friedlová, 2007) Respondenti, kterým je dnes 30 v té době ještě byli na střední škole a mohli tedy zažít začátky výuky o konceptu bazální stimulace. Výzkum ukázal, že 57% respondentů mladších 30 let se s konceptem bazální stimulace seznámilo při studiu. Výsledek ukazuje, že 43% respondentů mladších 30 let, se s konceptem poprvé setkalo až v zaměstnání. Bylo by

dobré, kdyby výuku o konceptu bazální stimulace zařadily již střední školy, aby měli studenti o konceptu dostatek informací. Očekávala jsem vyšší procento respondentů mladších 30 let, kteří se BS poprvé setkali ve škole.

Pomocí hypotézy H2 jsem chtěla zjistit, zda se koncept bazální stimulace dostal do škol skutečně až po roce 2000. Proto jsem zvolila respondenty starší 38 let, kteří již v roce 2000 pravděpodobně pracovali. 100% respondentů starších 38 let se s konceptem bazální stimulace poprvé setkali v zaměstnání, což značí, že se koncept bazální stimulace začal vyučovat ve škole až po roce 2000.

Otázka č. 7: Zda respondenti absolvovali kurz bazální stimulace.

Tato otázka souvisí s hypotézou H3 (Více než 50 % respondentů nebude vyškolená v bazální stimulaci kurzem.) Hypotéza se potvrdila.

Výzkum ukázal, že proškolení respondentů v konceptu bazální stimulace, je malé. Pouze 10 (34%) respondentů absolvovalo nějakou formu proškolení o konceptu bazální stimulace. Z těchto deseti respondentů pouze 5 (17%) absolvovalo certifikovaný kurz bazální stimulace. Přesto uvedlo 26 (90%) respondentů, že využívá prvky bazální stimulace. Podle K. Friedlové (Friedlová, 2007), může bazální stimulaci aplikovat do praxe pouze člověk, který absolvoval certifikovaný kurz. Z těchto 26 respondentů by tedy mělo správně poskytovat bazální stimulaci pouze 6 respondentů.

Vzhledem k povaze konceptu bazální stimulace, kdy je velmi důležité zapojení rodiny do poskytování péče se zásadami konceptu, si myslím, že by bylo prospěšné mít na oddělení jednu nebo několik proškolených sester, které by vedly ostatní personál a rodinu a dohlížely by na správné provádění technik bazální stimulace. Z jednoho oddělení ARO se mi taková odpověď vrátila. Na oddělení mají jednu proškolenou sestřičku, která vede ostatní personál.

Karkulová a Klugarová ve svém článku (Karkulová, 2011) zdůrazňují, že je velmi důležité se stále vzdělávat a zavádět nové poznatky do praxe.



Otázka č. 8 (zobrazí se pouze v případě, že respondent u otázky č. 7 odpověděl "ano") : Jaké kurzy respondenti absolvovali.

10 respondentů odpovědělo na otázku č. 7 kladně. Z těchto 10 respondentů absolvovalo 5 respondentů certifikovaný kurz bazální stimulace. 1 respondent absolvoval základní, nástavbový a prohlubující kurz. Dva respondenti absolvovali základní a nástavbový kurz bazální stimulace. Dva respondenti absolvovali základní kurz bazální stimulace.

Dalších pět respondentů neabsolvovalo certifikovaný kurz. Dva respondenti absolvovali přednášku o konceptu bazální stimulace na sesterském semináři. Jeden respondent absolvoval také pouze seminář o konceptu bazální stimulace. Jeden respondent odpověděl, že absolvoval semináře, VOŠ, ARIP, informace získává z časopisu Sestra a z internetu. Jeden respondent uvedl, že absolvoval kurzy dle nabídky. Poslední dva respondenti neurčili žádný kurz ani přednášku, která by se přímo týkala konceptu bazální stimulace.

Otázka č. 9 (zobrazí se pouze v případě, že respondent u otázky č. 7 odpověděl "ano") : Na základě čeho respondenti absolvovali kurz.

Na tuto otázku odpovídalo 10 respondentů, 1 respondent uvedl všechny tři důvody, tohoto respondenta nezapočítám do následujícího výčtu. Tento respondent označil také položku "jiné", jeho konkrétní důvodem je zkvalitnění péče na pracovišti. Respondenty jsem rozdělila do tří skupin. Do první skupiny patří respondenti, kteří se do kurzu přihlásili na základě svého zájmu. Do této skupiny spadá 6 respondentů. Do druhé skupiny spadají respondenti, kteří kurz absolvovali v rámci proškolení na pracovišti. Spadají do ní 3 respondenti. Největší roli tedy hraje zájem respondentů.

