

Využití bazální stimulace u poskytovatelů zdravotních služeb

Bc. Alena Ševčíková

Diplomová práce
2015



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií


INSTITUT
MEZIOBOROVÝCH STUDIÍ

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Institut mezioborových studií

akademický rok: 2014/2015

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Alena Ševčíková**
Osobní číslo: **H138278**
Studijní program: **N7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor: **Sociální pedagogika**
Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Využití bazální stimulace u poskytovatelů zdravotních služeb**

Zásady pro vypracování:

Zadané a zvolené téma bude zpracováno podle pokynů obsažených v SR UTB ve Zlíně č. 7/2014, včetně příloh, případně podle dalších materiálů. Zejména bude dbáno na dodržování zásad publikační etiky a pravidel společenskovedního výzkumu. Průběžně výsledky práce budou pravidelně konzultovány s vedoucí diplomové práce.

S vědomím těchto zásad a pravidel a po konzultaci s vedoucí bude práce zaměřena:

- na identifikaci základních teoretických východisek bazální stimulace a objasnění jednotlivých prvků bazální stimulace;
- na problematiku využívání bazální stimulace v ošetrovatelské péči u pacientů hospitalizovaných na lůžkových odděleních u poskytovatelů zdravotních služeb;
- na uplatnění prvků sociální pedagogiky při využívání bazální stimulace u pacientů a jiných zájmových skupin.

Součástí práce bude výzkum – kvantifikovaná analýza využívání bazální stimulace u pacientů v konkrétním zdravotnickém zařízení podle předem stanovených ukazatelů a dále budou zpracovány případové studie – kazuistiky zaměřené na praktické využití bazální stimulace přímo při poskytování ošetrovatelské péče.

Rozsah diplomové práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

BAKOŠOVÁ, Zlatica. Sociálna pedagogika ako životná pomoc. Bratislava: STIMUL, 2005, 220 s. ISBN 80-89236-00-6.

FRIEDLOVÁ, Karolína. Bazální stimulační v základní ošetrovatelské péči. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 2007, 168 s. Sestra. ISBN 978-80-247-1314-4.

FRIEDLOVÁ, Karolína. Skriptum pro základní kurz Bazální stimulační v ošetrovatelské péči. Frýdek-Místek: Tiskárna Kleinwachter, 2003, 32 s.

IVANOVÁ, Kateřina. Základy etiky a organizační kultury v managementu zdravotnictví. Vyd. 1. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006, 240 s. Sociologické pojmosloví, sv. 1. ISBN 80-701-3442-9.

KRAUS, Blahoslav, Věra POLÁČKOVÁ. Člověk - prostředí - výchova: k otázkám sociální pedagogiky. Brno: Paido - edice pedagogické literatury, 2001, 199 s. ISBN 80-7315-004-2.

ŠMARDA, Jan. Biologie pro psychology a pedagogy. Vyd. 2. Praha: Portál, 2007, 420 s. ISBN 978-80-7367-343-7.

Vedoucí diplomové práce:

PhDr. Hana Jůzlová

Institut mezioborových studií

Datum zadání diplomové práce:

4. listopadu 2014

Termín odevzdání diplomové práce:

31. března 2015

V Brně dne 4. listopadu 2014


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




doc. PhDr. Miloslav Jůzl, Ph.D.
ředitel ústavu

Prohlašuji, že

- beru na vědomí, že odevzdáním diplomové práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby;
- beru na vědomí, že diplomová práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k prezenčnímu nahlédnutí, že jeden výtisk diplomové práce bude uložen v příruční knihovně Fakulty humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně a jeden výtisk bude uložen u vedoucího práce;
- byl/a jsem seznámen/a s tím, že na moji diplomovou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3;
- beru na vědomí, že podle § 60 odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- beru na vědomí, že podle § 60 odst. 2 a 3 autorského zákona mohu užít své dílo – diplomovou práci nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen připouští-li tak licenční smlouva uzavřená mezi mnou a Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně s tím, že vyrovnání případného přiměřeného příspěvku na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše) bude rovněž předmětem této licenční smlouvy;
- beru na vědomí, že pokud bylo k vypracování diplomové práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tedy pouze k nekomerčnímu využití), nelze výsledky diplomové práce využít ke komerčním účelům;
- beru na vědomí, že pokud je výstupem diplomové práce jakýkoliv softwarový produkt, považují se za součást práce rovněž i zdrojové kódy, popř. soubory, ze kterých se projekt skládá. Neodevzdání této součásti může být důvodem k neobhájení práce.

Prohlašuji,

- že jsem na diplomové práci pracovala samostatně a použitou literaturu jsem citovala. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.
- že odevzdaná verze diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

V Brně 20.3.2015

Alena Ševčíková (Ševčíková)
.....
podpis diplomanta

ABSTRAKT

Diplomová práce je zaměřena na oblast využívání pedagogicko-ošetrovatelského konceptu bazální stimulace u poskytovatelů zdravotních služeb. V teoretické části této práce jsou identifikovány a popsány základní pojmy, teoretická východiska této metody, jednotlivé techniky a prvky bazální stimulace i souvislosti, týkající se sociální pedagogiky a dané metody. Praktická část prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů s oslovenými respondenty a případových studií, vypracovaných na základě analýz dokumentů, podporuje teoretickou část, neboť objasňuje vlastní proces uplatňování metody bazální stimulace přímo v praxi. Významně tak přispívá k zodpovězení základní výzkumné otázky této diplomové práce: **„Jak je uplatňována metoda bazální stimulace při péči o pacienty u poskytovatelů zdravotních služeb?“**

Klíčová slova:

bazální stimulace, ošetrovatelská péče, komunikace, vnímání, pohyb, stimulace, potřeby, prostředí, smyslové orgány, kvalita života

ABSTRACT

The diploma thesis is focused on the use of pedagogical nursing concept of the basal stimulation among health care providers. The fundamental terms, the theoretical basis of the method, the particular techniques and elements of the basal stimulation are identified and described in the theoretical part of the thesis as well as the context of the social pedagogy and the method itself. The practical part supports the theoretical part by means of the semi-structured interviews with the addressed respondents and the case studies based on the analyses of the documents, it clarifies the actual process of applying the method of the basal stimulation directly in practice. It significantly contributes to answer the basic research question of the thesis: “How is the method of the basal stimulation applied to the patient care among health care providers?”

Keywords:

basal stimulation, nursing care, communication, perception, movement, stimulation, needs, environment, sense organs, quality of life

MOTTO:

„Jak všechny smyslové jevy, tak i to, co je v mysli, je ve vztahu k člověku a nikoli k vesmíru.“

Francis Bacon

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych touto cestou poděkovala PhDr. Haně Jůzlové za odborné vedení, za pomoc a cenné rady při zpracovávání této práce.

Velice ráda bych touto cestou poděkovala odborné lektorce Bc. Heleně Dvořákové, DiS. za umožnění zúčastnit se kurzu Bazální stimulace®, který ještě více podpořil můj zájem o danou problematiku.

Děkuji také své rodině za podporu a trpělivost.

PROHLÁŠENÍ

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

OBSAH

ÚVOD.....	9
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 BAZÁLNÍ STIMULACE.....	12
1.1 PODSTATA A VÝZNAM BAZÁLNÍ STIMULACE.....	12
1.2 HISTORIE VÝVOJE BAZÁLNÍ STIMULACE	15
1.3 VÝZNAM UPLATŇOVÁNÍ BAZÁLNÍ STIMULACE	18
1.4 VYUŽÍVÁNÍ BAZÁLNÍ STIMULACE V PRAXI	20
2 CHARAKTERISTIKA BAZÁLNÍ STIMULACE.....	23
2.1 POŽADAVEK CELISTVOSTI A HOLISTICKÉHO PŘÍSTUPU V BAZÁLNÍ STIMULACI	23
2.2 ZNAKY BAZÁLNÍ STIMULACE.....	25
2.3 TEORETICKÁ VÝCHODISKA BAZÁLNÍ STIMULACE	26
2.4 OBLASTI BAZÁLNÍ STIMULACE	31
2.5 ASPEKTY BAZÁLNÍ STIMULACE	36
3 TECHNIKY BAZÁLNÍ STIMULACE.....	38
3.1 ZÁKLADNÍ PRVKY STIMULACE.....	39
3.2 PRVKY NÁSTAVBOVÉ STIMULACE.....	50
3.3 TERAPEUTICKÉ METODY S VYUŽITÍM POZNATKŮ BAZÁLNÍ STIMULACE.....	52
3.4 BAZÁLNÍ STIMULACE V KONTEXTU SOCIÁLNÍ PEDAGOGIKY	53
II PRAKTICKÁ ČÁST	57
4 METODIKA VÝZKUMU	58
4.1 CÍLE VÝZKUMU	58
4.2 CELKOVÁ STRATEGIE VÝZKUMU	59
4.3 FORMULACE DÍLČÍCH VÝZKUMNÝCH OTÁZEK	60
4.4 PŘÍSTUPY A TECHNIKY SBĚRU DAT	61
4.5 JEDNOTKA ZKOUMÁNÍ A ZJIŠŤOVÁNÍ	63
4.6 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO PROSTŘEDÍ	64
4.7 CHARAKTERISTIKA RESPONDENTŮ A VÝZKUMNÉHO SOUBORU	66
4.8 ORGANIZACE VÝZKUMU	67
5 ANALÝZA A INTERPRETACE DAT	69
5.1 ROZHOVORY S RESPONDENTY	69
5.2 PŘÍPADOVÉ STUDIE.....	88
5.3 SHRNUTÍ, ANALÝZA ZÍSKANÝCH DAT	109
ZÁVĚR	117
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	120
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	127
SEZNAM OBRÁZKŮ	128
SEZNAM GRAFŮ	129
SEZNAM TABULEK.....	130
SEZNAM PŘÍLOH.....	131

ÚVOD

Pro téma diplomové práce jsem se rozhodla především z vlastního zájmu o danou problematiku, neboť jako nezdravotnická pracovníce u poskytovatele zdravotních služeb a studentka sociální pedagogiky se aktivně zajímám o veškeré informace, poznatky a trendy, týkající se zdravotnických zařízení v kontextu se sociální pedagogikou. V minulosti mě velmi zaujala problematika sociální práce a sociálních pracovníků ve zdravotnických zařízeních, proto jsem toto téma zpracovala ve své bakalářské práci. A právě při vypracovávání bakalářské práce jsem zachytila první informace o úspěšném využívání pedagogicko-ošetrovatelského Konceptu Bazální stimulace® u pacientů, hospitalizovaných v našem zařízení na anesteziologicko-resuscitačním oddělení. Tato problematika mě okamžitě natolik zaujala, že při výběru tématu diplomové práce jsem téměř nezaváhala - rozhodla jsem se s uplatňováním bazální stimulace blíže seznámit a své poznatky zpracovat v diplomové práci. Velkým přínosem pro zpracování mé práce byla aktivní účast na dvoudenním základním kurzu bazální stimulace pod vedením Bc. Heleny Dvořákové, DiS odborné lektorky registrované při Mezinárodní asociaci Bazální stimulace®.

Zdravotnická zařízení v České republice - dle platné legislativy „poskytovatelé zdravotních služeb“¹ v rámci své činnosti poskytují nejen léčebnou a ošetrovatelskou péči, ale také péči doplňkovou, např. sociální, rehabilitační, preventivní aj. Tato skutečnost vychází především z moderních celostních přístupů k osobnosti člověka a tedy i pacienta, na kterého je pohlíženo jako na bio-psycho-sociální jednotku se všemi jeho potřebami. Ošetrovatelský proces, který podporuje léčbu pacienta, se tak stává částečně i procesem terapeutickým, ve smyslu pomáhat pacientům uspokojovat jejich tělesné, psychické a sociální potřeby. Mezi terapeutické postupy, respektující osobnost pacienta a podporující komunikaci i interakci mezi ošetřujícím personálem a pacientem, patří metoda tzv. bazální stimulace s cílem pochopit a porozumět pacientovým potřebám a k nim poskytnout adekvátní profesionální ošetrovatelskou péči. Jde o vědecký pedagogicko-ošetrovatelský koncept, který se orientuje na podporu vnímání, komunikace a mobilizace zachovalých schopností jedinců, využívaný nejen v oblasti zdravotní péče, ale i v sociálních službách nebo ve speciálně pedagogických disciplínách. Svými přístupy, technikami a prvky,

¹ Ke změně názvosloví došlo v souvislosti s účinností zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon o zdravotních službách“); autorka si dovoluje používat v této práci oba pojmy

primárně respektujícími individuální a specifické potřeby jedinců, se tato metoda postupně stává velmi přínosnou pro oblast zvyšování úrovně kvality života jedinců.

Hlavním cílem diplomové práce je objasnit problematiku využívání pedagogicko-ošetrovatelské metody bazální stimulace v zařízeních poskytujících zdravotní služby v sociálně-pedagogickém kontextu a odpovědět tak na základní, předběžně stanovenou, výzkumnou otázku:

„Jak je uplatňována metoda bazální stimulace při péči o pacienty u poskytovatelů zdravotních služeb?“

Pro naplnění hlavního cíle budou v teoretické části této práce vysvětleny základní pojmy v problematice bazální stimulace, bude objasněna podstata i základní teoretická východiska spolu s jednotlivými prvky a technikami této metody včetně oblastí, ve kterých je využívána. Závěr teoretické části bude dále zaměřen na identifikaci a vysvětlení souvislostí, týkajících se vztahu sociální pedagogiky a této pedagogicko-ošetrovatelské metody.

K objasnění a k doplnění tématu resp. k naplnění hlavního cíle diplomové práce bude na teoretickou část navazovat část praktická – výzkumná. Ta bude analyzovat využívání bazální stimulace u pacientů u konkrétního poskytovatele zdravotních služeb, a to formou případových studií, zpracovaných na základě interpretace dat získaných pomocí analýzy dokumentů a polostrukturovaných rozhovorů s oslovenými respondenty, kterými budou pomáhající profesionálové. Rozhovory budou probíhat ve struktuře podle předem stanovených dílčích výzkumných otázek.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 BAZÁLNÍ STIMULACE

Léčebná a ošetrovatelská péče ve zdravotnictví se neustále rozvíjí díky nejnovějším výzkumným poznatkům v této oblasti. Důvodem je současný trend pohlížet na člověka resp. pacienta v moderním - holistickém² pojetí, a to jako na bio-psycho-sociální jednotku se všemi svými biologickými, psychickými, ale i sociálními potřebami. V kontextu tohoto pohledu dochází u poskytovatelů zdravotní péče ke kombinaci zdravotní péče s péčí sociální, v některých případech i s využíváním poznatků z pedagogiky. Příkladem takové péče je metoda bazální stimulace, která se v současnosti nejen ve zdravotnických zařízeních stává stále více využívanou.

V této první kapitole se zaměřím na základní informace, týkající se problematiky bazální stimulace – vysvětlím její podstatu a význam, popíši vývoj a implementaci této metody do léčebné a ošetrovatelské péče v České republice a identifikuji instituce i subjekty, které bazální stimulaci využívají.

1.1 Podstata a význam bazální stimulace

V obecném pojetí je bazální stimulace pedagogicko-ošetrovatelskou metodou, která podporuje, resp. podněcuje „v nejzákladnější (bazální)³ rovině lidské vnímání“ (Friedlová, 2007, s. 19). Prostřednictvím podpory vnímání pak přirozeně dochází i k podpoře komunikačních a pohybových schopností člověka, které jsou z hlediska bazální stimulace vnímány jako něco, co si lze v určité míře zachovat z dřívějších fází vývoje osobnosti.

Metoda bazální stimulace je založena na myšlence významného švýcarského filozofa, vědce a vývojového psychologa Jeana Piageta ve znění: „*Život je možný pouze ve vztahu*“ (Dvořáková, rok neuveden, s. 1). Piaget touto myšlenkou podmiňuje existenci života vztahem, a to z pohledu bazální stimulace vztahem člověka ke všemu, co jej motivuje, inspiruje, podněcuje, podporuje, souhrnně řečeno **vztahem ke všemu co jej obklopuje**.

² Holismus je směr zdůrazňující celostnost a pokládající celek za něco vyššího než souhrn částí (Kolektiv autorů, 2008, s. 310). Moderní holistické pojetí představuje změnu v pojetí medicíny resp. zdraví a nemoci od fyziologického (biologického) pojetí k pojetí celostnímu, které vymezuje fyziologickou, psychickou, sociální i duchovní dimenzi lidského zdraví a nemoci (Kuzníková, 2011, s. 18).

³ Bazální = základní, výchozí, v nejjednodušším pojetí.

Metoda se dále opírá o níže uvedené principy:

- „*smysly a vnímání se utvářejí postupně;*
- *schopnosti a činnosti člověka mají společné neuronální⁴ propojení;*
- *člověka formují jeho zkušenosti;*
- *člověk vnímá tak dlouho, dokud dýchá;*
- *nejasné podněty vedou ke snížené schopnosti reagovat – tzv. mrtvolný reflex“*

(Friedlová, 2003 – 2010, s. 2).

PhDr. Karolína Friedlová, zakladatelka INSTITUTU Bazální stimulace® v České republice, vystihuje základní předpoklad bazální stimulace takto: „*Lidský mozek disponuje schopností uchovávat životní návyky v paměťových drahách ve více svých regionech a to mu dává šanci cílenou stimulací uložených vzpomínek znovu aktivovat jeho činnost“* (Friedlová, 2003, s. 15). U bazální stimulace tedy dochází ke stimulaci a podpoře zachovalých smyslových schopností pacienta⁵/klienta⁶ s cílem v maximální možné míře identifikovat, pochopit a porozumět jeho způsobům komunikace. Tím je podporován pacientův⁷ osobnostní rozvoj v oblasti vnímání, komunikace a pohybových respektive smyslových schopností, což přináší celkové zvyšování úrovně kvality pacientova života, a to:

- v jeho osobnostním rozvoji,
- v navazování komunikace s jeho okolím,
- ve zlepšování zvládnutí orientace v prostoru a čase a
- ve zlepšení všech funkcí pacientova organismu.