Otázka č. 10: Jak často respondenti využívají prvky bazální stimulace.

Respondenty jsem rozdělila do tří skupin. Do první skupiny patří respondenti, kteří nepoužívají koncept bazální stimulace v praxi nikdy. Do této skupiny spadají 3 (10%) respondenti. Do druhé skupiny spadají respondenti, kteří používají koncept

bazální stimulace u každého pacienta. Spadá do ní 8 (28%) respondentů. Do třetí skupiny patří respondenti, kteří používají koncept bazální stimulace jen u některých pacientů. Do této skupiny spadá 18 (62%) respondentů.

Jako důvod, proč používají koncept bazální stimulace jen u některých pacientů, odpověděli 4 respondenti, že se rozhodují podle stavu pacienta. Někteří respondenti vypsalí, u kterých pacientů volí koncept bazální stimulace: u pacientů dlouhodobě v bezvědomí, či dlouhodobě ležících nebo u dětí, lidé po KPCR, při "horším" probouzení, či neprobouzení, u pacientů v chronické resuscitační péči, kritický nestabilní klient, kóma, zmatenost. Někteří respondenti uvedli, že ne u každého pacienta je koncept bazální stimulace vhodný. Jeden respondent uvedl, že ji využívá při nelepším se stavu pacienta. Jeden respondent uvedl, že ji využívá u pacientů, kteří mají snížené vnímání, vědomí, pohyblivost a u pacientů, kteří jsou na UPV.

Nejčastěji používají respondenti BS jen u některých pacientů. Vzhledem k sestrami často zmiňované časové tísní si myslím, že i toto je úspěch.

Otázka č. 11: Pro jaké pacienty je podle respondentů vhodná bazální stimulace.

Tato otázka byla otevřená. Často respondenti zmiňovali, že je bazální stimulace vhodná pro pacienty v kómatu, pro pacienty s apalickým syndromem. Jeden respondent uvedl, že je vhodná pro pacienty v dlouhodobé intenzivní péči. Dále respondenti často zmiňovali, že je vhodná pro pacienty se zhoršeným vnímáním, nebo ve změněném stavu vědomí. Dále respondenti zmínili, že je vhodná po různých úrazech a onemocněních, nebo po operacích.

Za zmínku stojí, že tři respondenti uvedli, že podle nich je bazální stimulace vhodná pro všechny. Jeden respondent upřesnil, že jsou vhodné některé prvky bazální stimulace pro všechny.

Koncept bazální stimulace má široké uplatnění v mnoha lékařských oborech. Pro mnoho pacientů a jejich rodin může mít obrovský význam. Respondenti správně zmiňovali oblasti i onemocnění, ve kterých se koncept bazální stimulace uplatňuje. To značí, že respondenti mají povědomí o konceptu bazální stimulace.

Otázka č. 12: Jakým způsobem respondenti vyhodnocují vhodnost bazální stimulace pro jednotlivé pacienty.

Tato otázka byla otevřená. 9 respondentů uvedlo více možností.

Respondenty jsem rozdělila do sedmi skupin, podle způsobu vyhodnocování. Do první skupiny patří respondenti, kteří vyhodnocují vhodnost na základě stavu pacienta. Tento způsob vyhodnocování zvolilo 14 (44%) respondentů. Do druhé skupiny patří respondenti, kteří nevyužívají prvky bazální stimulace vůbec. Tento způsob vyhodnocování zvolili 3 (9%) respondenti. Do třetí skupiny patří respondenti, kteří vyhodnocují vhodnost na základě domluvy s kolegy. Tento způsob vyhodnocování zvolilo 8 (25%) respondentů. Do čtvrté skupiny patří respondenti, kteří vyhodnocují vhodnost na základě svého uvážení. Tento způsob vyhodnocování zvolili 2 (6%) respondenti. Do páté skupiny patří respondenti, kteří vyhodnocují vhodnost na základě hodnotící škály. Tento způsob vyhodnocování zvolil 1 (3%) respondent. Do šesté skupiny patří respondenti, kteří vyhodnocují vhodnost po domluvě s rodinou. Tento způsob vyhodnocování zvolil 3 (9%) respondenti. Do sedmé skupiny patří respondenti, kteří vyhodnocují vhodnost na základě vnitřního nařízení. Tento způsob vyhodnocování zvolil 1 (3%) respondent.

V Domově pro seniory v Bechyni také volí vhodnost bazální stimulace podle stavu pacienta. (Karkulová, 2011)

Otázka č. 13: Podle čeho volí respondenti techniku bazální stimulace.

Tato otázka byla otevřená. 2 respondenti uvedli více způsobů.

Respondenty jsem rozdělila do sedmi skupin, podle způsobu, kterým volí vhodnou techniku bazální stimulace. Do první skupiny patří respondenti, kteří volí techniku bazální stimulace na základě stavu pacienta. Tento způsob volby techniky bazální stimulace zvolilo 16 (52%) respondentů. Do druhé skupiny patří respondenti, kteří volí techniku bazální stimulace na základě doporučení lékaře. Tento způsob volby techniky bazální stimulace zvolil 1 (3%) respondent. Do třetí skupiny patří respondenti, kteří nepoužívají prvky bazální stimulace. Tuto možnost zvolili 3 (9%) respondenti.

Do čtvrté skupiny patří respondenti, kteří volí techniku bazální stimulace na základě domluvy s kolegy. Tento způsob volby techniky bazální stimulace zvolilo 7 (23%) respondentů. Do páté skupiny patří respondenti, kteří volí techniku bazální stimulace na základě vnitřního nařízení. Tento způsob volby techniky bazální stimulace zvolil 1 (3%) respondent. Do šesté skupiny patří respondenti, kteří volí techniku bazální stimulace na základě reakce pacienta. Tento způsob volby techniky bazální stimulace zvolili 2 (6%) respondenti. Do sedmé skupiny patří respondenti, kteří volí techniku bazální stimulace po domluvě s rodinou pacienta. Tento způsob volby techniky bazální stimulace zvolil 1 (3%) respondent.

Na základě stavu pacienta volí techniku bazální stimulace také v domově pro seniory v Bechyni (Karkulová, 2011). Tam také zjistili, že ne všichni jejich klienti reagují pozitivně, někteří nereagují vůbec. U takových pacientů volí a následně zkouší jiné techniky, na které by klienti reagovali pozitivně.

#### Otázka č. 14: Zda respondenti při bazální stimulaci využívají pomůcky

Respondenty jsem rozdělila na dvě skupiny. Do první skupiny patří respondenti, kteří používají pomůcky. Do této skupiny spadá 23 (79%) respondentů. Do druhé skupiny patří respondenti, kteří nepoužívají pomůcky. Do této skupiny spadá 6 (21%) respondentů.

Respondenti ve velké míře používají polohovací pomůcky. Dále používají pacienti osobní předměty, rádio, fotografie, obrázky, vibrax, pacientovy oblíbené potraviny, masážní emulze, míčky.

Více než polovina pacientů používá při aplikaci bazální stimulace do praxe pomůcky. Nejvíce respondenti využívají polohovací pomůcky. Vzhledem k tomu, že na většině oddělení jsou polohovací pomůcky běžně v dispozici, tento typ pomůcek by neměl činit problémy při zavádění konceptu do praxe. Dalšími pomůckami, které jsou respondenty hojně využívány, jsou osobní předměty pacienta. Vzhledem k tomu, že tyto předměty neobstarává zdravotnické zařízení, ale rodina a přátelé pacienta, tak by tyto pomůcky také neměly činit problém, při zavádění konceptu bazální stimulace do praxe.

Problematickými položkami by mohlo být rádio, vibrax, pacientovi oblíbené potraviny, míčky. V mnoha případech by ale mohli být ochotni tyto věci pořídit nebo donést rodinní příslušníci.

Pro poskytování bazální stimulace jsou nejdůležitější ruce terapeuta a dotek. Proto je možné alespoň některé prvky bazální stimulace aplikovat do praxe bez použití jakýchkoli pomůcek. Stačí nám jen naše ruce a vlídný přístup.

V Domově pro seniory v Bechyni používají při poskytování bazální stimulace různé pomůcky, například froté ponožky, žínky, tělová mléka, nebo vatové tyčinky namočené do klientova oblíbeného nápoje. (Karkulová, 2011) Na chirurgické JIP v Ostravě používají pacienti osobní předměty. (Mechová 2006)

Otázka č. 15: Zda si respondenti myslí, že je využívání konceptu bazální stimulace prospěšné.

Na tuto otázku odpovědělo 29 (100%) respondentů kladně. Všichni respondenti si myslí, že využívání konceptu bazální stimulace je prospěšné. U této otázky byl dodatek, kdy měli respondenti svůj názor vysvětlit. Bohužel, ne všichni otázku doplnili.