(Friedlová, 2003 – 2010, s. 2)

⁴ Neuron = základní nervová buňka, která je základní jednotkou nervové tkáně (více viz dále).

⁵ Terminologie dle zákona o zdravotních službách.

⁶ Terminologie dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon o sociálních službách“).

⁷ Vzhledem k tomu, že téma diplomové práce je zaměřené na oblast zdravotnictví, bude v této práci ve větší míře využíván pojem „pacient“; ve vhodných případech i pojem „pacient/klient“.

Shora uvedené oblasti zvyšování úrovně kvality pacientova života při využívání bazální stimulace jsou rozšířeny definováním cílů bazálně stimulující péče, kterými jsou:

- zachování života a zajištění vývoje,
- umožnění pociťovat vlastní život a ohraničení svého těla,
- poskytování pocitu jistoty a důvěry,
- rozvíjení vlastního rytmu existence,
- umožnění poznání pacientova okolí,
- pomoc při navazování vztahu,
- umožnění zažívat smysl a význam věcí a prováděných činností,
- pomoc při uspořádání pacientova života a
- poskytování autonomie a zodpovědnosti za vlastní život

(Nydahl, 2008, s. 44).

K dosažení cílů využívá bazální stimulace několika typů stimulací tzv. technik a prvků bazální stimulace, které byly identifikovány na základě vědeckých poznatků v oblasti poskytování péče osobám se zdravotním postižením⁸. Aktivita lidského mozku je pomocí těchto technik a prvků záměrně podporována k novým aktivitám i činnostem a tím jsou pacienti/klienti podněcováni k získávání nových dovedností a zkušeností – tento přístup k pacientům/klientům tedy zahrnuje nejen složku ošetrovatelskou, ale i terapeutickou a pedagogickou.

Vanda Hájková popisuje bazální stimulaci jako pedagogicko-psychologickou aktivitu, jejíž snahou je nabídnout jedincům možnosti, přispívající k celkovému rozvoji jejich osobnosti. Tato metoda se podle Hákové opírá o skutečnost, že u každého z nás lze předpokládat rozvoj v případě, že je mu nabídnuta určitá škála stimulů a podnětů (Hájková, 2009, s. 46).

Friedlová označuje ošetrovatelskou péči, využívající bazální stimulaci, jako vysoce profesionální terapeutickou péči, která je schopna respektovat individuální potřeby pacienta, maximálně zohledňovat jeho životní návyky i identitu a poskytovat mu pedagogickou podporu při běžných denních činnostech. Jde o péči, která pacientovi

⁸ Objasnění jednotlivých prvků bazální stimulace se v této práci věnuji níže v článku třetím.

umožňuje integraci do svého aktuálního života s respektem a akceptací jeho dřívějších životních návyků a zkušeností včetně zohlednění jeho budoucích potřeb (Friedlová, 2003, s. 15 – 17).

1.2 Historie vývoje bazální stimulace

Vznik konceptu

Autorem metody bazální stimulace je prof. dr. Andreas Fröhlich, který je v současnosti uznávaným profesorem, působícím na Katedře speciální pedagogiky na univerzitě v německém městě Landau. Koncept začal prof. Fröhlich rozvíjet v sedmdesátých letech minulého století při své práci v Rehabilitačním centru Westpfalz/Landstuhl ve Spolkové republice Německo, kde pracoval s dětmi narozenými s těžkými kombinovanými somatickými a intelektovými změnami. Protože schopnosti těchto dětí v oblasti verbální komunikace byly velmi omezené případně žádné, začal se prof. Fröhlich v rámci svého pětiletého vědeckého projektu zabývat způsoby podpory jejich senzomotorické komunikace. Při své vědecké práci vycházel z vědeckých studií v oblasti prenatální vývojové psychologie a také z přesvědčení, že i elementární vrozené schopnosti každého lidského organismu jsou dostatečné pro oblast vnímání a komunikace. Výsledkem jeho práce bylo úspěšné navázání komunikace založené na bázi schopnosti lidského těla vnímat a přijímat signály a také reagovat přes komunikační kanál **somatického, vestibulárního**⁹ a **vibračního** vnímání – tzv. koncept bazální stimulace. Poznatky prof. Fröhliche následně pomáhaly nejen speciálním pedagogům při nalézání cest k jejich klientům, ale i ke klientům, jimž se nalezením způsobů komunikace podstatně zkvalitňovalo prožívání jejich života. Bazální stimulace se stala úspěšným pedagogicko-ošetrovatelským konceptem, který byl zaregistrován a získal ochrannou známku¹⁰ (Friedlová, 2007, s. 13 – 14).

Další důležitou osobou v rozvoji využívání bazální stimulace se stala německá profesorka Christel Bienstein, která v současné době vede Institut výzkumu ošetrovatelství na lékařské fakultě privátní univerzity ve Witten/Herdecke v Německu. V osmdesátých letech 20. století přenesla Christel Bienstein bazální stimulaci do ošetrovatelské péče, čímž poukázala na univerzálnost využívání této metody. Původním povoláním zdravotní sestra

⁹ Somatický = tělesný; vestibulární = týkající se vnímání polohy a pohybu – oba pojmy budou blíže vysvětleny dále v této práci.

¹⁰ Přesný název konceptu je „Koncept Bazální stimulace®.“

pracovala ve Vzdělávacím centru německého profesního svazu pro ošetrovatelská povolání v německém Essenu, přičemž její zájem patřil především intenzivní péči. Úspěšnou aplikací této metody do ošetrovatelské péče u klientů ve vigilním kómatu¹¹ prokázala její široké využití i v jiných oblastech, než je oblast speciálně pedagogická. Prof. Fröhlich a prof. Biensteinová spolu začali úzce spolupracovat – vytvořili systém vzdělávání lektorů, kteří až do současnosti zajišťují odborná školení pomáhajících profesionálů a zajišťují tak integraci konceptu do praxe. I v současné době jsou prof. Bienstein i prof. Fröhlich stále aktivní - podílejí se na vědeckých projektech, týkajících se problematiky bazální stimulace, publikují a přednáší na vědeckých sympoziích (Friedlová, 2007, s. 13-14).

Současnost

Bazální stimulace se postupně stala velmi populárním ošetrovatelským konceptem, využívaným v celé Evropě v oblasti speciální pedagogiky, sociálních služeb, neonatologie, intenzivní medicíny či geriatrické a paliativní péče. (*O Bazální stimulaci*®. [on-line; cit. 2014-11-09]). Po počáteční fázi přesvědčování a dokazování je metoda úspěšně zaváděna do každodenní praxe v oblasti sociální, zdravotní i pedagogické. Pomáhá tělesně a duševně postiženým lidem, pacientům ve vigilním kómatu, mentálně postiženým, osobám s poruchami vnímání, své místo zaujala bazální stimulace i v péči o nedonošené děti (Friedlová, 2007, s. 14 – 15). V rámci Evropy již bylo proškoleny více než 800 lektorů, kteří zajišťují odbornou a kvalifikovanou implementaci bazální stimulace do praxe. V některých státech byla bazální stimulace integrována do osnov výuky předmětu ošetrovatelství na středních zdravotnických školách i vyšších odborných školách zdravotnických (*O Bazální stimulaci*®. [on-line; cit. 2014-11-09]).

V České republice poprvé představila bazální stimulaci první licencovaná lektorka a přední propagátorka metody PhDr. Karolína Friedlová, současná ředitelka INSTITUTU Bazální stimulace®. Již v roce 2000 o bazální stimulaci poprvé informovala v odborném časopise *Sestra* a na multioborové ošetrovatelské konferenci v Olomouci, v lednu roku 2003 pak na lékařské fakultě Univerzity Palackého v Olomouci lektorovala první základní kurz bazální stimulace (Friedlová, 2007, s. 16). Uplatňování metody bazální stimulace bylo zahrnuto i

¹¹ Vigilní kóma je typem kvantitativní poruchy vědomí, kdy pacient na první pohled působí, že je probraný – má otevřené, avšak „bloudící“ oči, někdy žvýká a polyká stravu, ale navázání kontaktu a komunikace není s tímto pacientem možná. Vylučování u těchto pacientů probíhá nekontrolovaně, některé části jejich těla mohou být znehybněné. Vigilní kóma provází i další příznaky v závislosti na rozsahu dlouhodobého otoku mozku po těžkých poraněních hlavy (Vokurka, Hugo, 2004. In: Šamánková, 2011, s. 70).

do vyhlášek Ministerstva zdravotnictví ČR, týkajících se činností zdravotnických a jiných odborných pracovníků.¹²

- Vyhlášky č. 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění pozdějších předpisů¹³ a
- Vyhlášky č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění pozdějších předpisů.¹⁴

Díky neomezeným možnostem využívání bazální stimulace a aktivní vzdělávací činnosti lektorek - absolventek certifikovaných kurzů Bazální stimulace®, pořádaných pod záštitou Mezinárodní asociace Bazální stimulace®, se tato metoda v České republice stejně jako v ostatních státech Evropy postupně rozšířila a stále rozšiřuje i do dalších oblastí pomáhajících profesí, a to především do oblasti sociální a pedagogické. V České republice je v současnosti pouze šest osob, disponujících odpovídajícím vzděláním pro lektorování kurzů¹⁶. Specializované kurzy Bazální stimulace® probíhají za velkého zájmu pomáhajících profesionálů až doposud. Literatury k problematice bazální stimulace v českém jazyce je však u nás velmi omezené množství, neboť se jedná o velmi specifickou oblast a odbornou publikací se zabývá především PhDr. Karolína Friedlová. Tato skutečnost je patrná i ze seznamu použité literatury k této diplomové práci, uvedeného na konci této práce, případně i z jiných publikací, ve kterých se o bazální stimulaci píše.

¹² V těchto materiálech je bazální stimulace označována v obecném slova smyslu jako „metoda bazální stimulace“ a nikoliv jako „Koncept Bazální stimulace®“. Vzhledem k tomu, že z hlediska výkladu a významu těchto pojmů se jedná o shodné pojetí, jsou v této práci častěji používány názvy metody v rovině obecné, pouze ve vhodných případech je užíván pojem registrovaného Konceptu.

¹³ Zrušena ke dni 14. 3. 2011.

¹⁴ V § 4 odst. 1) písm. h) vyhlášky je využívání bazální stimulace deklarováno jako multioborová ošetrovatelská péče prováděná zdravotnickým personálem ve spolupráci s fyzioterapeuty a ergoterapeuty – jejich odborná kvalifikace je tak garancí profesionálního přístupu k pacientovi, zohledňujícího jeho osobnost, sociální a psychické potřeby.

¹⁵ Internationale Förderverein Basale Stimulation e. V [on-line]. © Copyright 2014 [cit. 2014-11-10]. Dostupné z: <http://www.basale-stimulation.de/>

¹⁶ Osoby s odpovídajícím vzděláním v ČR: Mgr. Kateřina Žvátorová (reg. číslo 971 v EU), Bc. Helena Dvořáková, DiS. (reg. číslo 869 v EU), PhDr. Karolína Friedlová (reg. číslo 608 v EU), Mgr. Hedvika Borýsková (reg. číslo 970 v EU); (*Bazální stimulace®* [online]. Hartmann akademie ©2010 [cit. 2015-01-17]. Dostupné z: <http://www.hartmannakademie.cz/bazalni-stimulace-r>

1.3 Význam uplatňování bazální stimulace

Bazální stimulace je vědeckým konceptem, orientujícím se na všechny oblasti lidských potřeb s cílem tyto potřeby maximálně uspokojovat a dosahovat tak zvyšování kvality života příjemců péče, kterými mohou být pacienti nebo klienti s vrozeným postižením či postižením, získaným v důsledku onemocnění či úrazu. Uspokojování lidských potřeb je základní myšlenkou při zpracovávání individuálních ošetrovatelských a terapeutických plánů, respektujících autonomii a integritu pacienta/klienta. Lidské potřeby přehledně a srozumitelně definoval americký psycholog Abraham Harold Maslow, jehož hierarchicky uspořádaná pyramida lidských potřeb (obr. 1) se stala celosvětově uznávanou teorií. Základem této teorie je myšlenka, že některé potřeby nebo atributy lidského života jsou lidmi naplňovány až po naplnění hierarchicky „nižších“ potřeb; to znamená, že hierarchicky „vyšší“ lidské potřeby z nižších potřeb vychází, jsou na nich založeny.

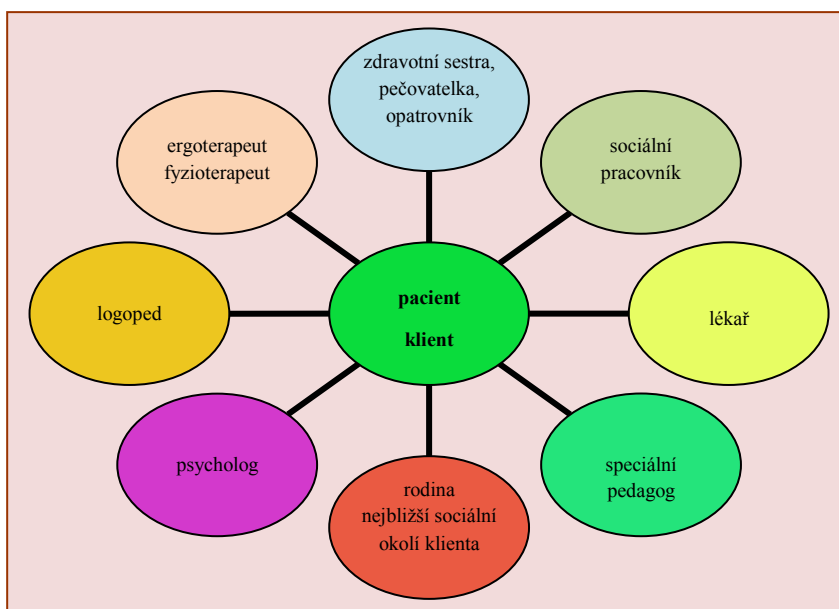


Obrázek 1 Maslowova hierarchická pyramida lidských potřeb (zdroj: autorka)

Bazální stimulace je prostředkem, který umožňuje pomáhajícím profesionálům a pečujícím osobám přizpůsobit péči o pacienty/klienty v souladu s jejich lidskými potřebami, s ohledem na jejich zdravotní stav a s ním související schopnosti a dovednosti. Výchozím prvkem je sociální zkušenost, získaná pomocí zprostředkování vjemů ze svého těla a stimulace vnímání vlastního těla (tzv. vnímání tělesného schématu). Toto jsou významné předpoklady psychomotorického vývoje člověka pro udržení jeho pohybových,

kognitivních a komunikačních schopností s následným vnímáním vlastního okolí a poté i navázáním komunikace se svým okolím. Bazální stimulace umožňuje vytvářet okolo pacienta/klienta podnětné okolní prostředí, které na něho působí a podporuje jeho vývoj v oblasti motorické, kognitivní, komunikační, emoční a percepční (Friedlová, 2012, s. 30 - 31).

Význam a jedinečnost této metody spočívá také v jeho multioborovosti (viz obr. 2), neboť koncept je propracován tak, aby s ním mohli v rámci péče o jednoho pacienta/klienta pracovat profesionálové a odborníci z různých oborů - například ošetrovatelský personál, fyzioterapeuti, ergoterapeuti, sociální pracovníci, logopedi, speciální pedagogové, vychovatelé aj. (Friedlová, 2012. s. 30).



Obrázek 2 Schéma multioborovosti metody bazální stimulace
(zdroj: Friedlová, 2013, s. 25)

Bazální stimulace má i význam sociální. Na základě mnohaletých zkušeností profesionálů již bylo vědecky prokázáno, že při pravidelném poskytování multioborové péče s uplatněním technik bazální stimulace a aktivním zapojením rodiny i blízkých osob nedochází k pacientově/klientově úplnému sociálnímu vyloučení; naopak - v rámci pacientových/klientových možností, resp. schopností a dovedností s jeho onemocněním souvisejícími, je mu umožňováno prožívání života v nejvyšší možné míře kvality.

Význam uplatňování bazální stimulace pro pacienta/klienta vystihuje A. Fröhlich a Ch. Bienstein v tzv. „10 centrálních cílech“ bazální stimulace:

- zachování života a zjištění vývoje,
- vnímání vlastního života,
- poskytnutí jistoty a budování důvěry,
- rozvíjení vlastního rytmu,
- uspořádání si svého života,
- poznání okolního světa,
- navázání vztahu a uspořádání setkání,
- umožnění zažít smysl a význam konaných věcí a činností,
- poskytnutí autonomie a zodpovědnosti za svůj život a
- objevování světa a vyvíjení se

(Fröhlich, Bienstein, 2003. In: Friedlová, 2012, s. 30).

Význam uplatňování bazální stimulace definuje výstižně K. Friedlová, když konstatuje: „*Bazální stimulace pojímá člověka komplexně a vidí souvislost a rovnováhu mezi jednotlivými rovinami*“ (Friedlová, 2012, s. 30).

1.4 Využívání bazální stimulace v praxi

Za čtyřicetileté období rozvoje bazální stimulace byly vyvinuty vysoce odborné a profesionální ošetrovatelské i terapeutické postupy, které jsou využívány v oblasti poskytování zdravotní péče, sociálních služeb i v oblasti pedagogické. Bazální stimulace se stala neodmyslitelnou součástí života pro velký okruh lidí různého věku, kteří mají tělesné, duševní či mentální postižení, poškození mozku z různých příčin, nacházejí se v poúrazových stavech s tělesnými a kognitivními změnami aj. Souhrnně lze říci, že se jedná o osoby, které mají vrozené či získané poruchy v oblasti vnímání, komunikace a hybnosti.

K. Friedlová definovala příjemce péče v konceptu bazální stimulace takto:

- „*předčasně narozené děti;*
- *děti, mládež, dospělí s těžkým kombinovaným vrozeným postižením;*
- *lidé s těžkými, tělesnými a kognitivními změnami vzniklými z důvodu onemocnění nebo úrazu (úrazy mozku, mozkové cévní příhody);*
- *lidé, kteří jsou závislí na péči z důvodu stáří nebo umírání nebo*
- *lidé, kteří vykazují změněné způsoby chování v souvislosti s (těžkým) vrozeným kognitivním postižením (mentální retardace) nebo za života získaným kognitivním onemocněním (demence)“*

(Friedlová, 2012, s. 30).