Zajímavým jevem je, přestože všichni respondenti na tuto otázku odpověděli kladně, zároveň 4 respondenti odpověděli, že by nechtěli více využívat koncept bazální stimulace a nezaznamenávají provádění bazální stimulace do ošetřovatelské dokumentace. To značí, že na jejich oddělení je bazální stimulace prováděna nesystematicky a tudíž nedostatečně. Přesto nechtějí využívat bazální stimulaci více, ale myslí si, že je její provádění přínosné.

Na pediatrickém oddělení resuscitační a intenzivní péče v Ostravě si myslí, že koncept bazální stimulace je velmi prospěšný jak pro samotné pacienty, tak pro jejich rodiče. (Wolffová, 2006). Také na chirurgické JIP v Ostravě došli k názoru, že bazální stimulace je prospěšná pro pacientovu rodinu, pacienta samotného, ale i pro personál. (Mechová, 2006)

Otázka č. 16: Zda by respondent chtěl, aby byla bazální stimulace využívána u jeho příbuzného.

29 (100%) respondentů na tuto otázku odpovědělo kladně. Myslím, že tato otázka ukazuje, co si respondenti opravdu myslí o konceptu bazální stimulace. Každý člověk chce pro své blízké tu nejlepší péči. Zajímavé je, že stejně jako v předchozí otázce odpověděli kladně také respondenti, kteří koncept bazální stimulace využívají nedostatečně a nechtějí ho využívat více.

Otázka č. 17: Zda si respondenti myslí, že je využívání konceptu bazální stimulace dostatečné.

Respondenty jsem rozdělila do dvou skupin. Do první skupiny patří respondenti, kteří odpověděli, že by se mělo používání konceptu rozšiřovat. Do této skupiny patří 23 (79%) Do druhé skupiny patří respondenti, kteří odpověděli, že podle nich je využívání konceptu bazální stimulace rozšířené dostatečně. Do této skupiny patří 6 (21%) respondentů.

S touto otázkou souvisí hypotéza H6 (Většina respondentů si bude přát, aby se rozšířilo využívání konceptu bazální stimulace.) Hypotéza se potvrdila. Více než polovina respondentů si myslí, že by se mělo používání bazální stimulace rozšiřovat.

otázka č. 18: Zda vedou na oddělení, kde respondent pracuje, záznamy o prováděné bazální stimulaci v ošetrovatelské dokumentaci.

Respondenty jsem rozdělila na dvě skupiny. Do první skupiny patří respondenti, kteří zaznamenávají poskytování bazální stimulace do ošetrovatelské dokumentace. Do této skupiny spadá 14 (48%) respondentů. Do druhé skupiny patří respondenti, kteří nezaznamenávají poskytování bazální stimulace do ošetrovatelské dokumentace. Do této skupiny spadá 15 (52%) respondentů.

S touto otázkou souvisí hypotéza H4 (Více než 50 % respondentů nebude zaznamenávat údaje o prováděné bazální stimulaci do ošetrovatelské dokumentace.)

Hypotéza se potvrdila.

Výzkum ukázal, že více než polovina respondentů (52 %) na svých odděleních nezaznamenává bazální stimulaci do ošetrovatelské dokumentace. To znamená, že bazální stimulace je na těchto odděleních poskytována nesystematicky. Pokud není průběh bazální stimulace zapisován v ošetrovatelské anamnéze, není možné zajistit návaznost péče, zaznamenávat reakce pacienta a předcházet jeho případným negativním reakcím. Není možné sledovat, jaký má stimulace na pacienta vliv, ani nelze dokumentovat zda a jaké dělá pacient v rámci bazální stimulace pokroky. Záznam do ošetrovatelské dokumentace by měl být samozřejmou součástí poskytování péče. Do ošetrovatelské dokumentace zaznamenáváme jaké má pacient invazivní vstupy, jaké má rány, jakou má bolest, zaznamenáváme kdy byl pacient na stoličce a u nesoběstačných pacientů zaznamenáváme hygienu, polohování a podobně. Všechny tyto věci jsou zaznamenávány aby bylo jasné, jaká péče je pacientovi poskytována. Pokud pacienta ošetřujeme s využitím konceptu bazální stimulace, musí to být zaznamenáno také do ošetrovatelské dokumentace.

Otázka č. 19 (zobrazí se pouze v případě, že na otázku číslo 18. respondent odpověděl "ne"): Jakým způsobem respondent zaznamenává používání konceptu bazální stimulace.

Pokud respondenti odpověděli, že nezaznamenávají provádění bazální stimulace do ošetrovatelské dokumentace, zajímalo mne, jakým způsobem provádění bazální stimulace provádějí. Respondenty jsem rozdělila do dvou skupin. Do první skupiny patří z respondenti, kteří nezaznamenávají provádění bazální stimulace vůbec. Do této skupiny spadá 12 (71%) respondentů. Do druhé skupiny patří respondenti, kteří zaznamenávají provádění bazální stimulace pouze ústně při hlášení sester, případně pouze sestřím, které jsou konceptu nakloněny. Do této skupiny spadají 3 (29 %) respondenti.

Otázka č. 20: Které faktory mají podle respondentů vliv na zavedení

a uplatňování bazální stimulace na jejich oddělení.

Tuto otázku správně zodpovědělo pouze 6 respondentů. Porovnávala jsem jakým číslem byli jednotlivé faktory označeny. Vždy jsem využila pouze správně vyplněné dotazníky pro jednotlivé faktory.

Faktory jsou seřazené, podle nejvyššího počtu označení daným číslem:

- faktor, který měl nejvíce označení číslem 1- postoj sester
- faktor, který měl nejvíce označení číslem 2 - postoj sester
- faktory, které měly nejvíce označení číslem 3 - rozhodnutí staniční sestry a dovednosti sester
- faktor, který měl nejvíce označení číslem 4 - složení pacientů
- faktor, který měl nejvíce označení číslem 5 - souladné stanovisko staniční sestry a primáře oddělení
- faktory, které měly nejvíce označení číslem 6 - rozhodnutí primáře oddělení, rozhodnutí staniční sestry, vzdělání sester, dovednosti sester a složení pacientů
- faktory, které měly nejvíce označení číslem 7 - rozhodnutí primáře oddělení a složení pacientů
- faktory, které měly nejvíce označení číslem 8 - rozhodnutí primáře oddělení, souladné stanovisko primáře oddělení a staniční sestry, jiné (nedostatek času, tlak z ciziny)

Důležitost postoje si uvědomují v pediatrickém oddělení resuscitační a intenzivní péče v Ostravě (Wolffová, 2006) i na chirurgické JIP v Ostravě (Mechová, 2006),

Otázka č. 21: Jaké techniky bazální stimulace respondenti používají

Otázka byla uzavřená, polynomická s možností výběru více alternativ. Výzkum ukázal, že respondenti využívají v různé míře všechny prvky bazální stimulace.



Otázka č. 22: Jakou techniku bazální stimulace používají nejvíce

Výzkum ukázal, že 17 (68 %) respondentů nejčastěji využívají somatickou stimulaci.

4 (16 %) respondenti nejčastěji využívá taktilně-haptickou stimulaci. 2 (8 %) respondenti nejčastěji využívá auditivní stimulaci. 1 (4 %) respondent nejčastěji využívá orální stimulace. 1 (4 %) respondent nejčastěji využívá vibrační stimulaci.

S toutou otázkou souvisí hypotéza H5 (Většina respondentů bude nejčastěji využívat somatickou stimulaci.). Hypotéza se potvrdila. Více než polovina respondentů nejčastěji využívá somatickou stimulaci. Somatická stimulace je tedy pravděpodobně pro respondenty nejprístupnější, nebo s ní mají nejlepší zkušenosti.

Otázka č. 23: Zda by respondent chtěl více využívat prvky bazální stimulace

Na tuto otázku odpovědělo 5 (17%) respondentů záporně a 24 (83%) respondentů kladně. Jeden z respondentů, kteří odpověděli záporně, bazální stimulaci využívá v poměrně rozsáhlé formě včetně zaznamenávání poskytování bazální stimulace do ošetrovatelské dokumentace. 4 respondenti, kteří odpověděli na tuto otázku záporně, nezaznamenávají bazální stimulaci do ošetrovatelské dokumentace a tedy poskytují bazální stimulaci nesystematicky.

Otázka č. 24 (zobrazí se pouze v případě, že respondent odpověděl na otázku č. 23 "ano"): Co respondentovi brání ve větším využívání prvků bazální stimulace

V této otázce respondenti odpovídali pouze pokud na otázku č. 23 (zda by respondent chtěl více využívat prvky bazální stimulace) odpověděli kladně. Na otázku odpovědělo 24 respondentů.

Zajímaly mě faktory, které respondentům brání v častějším využívání konceptu

bazální stimulace. Výzkum ukázal, že nejčastějším faktorem, který respondentům brání ve využívání konceptu bazální stimulace ve větší míře, je neznalost, kterou označilo 8 (33 %) respondentů.