V současné době aktivně využívá metodu bazální stimulace více než 350 proškolených a supervidovaných zařízení v České republice, poskytujících zdravotní či sociální péči, dále pak i pracoviště provádějící výchovně-vzdělávací činnost:¹⁷

- **v oblasti zdravotní péče** - jsou jimi zdravotnická zařízení - nemocnice, kliniky, specializovaná pracoviště, léčebny dlouhodobě nemocných, rehabilitační ústavy, odborné léčebny, atd.
- **v oblasti sociálních služeb** - například centra pro osoby se zdravotním postižením, ústavy sociální péče, centra sociálních služeb, dětské domovy, domovy pro seniory, poskytovatele hospicové a paliativní péče, charity, diakonie atd.
- **v oblasti výchovně vzdělávací** - mateřské školy speciální, základní školy praktické a speciální, univerzity, střední zdravotnické školy; dále pak střední, vyšší odborné a vysoké školy, kde jsou vzděláváni budoucí pracovníci v pomáhajících profesích.

Bazální stimulace je uplatňována i v neonatologické intenzivní ošetrovatelské péči u předčasně narozených dětí - pomocí elementární stimulace dochází k náhradě nitroděložního prostředí dítěte v prenatálním období se všemi jeho podněty, potřebnými

¹⁷ Informace z: 1) INSTITUT Bazální stimulace®: *Proškolená a supervidovaná pracoviště – interaktivní mapa*. [on-line]. © INSTITUT Bazální stimulace® s.r.o. 2004–2014. [cit. 2014-11-11]. Dostupné z: <http://www.bazalni-stimulace.cz/pracoviste/>; 2) Bazální stimulace: *Školíme pro...* [on-line]. Copyright © 2011 Bazální stimulace. [cit. 2014-11-11]. Dostupné z: <http://www.bazalnistimulace.cz/index.php/cs/skolime-pro>;

pro psychomotorický vývoj a zachování vrozených reflexů. Do péče je zapojována i matka, což z hlediska sociálního podporuje vzájemnou emoční vazbu (Friedlová, 2012. s. 43-44).

Nejbližší členové rodiny a pacientovi/klientovi blízcí jsou dalším důležitým prvkem při uplatňování metody bazální stimulace v praxi. Jejich zapojení do péče významně podporuje úspěšnost aplikace bazálně-stimulačních technik, protože dochází k posilování vzájemných citových vazeb i k psychické podpoře pacienta v jeho těžkých životních chvílích.

Předpokladem pro úspěšné uplatňování bazální stimulace v praxi je znalost metody, nicméně velkou důležitost má i lidskost – lidský přístup, empatie a pochopení. Není pochyb, že pro pacienta/klienta i jeho nejbližší je velmi prospěšný profesionální přístup s dávkou lidskosti a porozumění. Používání bazální stimulace tedy není založeno pouze na úrovni vzdělání profesionálů, ale také na jejich lidském přístupu.

2 CHARAKTERISTIKA BAZÁLNÍ STIMULACE

Bazální stimulace se postupně stala kvalifikovaným souborem terapeutických postupů, které mají za cíl přizpůsobovat se aktuální životní situaci pacientů/klientů a v tomto období jim poskytovat vhodné a odpovídající stimuly v oblasti kognice, pohybu a komunikace (Friedlová, 2012, s. 58). Terapeutický aspekt bazální stimulace je dán tím, že pomocí vědecky ověřených speciálních technik dochází v mozku k obnově paměťových stop z dřívějšího životního období pacientů/klientů, nebo na základě podněcování vznikají v mozku spojení nová – tzv. dendritická (Friedlová, 2006, s. 4 – 5). V praxi to znamená, že se ošetřující a ostatní personál (případně pacientovi/klientovi blízcí) snaží pomocí přesně stanovených, definovaných, adekvátních a vhodných postupů a technik podněcovat pomocí stimulace smyslových orgánů mozek k aktivitě, směřující k obnovení paměťových stop nebo k vytváření nových spojení. Tyto aktivity musí být multioborově koordinovány tak, aby celodenní přístup k pacientovi/klientovi byl v určité harmonii a jednotě. Na základě pacientovy/klientovy zpětné vazby v oblasti mentální a somatické jsou pak postupy a techniky vhodně upravovány tak, aby maximálně ovlivňovaly pacienta/klienta k žádoucímu psychomotorickému a osobnostnímu vývoji a rozvoji.

2.1 Požadavek celistvosti a holistického přístupu v bazální stimulaci

Základní myšlenkou bazální stimulace je požadavek celistvosti a holistického přístupu k pacientům a klientům s cílem je koordinovaně a v jednotě stimulovat a současně pro ně vytvářet co nejvhodnější podmínky okolního prostředí, které je budou podporovat a cíleně působit na jejich vývoj. Dle K. Friedlové je nutné zdůraznit, že tento vývoj je „*nutné pojmout celostně*¹⁸“ (Friedlová, 2010, s. 18).

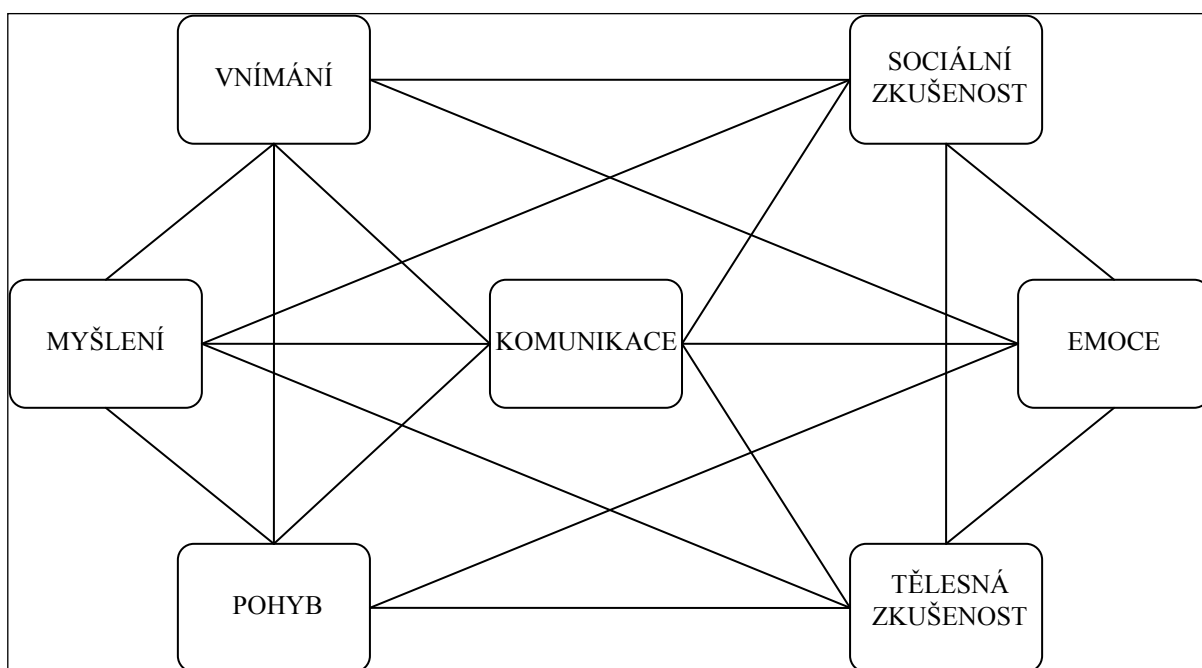
Podle A. Fröhlicha vychází celostní přístup konceptu bazální stimulace z předpokladu nemožnosti vystižení smysluplného rozdílu mezi tělem a duší, což jinak vyjádřeno znamená, že působením na člověka můžeme ovlivňovat jen jeho celého a nikoliv vědomě rozlišovat jeho tělesné a duševní – tento přístup je dle A. Fröhlicha nepřijatelným, protože *lidská bytost je „nedělitelná“* (Fröhlich, 1991. In: Vítková, 2014, s. 361).

Myšlenka celostního přístupu má základ v tzv. gestalt terapii, jejímž zakladatelem je významný psycholog Frederik (Fritz) Perls. Ten prosazoval směr, opírající se o dosažené

¹⁸ Celostní (holistický) přístup – z řeckého *holón* = celek

výzkumné poznatky o psychice člověka. Podle Perlse není možné psychiku rozdělovat na jednotlivé elementy (psychické procesy, vnímání, myšlení, chování, volní usilování atd.), ale je nutné pohlížet na ni jako na formy, tvary a celky, které jsou elementům nadřazeny a jsou více než jen souhrnem jednotlivostí (Kalina, 2013, s. 189). Tento základní přístup v tzv. humanistické psychologii výstižně objasňuje J. Mackewnová, která definuje gestalt terapii jako tvořivý proces, ve kterém je „*celek více než pouhý součet jeho jednotlivých částí*“ (Mackewn, 2004, s. 24).

Fröhlichova myšlenka celostního přístupu vychází i z modelu vývoje osobnosti definovaného Urschulou Haupt (viz obr. 3), který dává do souvislosti sedm nejdůležitějších procesů ve vývoji člověka. Jednotlivá spojení ukazují, že žádný vývojový proces není možný bez druhého – vzájemně na sebe působí, ale teprve všechny vytváří jednotu.



Obrázek 3 Celistvost vývoje (zdroj: Fröhlich, 2007. In: Friedlová, 2010, s. 19 a Vítková, 2014 s. 361)

Výsledným Fröhlichovým poznatkem tedy je, že každý žijící člověk získává zkušenosti pomocí všech níže uvedených procesů a v těchto procesech všechny zkušenosti také prožívá (Vítková, 2014, s. 361). Jak sám Fröhlich dále uvádí: „*Celostně znamená různé procesy učení, získávání zkušeností, myšlení a vnímání, ale také procesy pohybové a komunikační*“ (Fröhlich, 2007. In: Friedlová, 2010, s. 18).

2.2 Znaky bazální stimulace

Bazální stimulace podporuje rozvoj vlastní identity pacientů/klientů, neboť jim umožňuje orientovat se ve svém těle i v jeho okolí; dále také cíleně podporuje i komunikaci na úrovni, odpovídající adekvátním komunikačním kanálům (Friedlová, 2008. In: Sedlářová, 2008, s. 132).

Mezi základní znaky/okruhy v bazální stimulaci patří:

- **individualita pacienta** – tvoří v podstatě základ konceptu bazální stimulace. Ošetřující personál se od počátečního kontaktu s pacientem snaží zjistit, jaký člověk je a co je pro něho standardní, tj. co patří k jeho každodennímu životu, např. oblíbené či rutinní činnosti, oblíbená jídla, pití, hudba, filmy, věci, hračky, oblečení atp. Většinou jsou tyto informace získávány od blízké rodiny, příbuzných a nejbližších. Jde o tzv. biografickou anamnézu, která významně přispívá k pochopení a porozumění pacientovy individuality i k následnému nalezení společné konstruktivní terapie. Důležitost biografické anamnézy vystihuje K. Friedlová, když uvádí: „*Předpokladem integrace prvků konceptu bazální stimulace do péče o klienty je znalost jejich životních návyků, zvyků a prožitků*“ (Friedlová, 2007, s. 131). Tyto informace doplňuje ve své publikaci P. Nydahl: „*V bazální stimulaci slouží biografická anamnéza především k poznání pacientů, aby pro ně mohly být navrženy vhodné individuální terapeutické postupy*“ (Nydahl, 2008, s. 69).
- **vnímání těla a jeho okolí** – dlouhodobě hospitalizovaný pacient s poškozeným vnímáním ztrácí prakticky už po 3 dnech hospitalizace poznání ohraničení svého těla – vnímá jej neurčitě a nejistě. Jednotlivé postupy metody bazální stimulace umožňují ošetřujícím osobám plně rozvinout vlastní kreativitu a své schopnosti s cílem tyto nepříjemné vjemy odstranit a poskytnout pacientovi co nejvíce informací o hranicích jeho těla. Základem k poznání slouží tzv. iniciální dotek, který bude blíže specifikován v této práci dále v rámci identifikace technik bazální stimulace.
- **smysluplnost péče** – **smysluplnost** je v obecném slova smyslu možné definovat jako prvek/znak/rys/aspekt činnosti člověka, který má hodnotící povahu (má význam). Analogicky k této jednoduché definici lze poukázat na **smysluplnost** konceptu pro pacienta, která spočívá v pravidelných a ritualizovaných intervencích, podněcujících vnímání vlastního těla a jeho okolí. Tyto intervence v pacientech probouzí pozornost a aktivizují jejich zájem.

- **kontakt mezi pacientem a ošetřujícím** – bazální stimulace by neměla být uplatňována jednostranně, ale oboustranně - to znamená, že ve spolupráci s pacientem. V bazální stimulaci není pacient považován za objekt péče, ale za součást celého procesu; je tedy subjektem s určitým omezením, nicméně i přes toto omezení je schopen určitým **ojedinělým způsobem** vyjadřovat svá přání a pocity (např. zvýšenou salivací, změnou rytmu dechu, náznakem pohybu rukou, hlavou, očima atp.). Na jedné straně je pacientovi nabízena škála různých podnětů a intervencí, na straně druhé probíhá na určité úrovni vnímání těchto podnětů a intervencí - toto vše se pak odráží v dovednostech a schopnostech pacienta, projevující se určitou individuální formou komunikace.
- **struktura péče** – péče o pacienta s využitím bazální stimulace probíhá v určité časové struktuře, jinak řečeno v pravidelných časech s pravidelnými intervaly. Opakovaně strukturovaná působení významně stimulují a podněcují činnost mozku, dále pak umožňují, aby pacient opakovaně prováděným činnostem přivykl a našel v nich pocit klidu, jistoty a bezpečí.

2.3 Teoretická východiska bazální stimulace

Koncepce bazální stimulace je založena na poznatcích anatomie, fyziologie, pedagogiky, neurologie, vývojové psychologie a ošetrovatelství. Teoretický základ tvoří tři různé vývojové modely, a to model:

- neurofyziologický,
- genetický a
- fyzioterapeutický.

Tyto vývojové modely poukazují na to, že jedinec se vyvíjí v závislosti na podnětech ze svého okolního prostředí. Pokud je však okolní prostředí nepodnětné (nebo se jím z různých důvodů stalo), dochází u jedince ke snižování genetického vkladu (Vítková, 2014, s. 362).

Nerofyziologický vývojový model

Podstatou této teorie jsou poznatky německého profesora Johannese Pechsteina, který na základě svých výzkumů prokázal důležitost podnětného prostředí pro správný vývoj

mozku. Podle Pechsteina není vývoj mozku v raném stádiu dětství primárně závislý jen na biologických zkušenostech a genetických informacích, ale v první řadě na podnětech z okolí – jde o tzv. stimulaci vnějšími podněty (Vítková, 2001, s. 14). Veškeré podněty resp. stimuly, a to vnější i vnitřní, zachycuje organismus pomocí tzv. receptorů (čidel) ve smyslových orgánech¹⁹. Podněty mohou být povahy fyzikální (mechanické, tepelné, elektrické) nebo chemické (Machová, 2002, s. 125). Tyto procesy zajišťuje centrální nervová soustava, jejíž základní funkční a anatomickou jednotkou je **neuron**, disponující schopností přijímat signály z receptorů, speciálními signály odpovídat a vést je směrem k efektorům.²⁰ Neurony jsou dále schopny utvářet specifické funkční kontakty (synapse) s ostatními neurony, efektorů a receptory (Trojan, 2003, s. 59-60). V centrální nervové soustavě tvoří neurony složitou a vzájemně mnohočetnou propojenou síť (Friedlová, 2009, s. 26). Důležitou, pro bazální stimulaci významnou vlastností centrálního nervového systému je jeho **plasticita**, spočívající ve schopnosti vytvářet velmi složité vztahy mezi jednotlivými oblastmi mozku na základě vlivů zevního prostředí i genetických informací. Podle Pickenheima mají nervové buňky potenciál plastických změn ve své genetické výbavě, proto je díky této skutečnosti mozek schopen anatomických i funkčních změn, které jsou v raném období života velmi rozsáhlé a v určitém rozsahu přetrvávají až dospělosti (Pickenheim, in: Friedlová, 2009, s. 33). I v dospělosti tedy v mozku mohou, na základě podnětů, probíhat velmi složité procesy přestavby, které podmiňují mechanismy periodické obnovy, adaptaci na podmínky a jsou základem oprav i regenerace zničených nervových struktur (Trojan, in: Friedlová, 2009, s. 33).

Pokud je však okolní prostředí člověka málo podnětné a mozek není dostatečně stimulován, může docházet k jeho nezvratným změnám a k deprivaci:

- senzorické, která negativně ovlivňuje strukturu mozku i schopnost jeho výkonu;
- podnětové, která vzniká v souvislosti s chybějící možností seznámit se s vlastním tělem a jeho okolím díky neschopnosti vykonat samostatný pohyb a
- sociální, která může vznikat při dlouhodobém upoutání na lůžko, při dlouhodobé hospitalizaci atd.

(Pickenheim, in: Friedlová, 2009, s. 35).

¹⁹ Receptory jsou první částí smyslových orgánů (Machová, 2002, s. 125).

²⁰ Efektory jsou výkonnými orgány, do kterých se šíří vzruch po tzv. eferentním vláknu (Trojan, 2003, s. 74)

Fröhlich tento jev nazývá **sekundárním poškozením mozku na základě masivní podnětové deprivace** (Fröhlich, in: Friedlová, 2009, s. 35).

Podnětné okolní prostředí je pro každého jedince významné v každé fázi jeho života. Pokud však člověk onemocní a dojde u něho k omezení některých schopností, stane se závislým na okolním prostředí, které bude jiné, než dříve. Bazální stimulace se v takových případech snaží uplatňováním speciálních technik a přístupů vytvářet pro pacienty maximálně možné podnětné prostředí s akceptací jejich autonomie, svébytnosti, vlastní historie a zkušeností.

Vývojově genetický přístup

Základem tohoto přístupu je Piagetova teorie kognitivního vývoje dítěte, charakterizující vývoj myšlení na základě činnosti, kterou se dítě vyrovnává se svým prostředím. Podle Piageta jde o postupné přeměny této činnosti od formy senzomotorické až po formu abstraktní – tzv. abstraktní myšlení (Piaget, 1999, s. 11).

Teorie je rozdělena **do pěti základních etap:**

1. *„Fáze senzomotorické inteligence - období od narození do 2 roků.*
2. *Fáze symbolického a předpojmového myšlení – od 2 do 4 let.*
3. *Fáze názorného myšlení – od 4 do 7 let.*
4. *Fáze konkrétních logických operací – od 7 do 11 let.*
5. *Fáze formálních logických operací – od 11 až 12 roku“*

(Vágnerová, 2000, s. 23).

Pro bazální stimulaci je významná fáze senzomotorické inteligence (1. fáze kognitivního vývoje), kterou Piaget považuje za první formu inteligence: *„Intelligence je vytyčený cíl, její počátky splývají s prameny senzomotorické adaptace vůbec a dále za nimi s prameny vlastní biologické adaptace“* (Piaget, 1999, s. 20). Senzomotorická inteligence umožňuje jedinci před zvládnutím řečové komunikace řešit praktické problémy pomocí senzomotoriky vytvářením tzv. senzomotorických schémat. V pojetí Piageta je senzomotorika poznáváním, zahrnujícím motorické a percepční zkušenosti jedince. Tato forma poznávání pak následně determinuje percepci, myšlení, pohyby a držení těla jedince. Fröhlich tyto poznatky převádí do konceptu bazální stimulace, když popisuje stejný mechanismus u lidí, kteří se následkem úrazu či onemocnění dostali do nižších vývojových

stádií, neovládají řeč a v té souvislosti jsou nuceni stejně jako dítě na začátku svého vývoje řešit praktické problémy senzomotorikou (Fröhlich, in: Friedlová, 2009, s. 38). Tak jako dítě v raném stádiu života, i pacient může být pomocí senzomotoriky schopen vytvářet schémata jednání a chování, na základě kterých může rozvíjet své myšlení.

Na základě teorie senzomotorického inteligenčního vývoje lze u lidí se somatickým postižením bez viditelné schopnosti výkonu v oblasti kognice a komunikace předpokládat, že při umožnění senzomotorických zkušeností může být u nich podněcováno inteligentní chování (Fröhlich, in: Friedlová, 2009, s. 39).

Fyzioterapeutický model vývoje

Tento model vývoje vychází v současné době z celosvětově uznávaného tzv. Bobath konceptu, vytvořeného v sedmdesátých letech minulého století manželi Bobathovými. Základ konceptu spočívá:

- a) v inhibici²¹ spasticity²² a patologických pohybových vzorů a reflexů a
- b) ve facilitaci²³ fyziologických pohybových vzorů a reflexů.

Pro úspěšnou aplikaci konceptu Bobathových je stejně jako u metody bazální stimulace nutné zapojení celého mezioborového týmu – ošetřujících, fyzioterapeutů, ergoterapeutů, logopedů, lékařů a také rodiny i přátel pacienta/klienta. Tento tým u pacientů neanalyzuje deficity, ale schopnosti; snahou všech je pak tyto schopnosti na základě odborných znalostí jednotným a systematickým přístupem rozvíjet. Jde v podstatě o vytváření a trénování správných pohybových vzorů s tím, že nevhodné je využívat jakékoliv vzory kompenzační a pohybové (Friedlová, in: Friedlová, 2007, s. 28).

Pokud člověk jedná s určitým cílem, vznikají v neuronální síti jeho mozku funkční systémy „s vlastní organizací“, které jsou při pravidelně opakovaných jednáních upevňovány a postupně integrovány do programů jednání „s vyšší organizací“ – tvoří se nové struktury v mozku, dochází k „zasítování“ (Pickenheim, in: Friedlová 2009, s. 40 – 41). Rehabilitace

²¹ **Inhibice** je označení procesu, který brzdí, omezuje, zadržuje, zamezuje, utlumuje nebo zpomaluje jiný subjekt nebo jev. Zdroj inhibice se nazývá **inhibitor**. [on-line]. [cit. 2014-12-05]. Dostupné z: <http://cs.wikipedia.org/wiki/>

²² **Spasticita** se vyznačuje zejména abnormálním svalovým napětím, zesílením hluboce citlivých reflexů, vývojem klonusu (škubání), zeslabením či chyběním reflexů na podněty přijímané z vnějšího prostředí, fenoménem „kapesního nože“: pružný odpor proti prudkému pohybu, poté však odpor svalu náhle mizí atd. (Hehlmann, 2010, s. 359)

²³ **Facilitace** je usnadnění výkonu nebo aktivity, zesílení reflexu nebo jiné nervové aktivity součtem několika podnětů. [on-line]. [cit. 2014-12-05]. Dostupné z: <http://slovník-cizich-slov.abz.cz/>

chápe tento postup jako „výstavbu drah“ (Vítková, 2001, s. 16). Tyto poznatky se staly východzími pro Bobathův koncept - ten pracuje s předpokladem, že pomocí systematického přísunu podnětů (z počátku pouze přísunu pasivního) a také pomocí vlastního nácviku svalového napětí a pohybů pod vědomou kontrolou (souhrnně pod názvem kinesteticko - proprioreceptivní vnímání) může docházet k obnovení schopnosti pohybů (Fröhlich, in: Friedlová, 2009, s. 40). Profesor Fröhlich rozšířil pojem výstavby drah v oblasti motorické i na oblast smyslovou, tj. na oblast **celistvého vnímání člověka**. Podle Fröhliche se zpracovávání podnětů ve všech shora uvedených oblastech neliší, to znamená, že vhodným podněcováním je možné docílit u pacientů/klientů zvýšení celkové vlastní aktivity (Fröhlich, in: Vítková, 2001, s. 16).

Shrnutí

Kombinací shora uvedených třech vývojových modelů dospěl Fröhlich k níže uvedeným tvrzením, které se staly základem konceptu bazální stimulace:

- Předpokladem správného vývoje dítěte po narození, resp. správného vývoje jeho diferencované mozkové struktury, je **intenzivní podnětné okolí**. Pokud dítě není schopné podněty samo získávat, zvyšuje se riziko senzoricke deprivace. Proto je nutné, aby tyto podněty zajišťovalo jeho okolí.
- Kognitivní vývoj²⁴ je narušen bez zkušenosti pohybu. Proto je nutné poskytnout pacientům/klientům dostatek pohybových zkušeností.
- Důležitou vlastností lidského mozku (i poškozeného) je plasticita. Poškozené struktury tak mohou být obnoveny, případně jiné oblasti mozku mohou přebírat funkce oblasti poškozené. U pacientů/klientů se proto pomocí dostatečného množství adekvátních podnětů snažíme reprodukovat paměťové stopy z dřívějších vývojových fází, aby mohlo docházet k vytváření nových struktur v mozku (výstavbě nových drah).
- Všechny podněty musí být dostatečně intenzivní a především dobře strukturované. Je nutné zohledňovat důležitost jednotlivých oblastí vnímání

(Vítková, 2014, 364 - 365).

²⁴ Kognitivní vývoj = vnímání, myšlení, pozornost, rozvoj řeči , doprovodné emocionální a sociální procesy.

2.4 Oblasti bazální stimulace

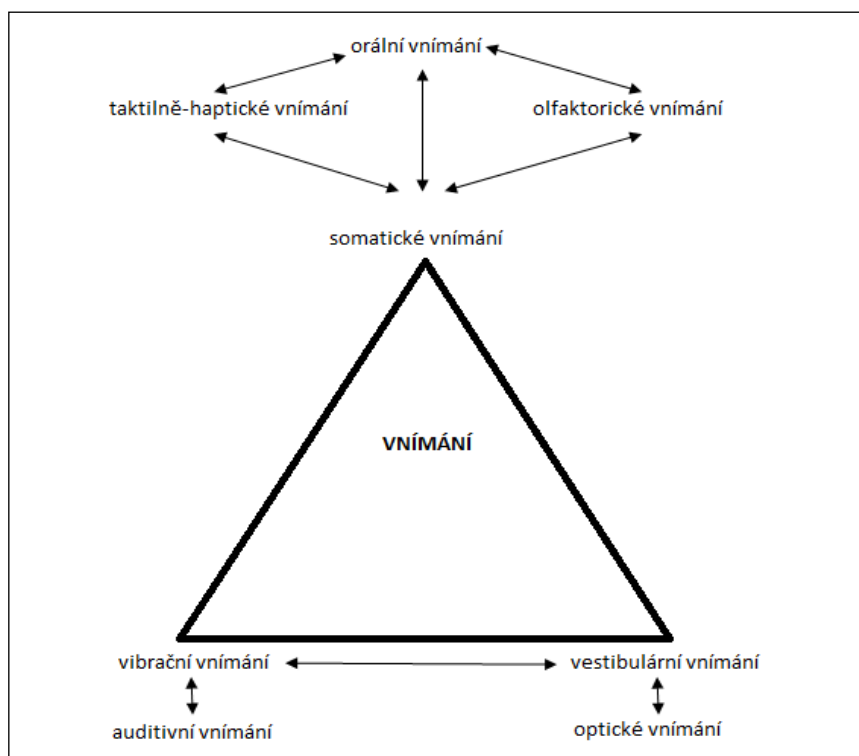
Tělesný i psychický život člověka probíhá v závislosti na výživě, péči a podnětech, které jsou v interakci mezi pohybem, vnímáním, komunikací a sociálním prostředím (Friedlová, 2003 – 2010, s. 5). Vnímání je základem komunikace a pohybu - jde o tři základní roviny, které se vzájemně ovlivňují a rozvíjí člověka: **díky vnímání je možný pohyb, komunikace je možná díky pohybu a vnímání.**

Vnímání

Vnímání definuje J. Langmeier jako složitý psychický proces, zahrnující „*všechny složky osobnosti člověka – jeho postoje, očekávání, soustředěnost a vytrvalost, dřívější zkušenosti, zájem i dosud rozvinuté schopnosti*“ (Langmeier, 2006, s. 120). Prostřednictvím vnímání člověk poznává to, co v dané chvíli působí na jeho smysly. Každému poznání vnímání vždy předchází, a to vnímání okolního prostředí jako celku - se všemi jeho vlastnostmi a charakteristikami. Výsledkem tohoto procesu je **vjem**, jehož kvalita, bohatost a intenzita je individuální (Kopecká, 2011, s. 35). Vnímání je úzce spojeno s pohybem – společně vytvářejí tělesné zkušenosti, od člověka neoddělitelné a neoddělitelně spojené se sociální interakcí (Vítková, 2001, s. 6).

Pro vnímání je důležité lidské vědomí. Trojan jej definuje jako „*bdělý stav, v němž je člověk schopen sebeuvědomování, orientované pozornosti a záměrného jednání a myšlení na základě souboru smyslových a paměťových informací*“ (Trojan, 2003, s. 708). Jde o stav, kdy člověk vnímá sebe i své okolní prostředí a je také schopen adekvátních reakcí na veškeré podněty (stimuly) z vnějšího prostředí. Tento proces má neurofyziologický základ, specifikovaný výše v článku 2.3.1 Neurofyziologický model vývoje.

Každý člověk tedy vnímá sám sebe i okolní svět pomocí smyslů resp. smyslových orgánů, které vznikají a vyvíjejí se již v prenatálním období a jsou na sobě závislé (obr. 4). Nejdříve se vyvíjí **vnímání somatické** (vnímání podnětů z povrchu těla), následně **vnímání vibrační** (schopnost vnímat okolní zvuky přenášené plodovou vodou jako vibrace) a na závěr **vnímání vestibulární** (schopnost vnímat změny polohy svého těla i polohy těla matky). V průběhu prenatálního období se rozvíjí **vnímání taktilně-haptické** (dotykově-hmatové vnímání) a **orální** (schopnost vnímat ústy), která obě úzce souvisí s vnímáním somatickým (Friedlová, 2007, s. 63).



Obrázek 4 Druhy vnímání a jejich vzájemná závislost
(zdroj: Základní kurz Bazální stimulace® konaný ve dnech
20. – 21. 11. 2014 v Nemocnici Nové Město na Moravě, p. o.)

Komunikace

Další významnou oblastí, na kterou se bazální stimulace zaměřuje, je komunikace. V obecném pojetí je definována jako „způsob, kterým lidé navazují vzájemný kontakt a oznamují si své myšlenky, citové zážitky a postoje“ (Ivanová, in: Plevová, 2010, s. 13). Tvoří základ sociálních interakcí a je společensky velmi významná. Podle Slavomíra Lacy, který se ve své publikaci společenským významem komunikace zabývá, jde o základní jednotku společenského styku a proces, vyjadřující hodnotu našeho prožívání a pocitů, plný nečekaných zvrátů (Laca, 2011, s. 194). Komunikaci nejčastěji rozdělujeme na verbální (slovní) a neverbální (mimoslovní)²⁵.

Při komunikaci je důležitý obličej, ve kterém je podle Křivohlavého možné odlišit sedm druhů emocí (šťěstí, překvapení, strach, zlobu, smutek, spokojenost a zájem), pomocí nichž je možné vyjádřit stav prožívání člověka (Křivohlavý, in: Friedlová, 2007, s. 30 – 31).

²⁵ Neverbální komunikace má při komunikaci větší podíl, než komunikace verbální. Do neverbální komunikace především: kontakt, postoje, bezděčné pohyby, gesta, výrazy obličej (mimika), „řeč očí“, tón zabarvení hlasu, síla hlasu, přibližování a oddalování (Navrátil, 2001, s. 92).

V případě pacientova emočního prožívání pacienta/klienta lze podle svalového napětí v jeho obličejí hodnotit i úroveň vnímání pacienta (Friedlová, 2007, s. 32). Velký význam při komunikaci má také vzájemná gestikulace, oční kontakt a postavení těla komunikujících.

Jak je uvedeno výše, vnímání se uskutečňuje smyslovými orgány, umožňujícími člověku přijímat a zpracovávat podněty z okolního prostředí. Smyslové orgány tedy patří mezi tzv. komunikační kanály, které jsou při bazální stimulaci využívány dle stavu a schopností pacienta; jsou to komunikační kanály:

- somatický,
- vestibulární,
- vibrační,
- auditivní,
- optický,
- olfaktorický a
- taktilně-haptický.

(Friedlová, 2007, s. 32 – 33)

Podle Křivohlavého „*není možné nekomunikovat*“ (Křivohlavý, 1995, s. 40), tedy i mezi pacientem a terapeutem musí docházet k výměně informací. Pro komunikaci s pacienty, kteří mají zhoršené vyjadřovací schopnosti či narušené vědomí, jsou však nezbytné teoretické znalosti²⁶ i praktické zkušenosti pečujících. Reakce pacientů mohou být totiž velmi nevýrazné a jejich zachycení včetně adekvátní reakce má význam pro další přístup k pacientovi i jeho vývoj. Friedlová však upozorňuje i na důležitost integrace příbuzných do péče v rámci bazální stimulace, neboť první osobou, která často zachytí nepatrné reakce, může být právě příbuzný (Friedlová, 2007, s. 34).

Reakce pacientů jsou individuální a mohou mít různé formy. Komunikačním prostředkem může být:

- dýchání – změna rytmu nebo hloubky dýchání, přestávky během dýchání, zívání, vzdechy, kašel, zvýšená či snížená sekrece z dýchacích cest, chrchlání atd.;

²⁶ Pečující osoby by se měly orientovat v základních pravidlech komunikace dle typu handicapu pacienta/klienta (postižení sluchu, zraku, tělesné postižení, mentální postižení)

- svalový tonus – uvolnění mimiky v obličeji, na čele, kolem úst, pohyby rtů, změny na nosních křídlech, uvolnění nebo strnutí ramen, uvolnění nebo stažení svalů v oblasti zátylku, břicha, končetin, uvolnění spastických částí atd.;
- pohyb – pootevření/sevření dlaně, pohyby dolními končetinami, hlavou, očima, obočím, polykání;
- hemodynamika – změna srdeční frekvence, hodnot krevního tlaku, periferního prokrvení;
- sekrece – zvýšená salivace při uvolnění, zvuky žaludeční a střevní peristaltiky, změny sekrece potu (při pocitu strachu, při námaze atd.)

(Friedlová, 2007, s. 46).

Pro úspěšnou komunikaci s pacientem v konceptu bazální stimulace by měla být využívána níže uvedená pravidla, které sestavila K. Friedlová – tzv. **Desatero bazální stimulace**:

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

(Friedlová, 2003 – 2010, s. 27).

Podle Fröhlicha je vznik, vývoj a přežití člověka „*možné jen v sociálních vztazích*“ (Fröhlich, in: Friedlová, 2007, s. 36). V každé životní situaci jsme v interakci s okolním sociálním prostředím, se kterým si neustále vyměňujeme informace. Tento proces nás

determinuje při osvojování vlastností, dovedností a zkušeností a je předpokladem vývoje individuality naší osobnosti.

Pohyb

Pohyb provází člověka po celý život. Je řízen centrální nervovou soustavou a kromě zajištění chůze a držení těla slouží k uspokojování základních biologických potřeb (např. dýchání, příjem potravy, vylučování, rozmnožování), ke zlepšení zdravotního stavu (uvolňuje duševní napětí, zlepšuje spánek, zpevňuje pohybový aparát), ke zvýšení výkonnosti orgánů (prokrvení kůže, posílení dýchání a srdeční činnosti, zlepšení pohyblivosti kloubů, růst svalové hmoty atd.) a také k poznání vlastního těla a jeho okolí (Mlýnková, 2010, s. 243 a Friedlová, 2007, s. 25). Pohyb významně pomáhá člověku při verbální i neverbální komunikaci s okolím, neboť pomocí gest a mimiky jsme schopni vyjadřovat naše pocity, emoce a názory (Dvořáková, s. 4). U zdravého člověka předchází pohybu myšlenka na pohyb, proto není možné oddělovat pohyb a vnímání – jde o tzv. „*cílenou motoriku*“ resp. „*motorický systém úmyslného pohybu*“, který je řízen komplexní činností centrální nervové soustavy. Aby byl pohyb proveden, musí v lidském mozku vzniknout idea (koncepte) pohybu, následně pak taktika (plán) pohybu a nakonec je díky činnosti motorické mozkové kůry řízený pohyb realizován (Friedlová, 2007, s. 25 - 26).