V roce 2000 byl koncept bazální stimulace poprvé představen v ČR díky článku Karolíny Friedlové v časopisu sestra. V roce 2003 proběhly první kurzy bazální stimulace pod vedení Karolíny Friedlové. V roce 2007 vyšla v ČR první učebnice bazální stimulace taktéž od Karolíny Friedlové. Nyní se pořádají kurzy bazální stimulace v různých zdravotnických zřízeních po celé ČR. V případě, že by měli respondenti opravdu zájem dozvědět se více, možnosti jistě existují. Irena Mechová a Kamila Majkusová zmiňují, že kromě znalosti BS sestrami je důležitá také znalost BS lékaři. (Mechová, 2006)

Jako další důvod uvedlo 5 respondentů nedostatek personálu (21 %).

Dalším faktorem, který uvedli 4 (17 %) respondenti, je nedostatek času sester.

Dalším faktorem, který uvedlo 5 (13 %) respondentů, je negativní postoj sester.

Věra Wolffová ve svém článku Bazální stimulace – pohled do zákulisí zmiňuje, že důležitější než vysoké vzdělání je lidskost a empatický přístup k pacientovi. Proto hraje postoj sester obrovskou roli. Sestra, která sice bude perfektně znát všechny techniky konceptu, ale nebude k pacientovi přistupovat s empatií a lidskostí, mu neprokáže příliš dobrou službu.

Také Irena Mechová a Kamila Majkusová zmiňují ve svém článku důležitost přístupu sester.

Posledním faktorem, který uvedl 1(4%) respondent, jsou velké místnosti s více lůžky (chybí boxový systém).

### 3.5.1 Shrnutí

Dotazovaní respondenti měli povědomí o konceptu bazální stimulace. Správně

popisovali techniky bazální stimulace a jejich představa o konceptu taktéž odpovídá realitě. Respondenti se nejčastěji s bazální stimulací poprvé setkali v zaměstnání. Očekávala jsem větší zastoupení respondentů, kteří se s konceptem setkali již při studiu. Začleňování konceptu do studia je velmi přínosné a doufám, že časem se bude běžně vyučovat již na středních školách. Vzdělání v konceptu bazální stimulace je esenciální. Bez absolvování kurzu by bazální stimulace neměla být prováděna. Ideální stav by byl, pokud by všechny sestry na oddělení měly kurz bazální stimulace. Nicméně vzhledem ke chtěnému zapojování rodiny do péče o pacienta s prvky bazální stimulací a k tomu, že ne vždy jsou sestry ochotné se vzdělávat, si myslím, že by bylo vhodné mít alespoň jednu nebo více proškolených sester na oddělení, které by vedly ostatní sestry a rodinné příslušníky.

Velmi málo respondentů absolvovalo kurz bazální stimulace, jejich počet jsem očekávala vyšší. Naopak velmi málo respondentů nevyužívá nikdy prvky bazální stimulace. Tento výsledek mě velmi příjemně překvapil a jsem ráda, že tomu tak je. Nejvíce respondentů volí vhodnost bazální stimulace i konkrétní metodu podle pacientova stavu. Myslím si, že je to nejlepší možnost, protože umožňuje reagovat na pacientovi potřeby a na jeho reakce na poskytovanou péči.

Mnoho respondentů využívá při bazální stimulaci různé pomůcky. Velmi mě potěšilo, že několik respondentů uvedlo, že běžně využívá pacientových osobních předmětů. To značí i dobrou spolupráci s pacientovou rodinou.

Všichni respondenti si myslí, že je koncept bazální stimulace prospěšný. Vzhledem ke zkušenostem sester, které uvedly ve člancích a které jsem uvedla v teoretické části, jsem takový výsledek nečekala. Kladně odpovídali i respondenti, kteří jinak nejevili zájem o koncept a o jeho rozšiřování. Jako zásadní nedostatek vidím to, že více než polovina respondentů nezaznamenává bazální stimulaci do ošetřovatelské dokumentace. K řádnému provádění bazální stimulace je zaznamenávání do ošetřovatelské dokumentace naprostou nutností. Pokud k tomu nedochází, je to v podstatě stejné, jako by nebyla bazální stimulace prováděna vůbec. Integrace bazální stimulace do ošetřovatelské praxe by měla probíhat na všech úrovních a tedy i na úrovni dokumentace.

Respondenti vidí jako nejdůležitější faktor zavádění konceptu bazální stimulace do ošetrovatelské praxe postoj sester. I ve zkušenostech sester, které jsem prezentovala v teoretické části, se ukázalo, že postoj sester ke konceptu je zásadní. Jako nejoblíbenější technika bazální stimulace se jeví somatická stimulace. Odpovídá to také zkušenostem sester, které jsem prezentovala v teoretické části. Velmi mě potěšilo, že by velká část respondentů chtěla využívat bazální stimulaci více, než ji využívají nyní. To značí zvyšování zájmu o bazální stimulaci a tedy i příslib ještě lepší integrace konceptu bazální stimulace do ošetrovatelské péče.