Pohybové (motorické) schopnosti se u člověka vyvíjí již v prenatálním embryonálním období stejně jako jeho nervová soustava, se kterou vývoj pohybu úzce souvisí. Pohybová aktivita plodu²⁷ může být diferencovaná, neboť každý plod může reagovat různě – již v tomto období jde však o chování individuálně typické, kterým se obvykle projevuje typ temperamentu (Vágnerová, 2000, s. 36 - 37). Vývoj pohybových schopností pokračuje i v postnatálním období.

Při každém pohybu dochází ke změně rovnováhy, proto je pro pohyb důležitý vestibulární systém. Ten zajišťuje udržení rovnováhy člověka pomocí složitého aparátu ve vnitřním uchu, podílí se na relativní stabilizaci obrázku na oční sítnici a úzce souvisí s vyrovnávacími pohyby končetin a očí a také s regulací svalového tonusu - zejména v končetinách a kloubech (Trojan, 2003, s. 604). Během dne získává vnitřní sluchový orgán s rovnovážným ústrojím ke zpracování stálý přísun podnětů, neboť člověk provádí mnoho různých činností, při kterých se neustále hýbe a mění své polohy. V případě omezení pohybového aparátu však dochází ke snížení těchto pohybových podnětů, proto je

²⁷ například sací pohyby, pohyby hlavičkou, končetinami, trupem, ústy, jazykem aj.

při uplatňování bazální stimulace důležité cíleně podporovat pacientovo vnímání rovnováhy, orientaci, pohyb a polohy jeho vlastního těla. Jde o stimulaci motorických schopností, tzv. vestibulární stimulaci, která vychází z konceptu Bobathových.²⁸

Shrnutí

Ve shora uvedených kapitolách jsem identifikovala a popsala vnímání, komunikaci a pohyb jako oblasti, které se vzájemně determinují a úzce souvisí s vývojem člověka i rozvojem jeho schopností, dovedností a zkušeností. V kontextu s významem těchto oblastí pro bazální stimulaci je velmi důležité zajistit, aby okolí pacienta bylo maximálně podnětné. Tím je zvyšována možnost navázání komunikace s pacientem, která následně přispívá k rozvoji pacientových percepčních, komunikačních a pohybových schopností s maximálně možnou akceptací jeho osobnosti.

2.5 Aspekty bazální stimulace

Bazální stimulace napomáhá k tomu, aby pečující osoby byly vůči pacientům empatické, dokázaly ho vnímat jako jedinečnou bytost a pochopit jeho potřeby. Tyto osoby se proto snaží hledat adekvátní stimuly a eliminovat nežádoucí jevy. Je pak na pacientovi, zda nabízené podněty přijme a reaguje na ně, či nikoliv.

Důležité aspekty, které bazální stimulace přináší pacientům a terapeutům:

- Bazální stimulace je formována v rámci vztahu: terapeut vs. pacient.
- Bazální stimulace znamená ubírat se společně po určitý čas stejnou cestou
- Bazální stimulace umožňuje terapeutům stimulovat vnímání pacientů pomocí informací, které postrádají a naopak redukcí těch informací, které je zatěžují
- Bazální stimulace nabízí pacientovi takové vjemy, u kterých se může sám rozhodnout, zda je přijme, či ne
- Bazální stimulace umožňuje pacientovi, aby:
 - vnímal hranice svého těla,
 - mohl prožívat a mít prožitky

²⁸ Koncept Bobathových je popisován výše v kapitole 2.3.3.

- vnímal okolní svět či přítomnost jiného člověka.
 - Bazální stimulace umožňuje pacientovi poznat a akceptovat hranice vlastního těla.
 - Bazální stimulace umožňuje ošetřujícím, terapeutům i rodině rozvinout vlastní kreativitu a realizovat své schopnosti, znalosti, dovednosti a zkušenosti
- (Friedlová, 2007, s. 45).

3 TECHNIKY BAZÁLNÍ STIMULACE

Omezená percepce, komunikace a pohyb negativně ovlivňují u pacientů schopnost existovat, úroveň aktivity směrem k okolnímu prostředí a zvládání rozmanitých životních úkolů. Kvalita pacientova života se tak významně snižuje, neboť narušení vztahů pacientů s okolním prostředím s sebou přináší psychické i sociální problémy (Hájková, 2009, s. 44). Vítková tento jev popisuje jako stav radikální redukce možností aktivity – tzv. individuální izolaci (Vítková, 2001, s. 6). Pomocí vědecky ověřených přístupů a technik bazální stimulace je možné tuto individuální izolaci alespoň částečně odstranit.

Pro kvalitní a účinnou bazální stimulaci je nutné ve spolupráci s příbuznými (případně i s přáteli pacienta) zpracovat kvalitní **biografickou anamnézu** o pacientových životních návycích, zvycích a prožitcích. Biografie pacienta je důležitou součástí terapeutického resp. pedagogického procesu; může být strukturována různými způsoby, například:

- podle hlavních cílů terapeutického působení,
- podle životních událostí pacienta,
- podle stavu pacienta v určitém časovém úseku (např. před operací či před úrazem),
- podle vlastních informací,
- lékařsky podle předchozích onemocnění,
- z pohledu ošetřovatelství podle fyzických a psychických schopností

(Nydahl, 2008, s. 71).

Pro úspěšné uplatnění technik bazální stimulace je důležitá i formulace reálných cílů a sestavení adekvátního terapeutického plánu, zohledňujícího individualitu a zdravotní stav pacienta. Významné je i průběžné a důsledné zaznamenávání a hodnocení reakcí pacienta na poskytovanou stimulaci. Integrace příbuzných a blízkých osob pacientů je pro bazální stimulaci téměř samozřejmostí.

Techniky bazální stimulace se člení na **prvky základní a nastavbové**.

- **Základní prvky stimulace:**
 - somatická stimulace,
 - vestibulární stimulace a

- vibrační stimulace.
- **Nástavbové prvky stimulace:**
 - optická stimulace (zraková),
 - auditivní stimulace (sluchová),
 - taktilně-haptická stimulace (hmatová),
 - olfaktorická stimulace (čichová) a
 - orální stimulace (senzorika oblasti úst a chuťových vjemů)

(Koutenská, Jirochová, 2011, s. 13).

Bazální stimulace využívá techniky a přístupy, které je možné využívat univerzálně u všech pacientů/klientů s ohledem na povahu jejich onemocnění a s tím související úroveň jejich schopností a dovedností. Některé techniky a přístupy je možné považovat za „alternativní“ či „individuální“, neboť vychází z pacientovy biografické anamnézy a maximálně zohledňují jeho zájmy, záliby a zvyky.

3.1 Základní prvky stimulace

SOMATICKÁ STIMULACE

Kůže je jedním z důležitých orgánů, který s pomocí svalů v těle pomáhá jedinci vnímat své tělo a následně i okolní svět. Poskytuje člověku „*zkušenost se svým vlastním tělem*“, kterou prof. Fröhlich spolu s Urschulou Haupt považují za jednu z nejdůležitějších oblastí vývoje osobnosti člověka. Základem vnímání tělesného schématu je tedy vnímání tělesného obrazu ve vztahu s okolním prostředím – znovu je zde poukazováno na důležitost vzájemného vztahu mezi vnímáním, pohybem a komunikací. Vnímání tělesného obrazu vytváří v člověku představu o vlastním těle jako objektu v prostoru – člověk vnímá jak své tělo v jeho vnějších hranicích, tak i místa, která tyto hranice mezi jeho tělem a vnějším okolím tvoří. Podle Fröhliche je tělesný obraz osobní formou tělesného schématu (je jemu podřízen); jde o neustále měnící se a přizpůsobující se formu vnímání sebe sama (Friedlová, 2007, s. 64 - 67).

Pokud u člověka dojde k neurologickému onemocnění, případně jinému onemocnění, ovlivňujícímu vnímání, vnímaný tělesný obraz se u pacienta změní a v důsledku této

změny dochází i k poruchám vnímání tělesného schématu. V takových případech pomáhá cílená somatická stimulace kůže a svalů, která může vnímání tělesného schématu pozitivně upravovat, případně jej při těžkém postižení i vytvářet. Somatické podněty (nastavení hranic a kontakt s kůží) vytváří pozitivní zkušenost, podněcují vnímání trupu jako středu pacientova těla, zohledňují paže a dolní končetiny, následně i samotné ruce a chodidla. Podněty mohou na pacienty působit různorodě, proto je nutné při provádění stimulačních technik sledovat pacientovy reakce a identifikovat, co je mu příjemné, co nikoliv, na co dobře reaguje a co je pro něho intenzivní (kurz Bazální stimulace®, cit. 16. 12. 2014).

Cíli a oblastmi somatické stimulace podle Fröhlicha jsou:

- poznání a využívání povrchu těla jako orgánu vnímání,
- naučení se motoricky reagovat na podněty těla,
- naučení se lokalizaci podnětů na vlastním těle a
- vytváření předpokladů pro základní poznatky o vlastním těle a jeho zkušenostním potenciálu

(Fröhlich, in: Vítková, 2001, s. 7).

Před zahájením jakéhokoliv prvku stimulace a aktivity s pacientem je nutné použít tzv. iniciální dotek (viz vysvětlení níže) a adekvátně verbálně informovat pacienta o činnosti, kterou s pacientem plánujeme provádět. Somatická stimulace zahrnuje doteky na vhodně stanovených místech na pacientově těle, celotělové masáže, polohování, stimulaci dýchání, částečné nebo celkové koupele a zábaly.

• Iniciální dotek

Při uplatňování somatické stimulace je velmi důležitý dotek, jako jeden ze základních prvků komunikace. Pacientovi pomáhá získat informace o sobě samém i o svém okolí. Velký význam má tzv. **iniciální dotek**, který jednotně slouží k navázání kontaktu ošetřujícího personálu i terapeutů s pacientem při zahájení i ukončení jakékoliv činnosti a také k navození pocitu klidu, jistoty a bezpečí. Iniciální dotek se při uplatňování všech prvků bazální stimulace trvale provádí na stejném, v rámci individuálního terapeutického plánu specifikovaném a určeném místě v tzv. veřejné dotekové zóně.²⁹ Iniciální dotek má být zřetelný, přiměřeně intenzivní a doprovázený verbálně jednotným oslovením,

²⁹ Většinou tímto místem bývá rameno, místo na ruce v oblasti od lokte k prstům či dlaň.

stanoveným na základě biografické anamnézy pacienta (například oslovení běžně užívanou přezdívkou). Je nutné, aby iniciální dotek používali všichni, kteří s pacientem přichází do styku – k informaci o způsobu iniciálního doteku postačí jednoduchá cedulka u pacientova lůžka (Dvořáková, s. 5 – 6 a Friedlová, 2007 s. 73 - 74).

- **Somatická stimulace zklidňující / zklidňující koupel**

Zklidňující stimulaci lze používat téměř u všech pacientů během dne i při provádění hygieny (zklidňující koupel). Mohou ji provádět různé osoby včetně rodinných příslušníků, je možné používat různé speciální pomůcky – minimálně však dvě žínky a jeden ručník.

Cílovou skupinu pro uplatnění zklidňující stimulace tvoří:

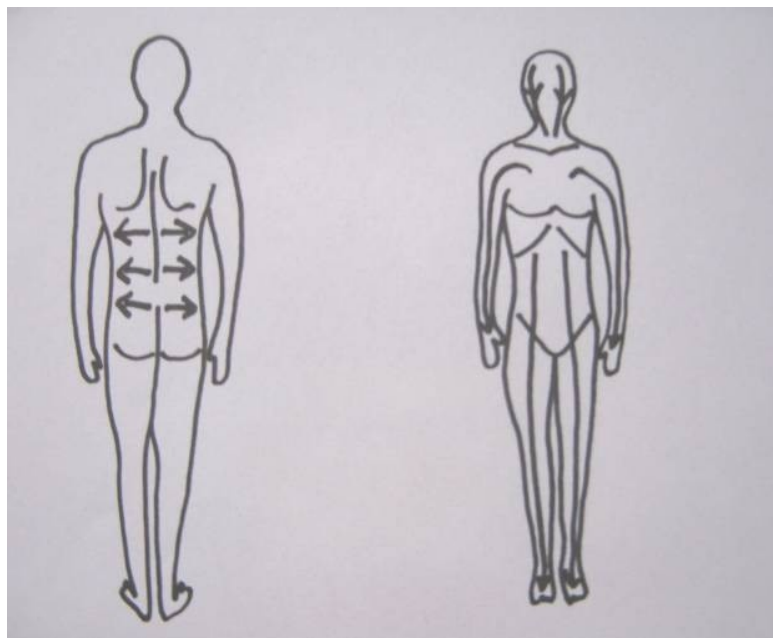
- neklidní a hyperaktivní pacienti,
- úzkostní a ustrašení pacienti, pacienti zmatení a dezorientovaní,
- pacienti se zvýšenou tepovou frekvencí a zvýšeným svalovým tonem,
- pacienti s poruchami spánku,
- pacienti v dlouhodobém umělém spánku či ve fázi probouzení,
- pacienti se změnami vnímání tělesného obrazu / schématu (např. po amputacích),
- nemocní s Parkinsonovou nemocí nebo s Alzheimerem,
- klienti s mentálním a somatickým postižením, pacienti s demencí,
- umírající atd.

(Friedlová, 2007, s. 74 – 77; Dvořáková, s. 9 - 10).

Cílem zklidňující stimulace je navození pozitivních změn vnímání tělesného schématu, pacientovo zklidnění a uvolnění včetně uvolnění svalového napětí, navození pocitu pohody, navázání komunikace, redukce stavů zmatenosti a dezorientace.

Při zklidňující stimulaci postupujeme ve směru tzv. „**po chlupu**“ (obr. 5). Teplota vody by měla být stejná jako teplota těla, případně mírně vyšší. Pracujeme vždy oběma rukama a symetricky, neustále udržujeme s klientem kontakt minimálně jednou rukou. Během stimulace nikam neodcházíme, neměli bychom být ničím rušeni ani hovořit s jinou osobou. Snažíme se, aby okolní prostředí (teplota, atmosféra, světlo, hluk) bylo klidné a příjemné. Celou terapii by měla provádět jedna osoba, druhá osoba může být nápomocná pro případ manipulace s pacientem. Podle schopností, možností a stavu pacienta využíváme při

stimulaci ostatní smysly (optický³⁰, auditivní³¹, olfaktorický³² či taktilně-haptický³³), ve vhodných případech (například při mytí obličeje) můžeme vést klientovu ruku a provádět s ním tzv. asistovanou koupel.



Obrázek 5 Somatická stimulace zklidňující/zklidňující koupel (zdroj: <http://prohuman.sk/zdravotnictvo/>)

S ohledem na pacientův zdravotní stav začínáme od obličeje – po jeho obvodu pohyby od středu čela směrem k bradě. Ve směru chlupů modelujeme hrudník, dále pak horní končetiny až k prstům, které jednotlivě modelujeme až k jejich konečkům (pro stimulaci vnímání tělesného schématu zakončujeme „řuknutím“). Následují dolní končetiny včetně prstů. Záda myjeme obdobným způsobem jako hrudník, je možné je umývat, když leží pacient na boku. Osoušení provádíme stejným způsobem jako mytí. Po koupeli je třeba použít iniciální dotek a nechat pacienta odpočívat.³⁴

³⁰ umožnit sledování naší činnosti

³¹ vysvětlujeme pacientovi, co právě provádíme; zprostředkujeme zvuk tekoucí vody atd.

³² umožnit pacientovi vnímání známých vůní (mýdlo, krém, tělové mléko atd.)

³³ ponoření pacientovy ruky do nádoby s vodou

³⁴ Popisy jednotlivých druhů stimulací jsou pouze základní a méně podrobné – slouží pouze pro představu čtenářů. Pro získání dovedností je nutné seznámit se s odbornou literaturou a zúčastnit se seminářů, vedených oprávněným lektorem.

- **Somatická stimulace osvěžující/ osvěžující koupel**

Osvěžující stimulace se používá u pacientů, které chceme zaktivovat a nabudit. K této aktivaci dochází díky masáži těla proti růstu chlupů, neboť tento pohyb je oproti masáži po růstu chlupů pacientem vnímán výrazněji.

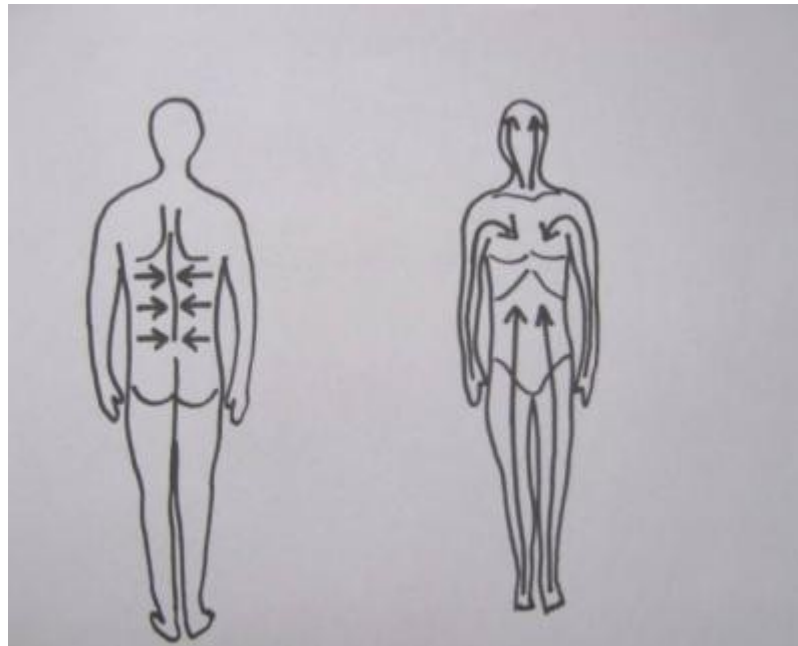
Cílovou skupinu pro uplatnění osvěžující stimulace tvoří:

- komatózní pacienti,
- pacienti chorobně bdělí, ospalí a dřímající,
- pacienti v depresi,
- pacienti s diabetes melitus, s nízkým krevním tlakem
- pacienti se sníženým svalovým tonem

(Dvořáková, rok neuveden, s. 12).

Cílem osvěžující stimulace je aktivizace pacienta, zvýšení jeho pozornosti, vědomí i povědomí o sobě samém, zvýšení svalového tonu i srdeční frekvence (u pacientů s vyšším tlakem krve je nutné dávat pozor). Osvěžující stimulaci je vhodné provádět ráno nebo během dne, nikoliv však před spánkem. Stimulace může sloužit i jako příprava pacienta pro následující rehabilitační techniky. (Dvořáková, s. 12 a Friedlová, 2003 – 2010, s. 13).

Při osvěžující stimulaci postupujeme ve směru tzv. „**proti chlupu**“ (obr. 6). U tohoto typu stimulace dodržujeme stejné zásady jako u stimulace zklidňující. Teplota vody by měla být chladnější, v rozmezí mezi 28° až 23°C. Jako u stimulace zklidňující postupujeme od obličeje přes hrudník, horní končetiny až ke končetinám dolním, pouze pohyby vedeme obráceně, tj. od vnějších okrajů hrudníku směrem k jeho středu, od konečků prstů rukou k ramenům, od prstů nohy směrem k pasu atd.



Obrázek 6 Somatická stimulace osvěžující/osvěžující koupel
(zdroj: <http://www.prohuman.sk/zdravotnictvo/>)

- **Neurofyziologická stimulace / koupel celkově bazálně stimuluje dle konceptu Bobatha**

Jde o stimulaci, určenou pacientům s poruchami hybnosti na jedné polovině těla či na jejích částech. Je založena na stimulaci pacientovy nepostižené části těla spolu s pacientovým sledováním této činnosti, neboť je nutné, aby si pacient před stimulací postižené části těla zdravou stranu uvědomil a tento pocit pak přenášel na vnímání strany postižené (Friedlová, 2007, s. 83). Neurofyziologická stimulace vychází z konceptu manželů Bobathových, zaměřujícího se obnovu pohybových schopností pomocí kontrolovaného a cíleného nácviku pohybů a svalového napětí.³⁵

Cílovou skupinu pro uplatnění neurofyziologické stimulace tvoří:

- pacienti po cévních mozkových příhodách s ochrnutými částmi těla,
 - pacienti s poruchami hybnosti částí těla,
 - pacienti s postiženými částmi těla na základě úrazů hlavy
- (Dvořáková, rok neuveden, s. 9).

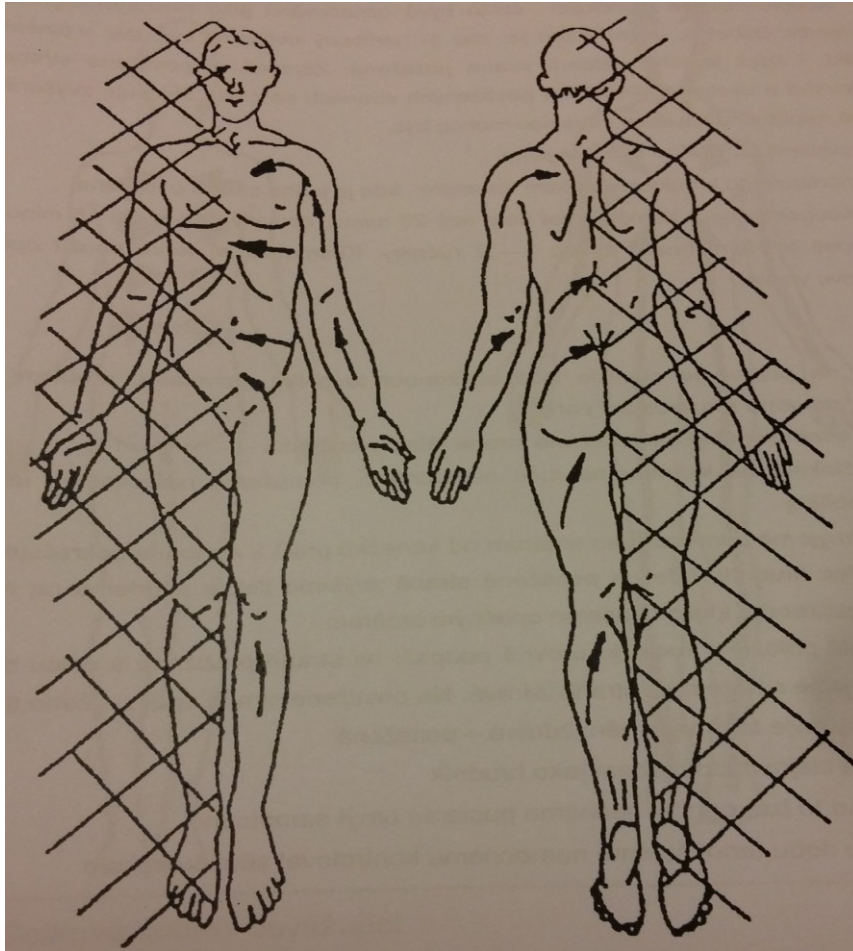
³⁵ Podrobnosti o konceptu manželů Bobathových je popsána výše v článku 2.3.3.

Cílem neurofyziologické stimulace je podpora obnovy naučených automatických pohybových vzorců pro udržení těla pomocí stále se opakujících pohybů/cviků, prováděných s pacientem. V podstatě jde o aktivaci vzpomínek ze svého těla, uložených v paměťových drahách s cílem uvědomovat si postiženou stranu těla (Friedlová, 2007, s. 85).

Při neurofyziologické stimulaci kombinujeme stimulaci zklidňující a osvěžující, a to tak, že zdravou stranu „osvěžujeme“ a postiženou stranu „zklidňujeme.“ Teplota vody by měla být okolo 30°C, přihlédneme však vždy k přání pacienta. Používáme stejné pomůcky, jako o stimulace zklidňující či osvěžující, minimálně 2 žínky a 1 ručník. Ošetřující stojí u pacientovy postižené strany a vždy postupuje od strany zdravé ke straně postižené; pokud to pacientův stav dovolí, je možné, aby si obličej umyl sám s asistencí ošetřujícího. Začínáme stimulací horní končetiny – ťuknutím na konce prstů a modelací prstů, následně pohybem proti růstu chlupů směrem k rameni přes hrudník. Jakmile se dostaneme na hrudníku do pomyslného středu těla, zintenzivníme tlak rukou a přecházíme na ruku postiženou směrem od ramene - ve směru růstu chlupů až po prsty. Hrudník i dolní končetiny stimulujeme stejným způsobem, tedy od strany zdravé po stranu postiženou (obr. 7). Po celou dobu se snažíme, aby pacient mohl celou stimulaci sledovat, např. s pomocí zrcadla – jde o tzv. „zrcadlovou terapii“ (Friedlová, 2003 – 2010, s. 16). Po celou dobu stimulace se snažíme dodržovat níže uvedené zásady:

- vyzýváme pacienta k vnímání a uvědomování si zdravé strany těla,
- stimulujeme postiženou stranu s cílem vyvolat pocity,
- umožňujeme pacientovi optickou kontrolu postižené strany,
- střední část těla dostatečně stimulujeme tlakem,
- po stimulaci je nutná odpočinková pauza

(Friedlová, 2003 – 2010, s. 16).



Obrázek 7 Neurofyziologická stimulace/koupele celkově bazálně stimulující (zdroj: Dvořáková, 2014, s. 16)

- **Symetrická a rozvíjející somatická stimulace**

Oba typy stimulace jsou využívány při poruchách vnímání tělesného schématu. Symetrická stimulace pomocí synchronních pohybů na obou polovinách těla (nejednou obě horní končetiny či obě dolní končetiny) podporuje obnovu vnímání tělesného schématu u pacientů s poruchami rovnováhy. Cílem rozvíjející stimulace je zdůrazňovat symetrii a střed těla u pacientů/klientů, kteří nemají tělesné schéma stabilizováno a je nutné jej ještě rozvíjet – jde většinou nedonošené děti, o malé děti do 4 let věku s poruchami vnímání tělesného schématu či o imobilní pacienty (Friedlová, 2007, s. 88).

- **Diametrální stimulace/koupelel**

Základem diametrální stimulace je uvolňování zvýšeného svalového napětí (svalového tonusu)³⁶ u pacientů s cílem dosáhnout zlepšení pohybu v kloubech. Pokud jsou klouby dlouhodobě v určité poloze s minimálním pohybem, dochází ke stažení svalů a k omezení jejich hybnosti. Příčinami tohoto stavu mohou být:

- dlouhodobé ležení,
- poruchy v mozku,
- reflexní reakce,
- bolest resp. poloha, která je bezbolestná či nechut' k pohybu a
- poruchy psychiky pacienta.

Diametrální stimulace může být aplikována pouze na části těla. Pokud ji aplikujeme jako koupelel, voda by měla mít tělesnou teplotu. Pacient má být uklidněný a nacházet se v jemu příjemné poloze. Pohyby na dané končetině je třeba opakovat minimálně 3 – 5x, a protože je nutné během stimulace dodržovat tělesnou symetrii, musí být vždy stimulována i končetina na druhé polovině těla – minimálně stimulací zklidňující (Friedlová, 2007, s. 89 - 91).

- **Polohování v konceptu bazální stimulace, poloha „hnízdo“ a „mumie“**

Polohování pacientů je velmi důležité, neboť již po 20 minutách bez pohybu a vnějších podnětů dochází ke změnám vnímání vlastního těla.³⁷ Podle Fröhlicha jde o tzv. **degenerativní** habituaci - úbytek reakcí na podněty a s tímto jevem související jednotvárné vnímání vlastního těla. Následkem dochází k poruchám vnímání těla a tělesné identity, poruchám koordinace, chybnému výkladu okolního prostředí, dezorientaci, neklidu, depresím, agresivitě a poruchám intelektu. Vhodné polohování je jednou z možností, jak degenerativní habituaci u pacientů zabránit, umožňuje také předcházet vzniku dekubitů (proleženin), zápalu plic i poruchám krevního oběhu. Při polohování je vždy důležité zohledňovat autobiografické informace o polohách, v jakých se pacient pohodlně cítí, jaké pomůcky používá při usínání atd. (Friedlová, 2007, s. 91). Polohování stimuluje i vestibulární vnímání, tj. vnímání změn poloh vlastního těla.

³⁶ Jde o tzv. hypertonus, který způsobuje poruchy koordinace a činnosti párových částí těla (Krivošíková, 2011, s. 178).

³⁷ Změnu vnímání je možné jednoduchým způsobem vyzkoušet, pokud vydržíme bezhybně ležet na zádech s rukama podél těla min. po dobu 20 minut (Základní kurz bazální stimulace. 20. – 21. 11. 2014)

Poloha „**hnízdo**“ je nejvíce využívána a má mnoho modifikací. Pro pacienty bývá tato poloha obvykle velmi příjemná, poskytuje jim pocit jistoty a bezpečí, podporuje vnímání hranic těla. Může být prováděna v různých polohách, a to na zádech, na boku, na břiše i v sedu v křesle. Základem je navození příjemných pocitů vytvořením „hnízda“ pomocí polštářů, srolovaných dek, ručníků nebo prostěradel, případně pomocí speciálních pomůcek.³⁸ Těmito pomůckami je pacient kolem celého těla obkládán a polohován tak, aby se cítil dobře.³⁹

Poloha „**mumie**“ se využívá nejčastěji u neklidných, agresivních a zmatených pacientů, případně u pacientů dospávajících po narkóze. Poloha není vhodná pro pacienty s klaustrofobickými stavy v biografické anamnéze. Jde o velmi intenzivní stimulaci vnímání tělesného schématu, neboť pacient je doslova zabalen do deky nebo prostěradel ve směru od dolních končetin směrem k hlavě. Tato poloha může být kombinována s polohou hnízdo a neměla by trvat déle než 20 minut.⁴⁰

- **Masáž stimulující dýchání, kontaktní dýchání**

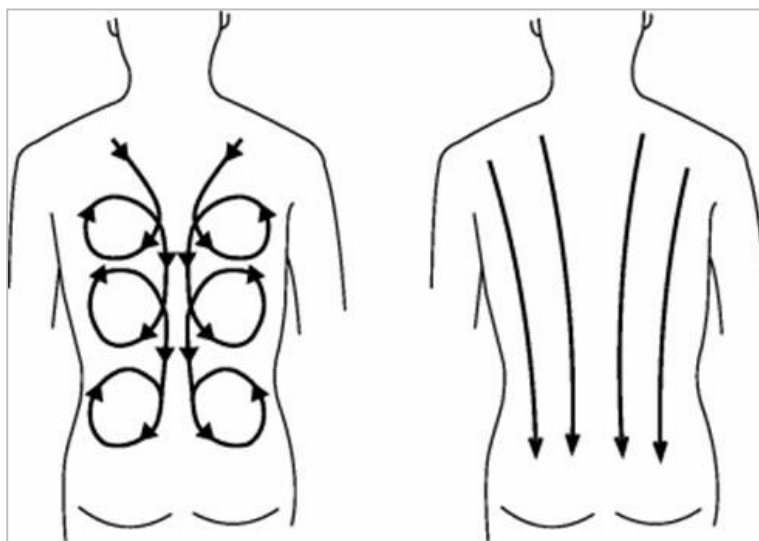
Masáž stimulující dýchání je v péči o pacienty široce využívána. Lze ji použít u pacientů s neurologickými potížemi, poruchami spánku a zejména u pacientů s potížemi při dýchání – s povrchním, nepravidelným či zrychleným dýcháním. Je využívána i v paliativní péči, v péči o dlouhodobě nemocné, v pediatrii i v neonatologii (Dvořáková, s. 18). Při provádění masáže dochází k uvolnění a navození jistoty a bezpečí pomocí redukce stavů neklidu a zmatenosti; dochází ke stejnému rytmu dýchání, tedy k vytvoření určitého vztahu mezi terapeutem a pacientem.

Masáž lze provádět v různých polohách (vleže na zádech, na boku), nejčastěji je však prováděna vsedě. Terapeut provádí masáž pomocí rukou, ošetřených pleťovým mlékem nebo olejem, a to krouživými pohyby v oblasti zad a rytmicky spolu s dechem pacienta (obr. 8).

³⁸ například speciální polštáře „nuch nuch“ určené nejen pro polohování v bazální stimulaci

³⁹ Ukázky variant polohy „hnízdo“ jsou uvedeny na fotografiích z kurzu Bazální stimulace® (příloha č. 1)

⁴⁰ Ukázky variant polohy „mumie“ jsou uvedeny na fotografiích z kurzu Bazální stimulace® (příloha č. 1)



Obrázek 8 Masáž stimulující dýchání
(zdroj: <http://apalicky-syndrom.wz.cz/prilohy.html>)

V průběhu masáže se terapeut snaží zpomalováním krouživých pohybů pacientův dech zpomalovat, prohlubovat a tím i zklidňovat. Při krouživých pohybech je možné používat i vibrační stimulaci pro uvolnění dýchacích cest a podporu vykašlávání sekretu. Masáž by neměla trvat déle než 5 minut.

Kontaktní dýchání je využíváno u pacientů v rámci dechové rehabilitace. Provádí ho buď terapeut sám, nebo s pacientovou asistencí. Ruce terapeuta jsou položeny na pacientově hrudníku a provází jeho dýchání – při výdechu je možné hrudník mírně stlačit a také použít vibraci pro podporu uvolňování sekretu z dýchacích cest. Kontaktní dýchání stimuluje a podporuje vnímání vlastního pacientova těla.

VIBRAČNÍ STIMULACE

Vibrační stimulace je vhodná především pro pacienty se ztrátou hybnosti či ochrnutím části těla a s poruchami vnímání vlastního těla. Člověkem je vnímána směrem dovnitř těla - působí stimulačně prostřednictvím kostí v pacientově těle, které vibrace přenáší po celém těle dále. Tím dochází k pozitivnímu působení, které podněcuje uvědomování si stability a pospolitosti těla se skeletem – zlepšuje se vnímání končetin a vnímání existence některých orgánů v pacientově těle. Vibrace pozitivně působí také na sluchový orgán a vytváření hlasového projevu. Celkově povzbuzuje vibrace pacienta z hlediska taktilně-

haptického (hmatového) i pohybového – může být přípravou k pacientově mobilizaci (Friedlová, 2003 – 2010, s. 25).

Vibraci můžeme vytvářet hlasem, masážními strojkami, ladičkou, dupáním, klepáním, bubínky, ale také především rukama při provádění jiných typů stimulací – například při masáži stimulující dýchání či kontaktním dýchání. Při vibrační stimulaci je nutné respektovat osobnost pacienta a zejména jeho reakce vůči zvukům, neboť vydávané vibrace mohou působit nepříjemně.

VESTIBULÁRNÍ STIMULACE

V běžném životě se člověk neustále hýbe, což je doprovázeno změnou rovnováhy – trvalou stimulací rovnovážného ústrojí. U imobilních pacientů však k této stimulaci nedochází, což může způsobovat poruchy orientace, nevolnosti, bolesti hlavy a zvýšení svalového tonusu. Proto je vhodné zařadit do péče resp. do polohování prvky, které vestibulární ústrojí stimulují - například pohyby hlavou v poloze vleže nebo vsedě, houpavé pohyby celého těla s nohama pokrčenými v kolenou, případně techniku tzv. pohybu ovesného klasu. Při provádění této techniky je pacientovo tělo vsedě zezadu fixováno na tělo terapeuta a ten s pacientem provádí pohyby ve tvaru ležaté osmičky – v tomto případě jde nejen o stimulaci vestibulární, ale také o stimulaci optickou, somatickou a podporu pacientova optimálního svalového tonusu.