### 3.6 Závěr

Z výzkumu vyplývá, že integrace konceptu bazální stimulace se postupně zvyšuje. Koncept je mezi zdravotními sestrami poměrně dobře známý. Nicméně z výzkumu vyplývá také to, že bazální stimulaci poskytuje mnoho respondentů nesystematicky. K profesionálnímu, systematickému a ucelenému poskytování bazální stimulace je nutné, aby se na jejím poskytování podílel celý tým (nutnost dodržování iniciálního doteku pro všechny osoby, které přitupují k pacientovi). Zásadní je, aby bylo provádění bazální stimulace dokumentováno v ošetrovatelské dokumentaci. Bez toho není možné provádět péči kontinuálně, ani hodnotit vliv konceptu bazální stimulace na pacienta.

Důležitá je také integrace konceptu do vzdělávání. Výzkum ukazuje, že i do této oblasti se koncept pomalu začleňuje.

V poskytování bazální stimulace se jako nejdůležitější prvek jeví postoj sester a jejich ochota se dále vzdělávat a nově nabyté poznatky uplatňovat v praxi.

Všichni respondenti uvedli, že bazální stimulace je podle nich prospěšná. Jistě by tedy stálo za to věnovat tomuto konceptu více času, nebát se získat více vědomostí a snažit se ho komplexně začlenit do ošetrovatelské péče a do vzdělávání

### 3.7 Literatura

1. EGEROD, Ingrid, Glennie Marie ALMER, Rasmus Risager THOMSEN. A descriptive study of basic stimulation in Danish ICUs in 2006. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2009, roč. 23, č. 4, s. 697-704. ISSN 02839318. DOI: 10.1111/j.1471-6712.2008.00664.x. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1471-6712.2008.00664.x>
2. FARKAŠOVÁ, Dana. *Výzkum v ošetrovatelství*. Martin: Osveta, c2006, 87 s. ISBN 80-806-3229-4.
3. FRIEDLOVÁ, Karolína. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 168 s. Sestra. ISBN 978-802-4713-144.
4. FRIEDLOVÁ, Karolína. Koncept Bazální stimulace a jeho uplatnění. *Diagnóza v ošetrovatelství: odborný a informační časopis pro zdravotnické pracovníky*. 2012, roč. 7, č. 2, s. 30-31. ISSN 1801-1349.
5. FRIEDLOVÁ, Karolína. Koncept Bazální stimulace. *Rezidenční péče: odborný čtvrtletník pro management ústavů sociální péče*. 2008, roč. 4, č. 2, s. 18-19. ISSN 1801-8718.
6. KARKULOVÁ, Radka a Anna KLUGAROVÁ. Bazální stimulace v Domově pro seniory Bechyně. *Sestra*. 2011, č. 10. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/bazalni-stimulace-v-domove-pro-seniory-bechyne-461779>
7. KLIMČÍKOVÁ, Martina. *Aplikace konceptu bazální stimulace v práci sester*. Brno, 2008. Dostupné z: [http://is.muni.cz/th/176652/lf\\_b/](http://is.muni.cz/th/176652/lf_b/). Bakalářská práce. Masarykova univerzita. Vedoucí práce Mgr. Jitka Dresslerová.
8. LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie*. 3. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 1998, 343 s., obr. ISBN 80-716-9195-X.
9. MECHOVÁ, Irena a Bc. Kamila MAJKUSOVÁ. Bazální stimulace na JIP. *Sestra*. 2006, č. 12. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/bazalni-stimulace-na-jip-281815>