3.2 Prvky nástavbové stimulace

Na rozdíl od univerzálního charakteru základních typů stimulací⁴¹ mají nástavbové stimulace povahu alternativní, neboť v rámci péče umožňují v maximální míře reflektovat pacientovu osobnost a jeho individualitu, vyplývající ze získané biografické anamnézy (vlastnosti, dovednosti, návyky, zvyky, zájmy atd.). Bazální stimulace v tomto smyslu poskytuje ošetřujícímu týmu prostor pro kreativitu a realizaci svých schopností.

- **Optická stimulace (zraková)**

Zrak je důležitým smyslem pro poznávání okolního světa i pro komunikaci. Pacient, upoutaný na nemocniční lůžko, se nachází v bezpodnělném prostředí s předměty jemu

⁴¹ S různými modifikacemi je možné je uplatňovat téměř u všech typů pacientů.

neznámými, čímž může docházet k jeho dezorientaci a stresovému stavu. Aby byl tento stav maximálně eliminován, do okolí pacienta jsou umísťovány předměty jemu známé či blízké (např. soukromé fotografie či obrázky, hodiny, osobní věci, oblíbené hračky atd.). Tyto předměty přináší pacientovi pocit jistoty a bezpečí, neboť podněcují jeho centrální nervový systém k obnovení paměťových stop a k vytváření asociací. Optickou stimulaci je vhodné kombinovat se stimulací vestibulární – je třeba měnit polohy pacienta a tím i jeho zorná pole s umístěnými stimulačními předměty.

- **Auditivní stimulace (sluchová)**

Sluchové ústrojí je významným orgánem pro komunikaci při vytváření a udržování sociálních vztahů; je základem vývoje řečových schopností člověka. Pokud je pacientovo okolní prostředí zvukově málo podnětné, úroveň jeho vyjadřovacích schopností se může zhoršovat, stejně tak i jeho orientace – tyto stavy pak způsobují pacientův neklid, nejistotu a zmatenost. Cílem auditivní stimulace je vhodnými prostředky tyto stavy redukovat, nebo jim předcházet - stejně jako u optické stimulace je možné dosáhnout, aby se v centrálním nervovém systému obnovily původní paměťové stopy a vytvářely asociace. Základem pro výběr vhodných prostředků jsou informace z biografické anamnézy – mohou jimi být:

- řeč (nejlépe někoho z pacientových blízkých),
- hudba (reprodukováná s oblíbenými melodiemi či produkovaná u pacienta – např. hra na jeho oblíbený hudební nástroj) a
- zpěv pacientových oblíbených písniček příbuznými, případně jeho zpěv vlastní s vedením někoho z ošetřujících

(Friedlová, 2007, s. 115 – 116).

- **Taktilně-haptická stimulace (hmatová)**

Člověk zdokonaluje poznávání i s pomocí schopností rukou, kterými rozpoznává předměty a jejich vlastnosti. Někteří hospitalizovaní pacienti mohou mít v důsledku neklidu, nejistoty a zmatenosti hyperaktivní a neklidné ruce, kterými ohmatávají vše ve svém okolí – tahají za hadičky, cévky, katétry, lůžkoviny, svůj oděv aj. Cílem taktilně-haptické stimulace je pacientovy ruce smysluplně zaměstnat a nechat je osahávat předměty a materiály pacientovým rukám známé (předměty denního života, předměty potřebné k výkonu povolání, předměty pro zájmové činnosti, předměty určené k hygieně, předměty

teplé a studené, hladké a drsné atd.). Pro určení vhodných předmětů opět vycházíme z pacientovy biografické anamnézy. Věci a materiály u pacienta stimulují obnovení paměťových stop, podněcují senzorické a motorické vlastnosti jeho rukou a zejména pacienta uklidňují (Friedlová, 2003 – 2010, s. 15).

- **Olfaktorická stimulace (čichová)**

Čich je významný pro vyvolání vzpomínek a s nimi spojených asociací. Některé vůně či pachy mohou asociovat například vánoce (vůně jehličnanů, perníku), příjemné chvíle (káva, čaj), pacientovy zájmy (vůně rybích šupin, vůně hlíny, květin), konkrétní osoby (parfém), ale i vlastní osobnost pacienta (osobní parfém, vůně osobních hygienických prostředků, vůně oblíbeného jídla atd.). Olfaktorická stimulace je spolu s orální stimulací důležitá pro navázání komunikace s pacientem.

- **Orální stimulace (senzorika oblasti úst a chuťových vjemů)**

Orální stimulace má za cíl zprostředkovat pacientovi vjemy z jeho úst a stimulovat tak jeho vnímání (Friedlová, 2003 – 2010, s. 11). Ústa jsou pro člověka důležitá téměř od počátku jeho života – jedinec jimi vnímá a poznává, přijímá potravu, komunikuje a dýchá. Jsou i významným sociálním prostředkem pro sblížení, zprostředkování požitků a rozkoše. V bazální stimulaci jsou zohledňovány pacientem upřednostňované chutě zjištěné na základě biografické anamnézy. Podstatou orální stimulace je zajištění příjmu potravy, jako procesu, který nemá pouze nutriční význam, ale i význam hédonistický (poskytující slast). Pro bazální stimulaci je důležitá i předfáze před vlastním příjmem potravy, která vytváří prostor pro stimulaci optickou, olfaktorickou a taktilně-haptickou.

3.3 Terapeutické metody s využitím poznatků bazální stimulace

Terapeutické metody využívají odborné a cílené přístupy k člověku s cílem vést jej k pozitivní změně v prožívání, v chování, ve fyzickém výkonu odstraněním či zmírněním nežádoucích potíží, nebo odstraněním jejich příčin. Tyto přístupy mohou být uplatňovány samostatně v rámci metodologicky ucelených terapií nebo multioborově v rámci jiných odborných činností, na člověka zaměřených (Müller, 2014, s. 8).

V současné době je využíváno mnoho terapeutických metod a přístupů k člověku, nicméně ve zdravotnictví je jejich uplatňování omezené s ohledem na povahu a možnosti zdravotnického zařízení resp. oddělení, na kterém se pacient nachází.

- **psychomotorické terapie** – jde o souhrn samostatných a vzájemně nezávislých přístupů k pacientům/klientům s cílem aktivovat jejich motoriku. Při těchto terapiích mohou být využívány postupy stimulace vestibulární a taktilně-haptické.
- **zvířaty podporované terapie (zooterapie)** – jedná se o souhrnný termín pro rehabilitační metody a metody psychosociální podpory zdraví, založené na využívání vzájemného pozitivního působení v rámci interakce mezi člověkem a zvířetem (Mojžíšová, A, Lacinová, J., Šemberová, J. aj., 2000. In: Velemínský, 2007, s. 31). Terapie, využívající kontakt člověka se psem, se nazývá **canisterapie**, pro kontakt mezi člověkem a kočkou je užíván název **felinoterapie**, pokud jsou s člověkem v interakci ptáci, jde o **ornitoterapii**, pokud koně, jde o **hipoterapii**. Canisterapie i felinoterapie, které jsou spíše vhodné pro nemocniční prostředí (např. pro využití na odděleních dlouhodobě nemocných), podporují uplatňování bazální stimulace u pacientů, neboť obsahují prvky stimulace vibrační, optické, auditivní, olfaktorické a zejména taktilně haptické.
- **expresivní terapie** – jsou formou psychoterapie, využívající pro intervenci i jiné prostředky, než verbální povahy – jde například o obrazy, hudbu, zvuky, pohyby, básně, případně i dramatické scénky, apod. (*Co je expresivní terapie* [on-line]. [cit. 2014-12-29]. Expresivní terapie výrazně podporují uplatňování bazální stimulace, neboť zahrnují prvky stimulace auditivní a optické.

3.4 Bazální stimulace v kontextu sociální pedagogiky

Sociální pedagogika je v současné době v České republice samostatnou, multidisciplinární a dynamickou vědou, která se začala plně rozvíjet až po r. 1989. V tomto období bylo paradigma o neexistenci sociálních problémů ve společnosti potlačeno a v té souvislosti vznikaly potřeby řešit stávající i nově vznikající sociální problémy lidí. Profesor Blahoslav Kraus, který se dlouhodobě zabývá sociálně-pedagogickou problematikou, vnímá sociální pedagogiku mimo jiné i jako sociální pomoc ve smyslu pedagogického úsilí, orientujícího se zejména na získávání kompetencí pro řešení problémů, na osvojení si tzv. sociálních

dovedností a rozvoj všech individuálních schopností jedinců, aby byli schopni plné či alespoň maximálně možné sociální integrace (Kraus, 2011, s. 30).

Nad důležitostí sociální pedagogiky a jejím významu v kategorii pomoci, se zamýšlí i významná slovenská sociální pedagožka Zlatica Bakošová: „*Sociální pedagogika jako životní pomoc je pedagogikou pozitivní, jejímž cílem je v systému komplexní péče poskytnout pomoc dětem, mládeži a dospělým v různých typech prostředí hledáním optimálních forem pomoci a kompenzování nedostatků. Cílem je přeměna lidí a společnosti prostřednictvím výchovy. Jde o proces výchovné péče a ochrany směřující k integraci a stabilizaci osobnosti*“ (Bakošová, 2005, s. 54). Také prof. Kraus vnímá **sociálně pedagogické působení**, zaměřené na pacienty/klienty, kteří potřebují odbornou pomoc a podporu (pacienti/klienti v krizových situacích, v psychickém, sociálním či psychosociálním ohrožení stávající se překážkou pro okolí), jako jednu ze základních oblastí, na které se sociální pedagogika zaměřuje (Kraus, 2008, s. 198 – 199).

Z výše uvedeného tedy vyplývá, že sociální pedagogika se při nalézání adekvátních forem pomoci a způsobů kompenzace nedostatků nezaměřuje pouze na objekty působení, ale také na důslednou analýzu prostředí, ve kterém výchovné působení probíhá⁴² i na prostředky a způsoby komunikace. V obecném slova smyslu je stejný postup využíván i v rámci bazální stimulace, neboť pacientovo/klientovo okolní prostředí i vhodné způsoby komunikace jsou pro tento koncept také velmi významnými faktory. V sociálně-pedagogickém kontextu je tedy bazální stimulace také životní pomocí - je pedagogicko-ošetrovatelským konceptem, který má nejen léčebně-ošetrovatelský rozměr, ale také rozměr sociální, který velmi výstižně definuje I. Tomeš, zabývající se dlouhodobě problematikou sociální práce: „*pracovat s lidmi a pomáhat jim vytvořit si sociální odolnost, zachovat si naději a optimismus a rozvinout své síly a schopnosti zdolávat své problémy, komunikovat s lidmi v jejich prostředí a podmínkách, pomáhat jim chápat svou situaci, přijmout podmínky a změnit své chování*“ (Tomeš, 2011, s. 13).

Prostředí, v němž člověk žije, pracuje, je vychováván a vzdělává se, má velký vliv na kvalitu života (Knotová, In: Přadka, Knotová, Faltýsková, 2004, s. 23). Kvalita života úzce souvisí se socializací, proto prostředí, ve kterém se jedinec nachází, je z pohledu socializace velmi významné - jde o prostor, vytvářející podmínky pro život, s podněty,

⁴² V daném případě sociální pedagogika nepohlíží na výchovu jako na vzdělávání, ale na cílené, záměrné působení k osvojení si znalostí, dovedností a návyků pro dosažení maximální úrovně integrace jedince do společnosti.

nezbytnými pro rozvoj osobnosti. Člověk je s okolním prostředím neustále ve vzájemné interakci – podněty na něho neustále působí (determinují jeho vývoj) a on na tyto podněty reaguje - přizpůsobuje se jim (adaptuje se), nebo je aktivně mění svou aktivitou (asimiluje) (Kraus, Poláčková, 2001, s. 99). Vytvoření podnětného pacientova/klientova prostředí se prolíná i celým konceptem bazální stimulace. Při realizaci technik bazální stimulace jde v podstatě o utváření podnětově bohatého a zdravého pacientova/klientova okolního prostředí pomocí využívání vhodných, v některých případech i vědecky podložených, podnětů velmi různorodého charakteru, které aktivizují pacienta/klienta ve smyslu obnovení paměťových drah uložených v některých oblastech jeho mozku, případně pacienta podporují při vytváření drah nových.

Podle prof. Krause zahrnuje prostředí jak „*materiální systém*“ (hmotné předměty) i „*systém duchovní*“ ve smyslu **vztahů**, pro člověka nezbytných. Vztahy rozdělil prof. Kraus do určitých sfér, a to:

- člověk – příroda (živá i neživá),
- člověk – kultura (materiální i duchovní) a
- člověk – člověk (v širším i užším sociálním prostředí).

(Kraus, Poláčková, 2001, s. 99 – 100)

Všechny výše uvedené sféry vztahů zaujímají v bazální stimulace také nezbytnou roli - vždyť na Piagetově myšlence: „*Život je možný pouze ve vztahu*“ je tento koncept založen, ať už jde o vztahy mezilidské, kulturní či vztahy s předměty, zvířaty, věcmi apod.

Člověk je v průběhu svého života v neustálé interakci s okolním prostředím, dostává se do mnoha různých sociálních kontaktů, které mají různou délku trvání, frekvenci i intenzitu. Probíhají prostřednictvím **komunikace**, která je z pohledu sociální pedagogiky sociálním procesem, představujícím „*veškeré spojení člověka se světem, umožňuje získat informace o dějích, vzájemné dorozumívání i výměnu emocionálního obsahu*“ (Kraus, 2008, s. 119). Slavomír Laca definuje sociálně-pedagogickou komunikaci jako výměnu informací mezi dvěma subjekty, při které jsou informace na jedné straně vysílané a na druhé přijímané, nebo vnímané. Aby bylo možné ve společnosti komunikovat a vzájemně si rozumět, musí se tento proces řídit určitými pravidly, pro danou společnost specifickými; pokud však nejsou tyto pravidla z různých příčin dodržována, dochází k narušení vzájemné interakce (Laca, 2011, s. 165). Tak, jako se touto problematikou zabývá sociální

pedagogika, zabývá se jí i bazální stimulace. Pro tento koncept je jedním ze základních cílů dosažení určité úrovně komunikačních schopností v daných, specifických a nestandardních podmínkách. Terapeut či ošetřující personál se při veškeré péči a činnostech s pacientem/klientem snaží identifikovat, pochopit i porozumět jeho způsobům komunikace.⁴³ Uplatňováním terapeutických přístupů a technik vůči pacientům/klientům přispívá bazální stimulace k rozvoji jejich klíčových komunikačních a dovednostních kompetencí s cílem dosáhnout u nich maximální úrovně socializace. Tím dochází ke zlepšení jejich životní úrovně s ohledem na jejich akutní zdravotní stav a s ním související fyzické a duševní možnosti.

Shora specifikovaní činitelé výrazně ovlivňují psychosociální stránky osobnosti pacientů/klientů v průběhu jejich nemoci i léčby. Pomocí vhodných a odborných intervencí však můžeme tyto stránky pozitivně ovlivňovat se záměrem dosáhnout jednoho z cílů sociální pedagogiky, definovaného B. Krausem, a to „*připravit jedince na vstup do širšího sociálního prostředí, vybavit ho arzenálem požadovaných vědomostí a potřebných dovedností tak, aby byl plně schopný sociální integrace v jejím nejširším smyslu.*“ B. Kraus má na mysli především pedagogické působení na klienta s cílem získat či rozvinout u něho kompetence kreativního řešení jeho problémů, kompetence kriticky a solidárně myslet a konat, osvojení si sociálních dovedností i rozvoj všech individuálních klientových schopností (Kraus, 2011, s. 30).

Z výše uvedeného vyplývá, že sociální pedagogika může být pro problematiku bazální stimulace důležitým zdrojem informací v různých oblastech, kterými se bazální stimulace zabývá – může poskytovat teoretický základ i poznatky, získané na základě realizovaných sociálně pedagogických výzkumů. Z hlediska poznatků o sociálním prostředí může být sociální pedagogika pro bazální stimulaci velmi přínosná, neboť zkoumá vlivy různých typů prostředí na člověka, analyzuje činitele prostředí s ohledem na aspekty přírodní, ekologické, kulturní, historické, ekonomické a sociální. Zabývá s determinanty prostředí a jejich působením směrem k jednotlivcům i sociálním skupinám (Knotová, In: Přadka, Knotová, Faltýsková, 2004, s. 25).

⁴³ Významu komunikace v bazální stimulaci se v této práci podrobněji věnuji v kapitole 2.3.2.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 METODIKA VÝZKUMU

V předchozích kapitolách jsem se pomocí teoretických poznatků, získaných z odborné literatury, snažila komplexně přiblížit problematiku využívání bazální stimulace u poskytovatelů zdravotních služeb.

Pro zajištění konkretizace teoretických poznatků a jejich následné ověření v praktické části této diplomové práce jsem v teoretické části postupovala od obecné identifikace problematiky bazální stimulace ke konkrétní specifikaci technik a prvků, které jsou v rámci uplatňování bazální stimulace využívány. Podrobně jsem popsala historii vzniku i podstatu bazální stimulace, identifikovala jsem teoretická východiska této metody i oblasti, na které se primárně bazální stimulace zaměřuje. V rámci poslední kapitoly jsem se věnovala technikám, využívaným při uplatňování bazální stimulace, a to tzv. základním i nastavbovým prvkům. Jednotlivé prvky jsem podrobně specifikovala, vysvětlila jejich podstatu i oblasti, na které se zaměřují; v rámci specifikace jsem také popsala postupy při aplikaci daných technik. V poslední kapitole jsou také identifikovány terapeutické metody, při kterých jsou prvky bazální stimulace aktivně využívány. Teoretická část je zakončena identifikací vztahu sociální pedagogiky a bazální stimulace z hlediska oblastí, na které se zaměřují a kterými se zabývají.

Nyní se zaměřím na realizaci vlastního výzkumu. V rámci této kapitoly nejdříve definuji cíle výzkumu, následně se zaměřím na celkovou výzkumnou strategii a zformuluji dílčí výzkumné otázky. Následovat bude specifikace technik sběru dat, charakteristika výzkumného prostředí a respondentů a popis průběhu samotného výzkumu.

4.1 Cíle výzkumu

Hlavním cílem této práce je odpovědět na stanovenou základní výzkumnou otázku:

„Jak je uplatňována metoda bazální stimulace při péči o pacienty u poskytovatelů zdravotních služeb?“

Symbolickým cílem, který jsem si pro svou práci stanovila, je poukázat na problematiku využívání metody bazální stimulace ve zdravotnických zařízeních, na důležitost a potřebnost této metody jak pro samotné pacienty z hlediska zlepšení kvality jejich života, tak pro jejich blízké okolí a tedy i pro společnost, ve které se pacienti nachází.

Výzkum bude zaměřen na obecné i případové zachycení vlastního procesu využívání metody bazální stimulace v daném zdravotnickém zařízení. Oblastmi zájmu budou prostředí a podmínky, ve kterých je bazální stimulace využívána, charakteristika cílové skupiny, jednotlivé procesy a postupy včetně analýzy používaných komunikačních prostředků, role rodiny a blízkých osob a především výsledky a zkušenosti s využíváním této metody ve smyslu zlepšování úrovně kvality života příjemců péče. Analyzovány budou činnosti i ostatní okolnosti, které se uplatňování bazální stimulace na daném pracovišti týkají. V rámci výzkumu bude provedena komparace zjištěných dat s odbornou literaturou a vnitřními předpisy i stanovenou pracovní náplní osob, které bazální stimulaci na daném pracovišti provádějí.

Aplikačním cílem výzkumu této práce je podpořit zvyšování úrovně informovanosti o problematice využívání metody bazální stimulace v zařízeních poskytujících zdravotní péči. Obsah celé této diplomové práce by mohl být významným zdrojem informací k dané problematice, použitelným v rámci odborných seminářů či diskuzí za účasti veřejnosti. Získané informace mohou mít také inspirativní charakter, a to nejen pro pracoviště, která doposud nebyla o metodě bazální stimulace informována. Může být motivační i pro ta pracoviště, která podvědomí o této metodě mají, avšak ji ještě z různých důvodů nevyužívají. Byla bych velmi ráda, kdyby se mi tento záměr podařilo naplnit.

4.2 Celková strategie výzkumu

Vzhledem ke stanovenému cíli výzkumu jsem se rozhodla použít kvalitativní výzkumnou strategii, protože přispívá k porozumění pozorované reality (Disman, 2002, s. 289 a 291), a to pomocí jejího výstižného, plastického a podrobného popisu (Gavora, 2000, s. 31). Podle J. Reichla není možné vnímat kvalitativní výzkum jako jednolitý, homogenní celek, ale jako spektrum rozdílných postupů, vycházejících z jednoho základního principu: „zkoumat určitý prvek, proces, fenomén aj. v přirozených podmínkách, snažit se mu porozumět a vytvořit pokud možno jeho komplexní obraz“ (Reichel, 2009, s. 62). Postup kvalitativního výzkumu v této diplomové práci velmi výstižně definuje významný metodolog Creswell: „Kvalitativní výzkum je proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník vytváří komplexní holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje

o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách“ (Creswell, 1998. In: Hendl, 2005, s. 50).

Pro realizaci kvalitativního výzkumu definoval J. Reichel zásady, které „je třeba mít na paměti a řídit se jimi již od jeho přípravy:“

- **otevřenost** ke zkoumané situaci a objektům i s jejich zvláštnostmi,
- **otevřenost** vůči zkoumaným osobám (schopnost empatie a pozitivního přístupu),
- **intenzivní a dlouhodobější kontakt** při specifické osobní zkušenosti, tj. samostatné, individuální činnosti,
- **plasticita** obrazu problému v jeho kontextu se všemi souvislostmi a pravidly,
- správné **pochopení** zkoumané situace a jejich kontextů,
- užívání **málo standardizovaných** způsobů získávání různorodých, neformalizovaných a neseříděných dat,
- **kontakt** s konkrétními osobami a jejich individualitou,
- určitá míra **subjektivity** se snahou o udržení určitého objektivního a kritického odstupu

(Reichel, 2009, s. 65 – 67).

Kvalitativní výzkumná strategie využívá induktivní logiku – na začátku výzkumu jsou sbírána data, ve kterých následně výzkumník vyhledává existující pravidelnosti a významy. Na základě zjištěných dat výzkumník formuluje předběžné závěry, které se stanou základem pro případnou formulaci nových hypotéz a teorií (Disman, 2002, s. 287).

4.3 Formulace dílčích výzkumných otázek

V souvislosti s hlavním cílem diplomové práce, základními výzkumnou otázkou, uvedenou výše v článku 4.1 této práce a teoretickými poznatky, sumarizovanými v rámci teoretické části této diplomové práce, jsem si postupně stanovila dílčí výzkumné otázky, které zní:

DVO 1: V jakém prostředí a za jakých podmínek je bazální stimulace uplatňována?

DVO 2: Jaká je základní charakteristika pacientů, u kterých je bazální stimulace využívána?

DVO 3: Jakou roli má rodina a pacienti blízcí při uplatňování bazální stimulace?

DVO 4: Jak probíhá vlastní proces uplatňování metody bazální stimulace u pacientů?

DVO 5: Jak probíhá komunikace při uplatňování bazální stimulace?

DVO 6: Jaký význam a přínos má uplatňování metody bazální stimulace pro pacienty a jejich okolí?

Z těchto dílčích výzkumných otázek jsem dále odvodila jednotlivé ukazatele (indikátory) a následně jsem v jejich kontextu definovala jednotlivé výzkumné otázky, tvořící základ pro rozhovory s jednotlivými respondenty i pro analýzu dokumentů. Tabulka, popisující postup při formulaci výzkumných otázek, je přílohou č. 2 této práce.

4.4 Přístupy a techniky sběru dat

V kvalitativním výzkumu je obvykle užíváno více přístupů a technik sběru dat – jejich výběr má pro zajištění kvality výzkumu velký význam. Zdrojem informací v tomto výzkumu budou data získaná z nejčastěji používaných technik sběru dat, a to **z rozhovorů (interview), ze studia (analýzy) dokumentů a z pozorování**. Podstatné pro vlastní výzkum se stanou i **případové studie (kazuistiky)**, jejichž základem budou data, sesbíraná v rámci studia dokumentů resp. zdravotnických dokumentací ke konkrétním případům. Pro kombinaci shora uvedených technik sběru dat a výzkumného přístupu jsem se rozhodla především proto, abych v rámci svého výzkumu získala co nejvíce kvalitních a objektivních dat. Tato kombinace se mi také v obdobné formě osvědčila i při realizaci kvalitativního výzkumu v bakalářské práci, jejímž cílem bylo analyzovat sociálně-zdravotní péči ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče.

Rozhovor (interview) definuje P. Gavora jako „*nástroj na zmapování problematiky, se kterou výzkumník dosud neměl zkušenosti anebo která není zpracována ani v literatuře*“ (Gavora, 2000, s. 110). Při rozhovoru je možné získat velké množství informací, proto jde o velmi často používanou metodu v kvalitativním výzkumu, která se uskutečňuje v přímé interakci s respondenty. Podstatu rozhovoru tvoří přímé kladení otázek s cílem získat odpovědi, obsahující co největší objem kvalitních informací. Výhody rozhovoru spočívají v tom, že dotazovaný může otevřeně prezentovat své subjektivní pohledy a názory i navrhovat jím vnímané vztahy a souvislosti. Důležitým aspektem rozhovoru je i to, že

umožňuje průběžně získávat zpětnou vazbu od dotazovaného z hlediska pochopení jemu pokládaných otázek.

Podle struktury otázek je možné rozlišit rozhovor na tři základní typy: standardizovaný (strukturovaný), nestandardizovaný (nestrukturovaný) a polostandardizovaný. Pro naplnění cíle této práce, vyžadujícího získání maxima relevantních informací o dané problematice od respondentů, jsem se rozhodla pro polostandardizovaný rozhovor. Při něm pokládá výzkumník předem připravené otázky s tím, že ponechává prostor jak pro dotazovaného, aby své odpovědi volně zformuloval, tak i pro výzkumníka, který může jednotlivé otázky v průběhu rozhovoru doplňovat. Pro realizaci vlastního rozhovoru jsem si předem připravila výzkumné otázky, které jsem stanovila v odpovídající struktuře na základě operacionalizace dílčích výzkumných otázek. Tato struktura byla použita při přípravě záznamových archů, do kterých jsem při rozhovoru zaznamenávala získané informace – vzory záznamových archů jsou uvedeny v příloze č. 3 této práce. Z důvodu zajištění exaktnosti odpovědí a se souhlasem respondentek jsem rozhovory zaznamenávala i na diktafon.

Případové studie (kazuistiky) jsou v této práci důležitým zdrojem informací o dané problematice. J. Hendl je charakterizuje jako „*detailní studium jednoho případu nebo několika případů,*“ při kterém je zachycována složitost případu a popisovány vztahy v jejich celistvosti. Případové studie slouží k tomu, abychom po jejich rozboru dokázali lépe porozumět jiným, obdobným případům; více případových studií pomáhá i k posouzení validity získaných informací (Hendl, 2005, s. 104). Základem pro zpracování případových studií je studium dokumentací ke konkrétním případům s cílem zachytit, zanalyzovat a podrobně popsat vlastní proces uplatňování bazální stimulace u pacientů.

Studium (analýza) dokumentů je další kvalitativní technikou sběru dat, která je v obecném slova smyslu založena na vyhledávání adekvátních dokumentů, týkajících se dané problematiky, za účelem získat z nich co největší množství informací. J. Hendl tuto techniku zařazuje ke standardní aktivitě, používané jak při kvalitativní, tak i kvantitativní výzkumné strategii (Hendl, 2005, s. 132). V daném výzkumu tato technika sloužila především pro seznámení se s konkrétním případem v dané problematice i jeho analýzu a také pro komparaci respektive ověření (validaci) informací, zjištěných v rámci rozhovorů.

Odborná literatura pro zpracování případové studie doporučuje používat „více zdrojů dat kvantitativního i kvalitativního charakteru“ (Hendl, 2005, s. 108), proto jsem se pro svůj výzkum rozhodla kombinovat studium dokumentů ještě s další technikou, a to s pozorováním.

Pozorování je v daném průzkumu další technikou sběru dat. Podstata této techniky spočívá ve sledování činností lidí, záznamu (registraci nebo popisu) těchto činností, jejich analýze a vyhodnocení (Gavora, 2000, s. 76). Ve většině výzkumů se jedná záměrné a cílené sledování konkrétních jevů, spojené se záznamem zjištěných údajů. V kvalitativním výzkumu je využíváno pozorování nestrukturované, u něhož se nepoužívají předem stanovené nástroje a systémy – jsou stanoveny pouze konkrétní události, jevy a osoby, které mají být pozorovány. Cílem pozorování je odhalení nových či skrytých jevů a souvislostí (Gavora, 2000, s. 149). V rámci svého výzkumu jsem plánovala využít pozorování jak při analýze prostředí a podmínek pro uplatňování bazální stimulace, tak i při vlastním uplatňování bazální stimulace u pacientů. Bohužel, po celou dobu vlastního výzkumného šetření nebyl hospitalizován ani přijat žádný pacient, u kterého by byla bazální stimulace uplatňována. V souvislosti s výše uvedeným bylo pozorování uplatněno pouze při analýze prostředí a podmínek.

V rámci výzkumu byly realizovány rozhovory s ošetřujícím personálem – sedmi všeobecnými sestrami pracujícími na oddělení se zavedenou metodou bazální stimulace. Případové studie pak analyzují a popisují tři konkrétní případy, v rámci kterých byla u pacientů bazální stimulace uplatňována, pozorovány byly zejména podmínky a prostředí daného oddělení. Výsledkem celého výzkumu je písemný souhrn a analýza získaných informací, týkajících se dané problematiky, zpracované ve struktuře odpovídající stanoveným dílčím výzkumným otázkám.

4.5 Jednotka zkoumání a zjišťování

Jednotkou zkoumání bývají obvykle události, jevy a osoby, o kterých zjišťujeme informace. V souvislosti se stanovenými základními otázkami v této diplomové práci byl jednotkou zkoumání proces uplatňování metody bazální stimulace u poskytovatelů zdravotních služeb, konkrétně na anesteziologicko-resuscitačním oddělení. Pro vlastní výzkum byly důležité zejména informace o prostředí, ve kterém je bazální stimulace

uplatňována, dále pak o charakteristice příjemců, o činnostech profesionálů při uplatňování této metody, o komunikačních prostředcích i o zapojení rodiny a přínosech při vlastním procesu realizace této pedagogicko-ošetrovatelské metody z pohledu profesionálů.

Jednotky zjišťování tvořily dvě skupiny. Do první skupiny jsem zařadila všeobecné sestry pracující na anesteziologicko-resuscitačním oddělení v daném zdravotnickém zařízení, druhou skupinu tvořila zdravotnická dokumentace tří pacientů, hospitalizovaných na daném oddělení, u nichž byla metoda bazální stimulace využívána.

Při volbě jednotek zjišťování jsem vycházela z předpokladu, že všeobecné sestry jsou jako přímé účastnice zkoumaného procesu nejvhodnější skupinou pro poskytnutí maxima relevantních informací. Také zdravotnická dokumentace konkrétních pacientů se mi pro můj výzkum zdála velmi důležitá – nejen z hlediska poskytnutí informací o reálném průběhu uplatňování této metody, ale i z hlediska umožnění komparace informací, zjištěných na základě rozhovorů s všeobecnými sestrami, s informacemi, zjištěnými z ošetrovatelských dokumentací.

Při výzkumu jsem také měla k dispozici náplň práce všeobecné sestry na anesteziologicko-resuscitačním oddělení, kterou mi jedna ze sester poskytla. Ostatní informace o daném oddělení, případně i informace o celé nemocnici jsem vyhledávala v dokumentech a článkách na internetových stránkách nemocnice⁴⁴, v řízené dokumentaci nemocnice, zejména ve směrnících a ošetrovatelských standardech, týkajících se především uplatňování bazální stimulace.

Všechny materiály včetně informací mně byly poskytnuty na základě udělení souhlasu s umožněním přístupu k informacím (příloha č. 4).

4.6 Charakteristika výzkumného prostředí

Vlastní výzkum jsem prováděla zejména **na anesteziologicko-resuscitačním oddělení** u poskytovatele zdravotních služeb – v Nemocnici Nové Město na Moravě, příspěvková organizace (dále jen „nemocnice“). Tato nemocnice se nachází na okraji Nového Města na Moravě, nejvýznamnějšího lyžařského centra v kraji Vysočina. Anesteziologicko-

⁴⁴ *Nemocnice Nové Město na Moravě* [on-line]. Nemocnice Nové Město na Moravě ©2006 [cit. 2015-01-27]. Dostupné z: <http://www.nnm.cz/>

resuscitační oddělení (dále jen „**ARO**“⁴⁵) je jediným oddělením v daném zdravotnickém zařízení, kde je metoda bazální stimulace uplatňována.

Nemocnice je nestátní příspěvkovou organizací ve vlastnictví a zřizovatelské působnosti Kraje Vysočina, disponující se 449 lůžky akutní a následné péče. Je poskytovatelem zdravotní péče, v níž je zahrnuta ambulantní a lůžková základní a specializovaná, diagnostická a léčebná péče, nezbytná preventivní péče, zdravotně sociální péče (tzv. sociální lůžka), lékárenská činnost a dopravní zdravotní služba. Nemocnice má své nezastupitelné a pevné místo v síti zdravotnických zařízení Kraje Vysočina – ročně provádí více jak 208 tis. ambulantních vyšetření, je v ní hospitalizováno 20 tis. pacientů a provede se téměř 10 tis. operací.

V nemocnici dlouhodobě dochází ke zvyšování kvality poskytovaných služeb jak na straně zdravotní péče, tak i na straně vzdělávání zaměstnanců. Od roku 2008 je celá nemocnice akreditována Spojenou akreditační komisí ČR (poslední úspěšná reakreditace proběhla v prosinci loňského roku), dle normy EN ISO 9001 - Management kvality je certifikováno anesteziologicko-resuscitační oddělení, pracoviště centrální sterilizace, ústavní lékárna, ředitelství nemocnice a oddělení klinických laboratoří a transfúzní služby, dle normy EN ISO 15189 Zdravotnické laboratoře je certifikováno oddělení klinické biochemie, laboratoř patologicko-anatomického oddělení a cytologická laboratoř, podle normy EN ISO 13485 – Zdravotnické prostředky - systémy managementu kvality je úspěšně certifikováno oddělení centrální sterilizace. Nemocnice má také uděleny akreditace pro specializační vzdělávání lékařů v následujících oborech: anesteziologie a intenzivní medicína, dermatovenerologie, dětské lékařství, diabetologie a endokrinologie, gastroenterologie, gynekologie a porodnictví, hematologie a transfúzní lékařství, chirurgie, infekční lékařství, klinická biochemie, lékařská mikrobiologie, nefrologie, neurologie, nukleární medicína, oftalmologie, ortopedie, patologická anatomie, radiologie a zobrazovací metody, traumatologie, urologie a vnitřní lékařství. Díky splnění podmínek pro poskytování cerebrovaskulární péče byl nemocnici Ministerstvem zdravotnictví udělen od roku 2012 statut Iktového centra⁴⁶.

Jednotlivé pavilony v nemocnici se postupně modernizují: v minulosti byl rekonstruován gynekologický pavilon (1999 – 2001), pavilon chirurgických oborů včetně centrálních

⁴⁵ Tento název je pro dané oddělení v praxi běžně používán.