10. NAŇKA, Ondřej, Miloslava ELIŠKOVÁ a Oldřich ELIŠKA. 2., dopl. a přeprac. vyd. Editor Lubomír Houdek. Praha: Karolinum, 2009, xi, 416 s. ISBN 978-802-4617-176.
11. SILBERNAGL, Stefan a Agamemnon DESPOPOULOS. *Atlas fyziologie člověka*. 6. přeprac. a rozš. vyd. Praha: Grada, 2004, XII, 435 s. ISBN 80-247-0630-X.
12. SLEZÁK, Patrik. Bazální stimulace v praxi na ARO. *Sestra*. 2010, 7-8. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/bazalni-stimulace-v-praxi-na-aro-453231>
13. SYŘENOVÁ, Romana. *Využití bazální stimulace u geriatrických pacientů*. Zlín, 2009. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Vedoucí práce Mgr. Anna Krátká.
14. ŠÁNDOROVÁ, Ilona. Bazální stimulace u klientů s dg. perzistentního vegetativního stavu. *Sestra- příloha Chronicky nemocný v domácí a ústavní péči*. 2008, č. 9, s. 8-10. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra-priloha/bazalni-stimulace-u-klientu-s-dg-perzistentniho-vegetativniho-st-383389>
15. UHLÍŘOVÁ, Markéta. *Analýza využití konceptu bazální stimulace v sesterské péči na JIP a ARO*. Praha, 2009. Diplomová práce. Univerzita Karlova. Vedoucí práce Mgr. Eva Prokešová.
16. WOLFFOVÁ, Věra. Bazální stimulace - pohled do zákulisí. *Sestra*. 2006, č. 6. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/bazalni-stimulace-pohled-ze-zakulisi-276178>
17. Bazální stimulace prospívá pacientům i zdravotníkům. *Jak zdravotnická technika zlepšuje péči o pacienta*. 2006, č. 3, s. 4-5.
18. *INSTITUT Bazální stimulace* [online]. 2012 [cit. 2012-06-25]. Dostupné z: [www.bazalni-stimulace.cz](http://www.bazalni-stimulace.cz)

### 3.8 Příloha 1 - Dotazník

Věk

Délka praxe na oddělení typu ARO, JIP

Pracujete na oddělení ARO nebo JIP?

- JIP
- ARO

Co si představujete pod pojmem bazální stimulace?

Jaké metody podle Vás patří do konceptu bazální stimulace?

Kde jste se poprvé setkal/a s pojmem bazální stimulace?

- SŠ
- VOŠ
- VŠ
- zaměstnání
- jiné:

Absolvoval/a jste nějaké kurzy bazální stimulace?

- Ano
- Ne



a) Pokud ano, jaké kurzy jste absolvoval/a?

b) Do kurzu jste se přihlásil/a :

- Na základě svého zájmu o bazální stimulaci
- V rámci proškolení na pracovišti
- Jiné (doplňte)

Kdy využíváte prvky bazální stimulace?

- Nikdy
- U každého pacienta
- jen u některých pacientů

Pokud jen u některých pacientů, vysvětlíte proč:

Pro jaké pacienty je podle Vás vhodná bazální stimulace?

Jakým způsobem vyhodnocujete vhodnost bazální stimulace pro jednotlivé pacienty?

Podle čeho volíte vhodnou techniku bazální stimulace?

Pokud používáte při bazální stimulaci pomůcky, uveďte jaké

- Nepoužívám žádné pomůcky
- Používám tyto pomůcky:

Myslíte si, že je využívání konceptu bazální stimulace prospěšné?

Ano

Ne

Svůj postoj zdůvodněte:

Chtěl/a byste aby byl koncept bazální stimulace využívám u Vašeho příbuzného?

Ano

Ne

Myslíte si, že je využívání konceptu bazální stimulace dostatečné, nebo že by se mělo více rozšiřovat?

Využívání konceptu je dostatečné

Využívání konceptu by se mělo rozšiřovat

Vedete v ošetrovatelské dokumentaci záznam o tom, že je u pacienta používána bazální stimulace?

Ano

Ne

a) Pokud ne, jakým způsobem zaznamenáváte používání konceptu bazální stimulace u pacienta?

Které faktory, dle Vašeho názoru, měly největší vliv na zavedení a uplatňování bazální stimulace na Vašem pracovišti (vytvořte pořadí od nejdůležitějšího faktoru = 1....k nejméně důležitému = 8 )

- rozhodnutí primáře oddělení
- rozhodnutí staniční sestry
- souladné stanovisko obou
- postoje sester
- vzdělání sester
- dovednosti sester
- složení pacientů
- jiné faktory - jaké?.....

Jaké techniky bazální stimulace používáte? (můžete zaškrtnout více odpovědí)

- Somatická stimulace
- Vestibulární stimulace
- Vibrační stimulace
- Optická stimulace
- Auditivní stimulace
- Orální stimulace
- Olfaktorická stimulace
- Taktilně-haptická stimulace

Jakou techniku bazální stimulace používáte nejčastěji?

- Somatická stimulace
- Vestibulární stimulace
- Vibrační stimulace
- Optická stimulace
- Auditivní stimulace
- Orální stimulace
- Olfaktorická stimulace
- Taktilně-haptická stimulace

Chtěl/a byste využívat techniky bazální stimulace více, než je užíváte teď?

- Ano
- Ne

a) Pokud jste odpověděl na předchozí otázku ano: Vysvětlete, co Vám brání ve větším užívání technik bazální stimulace: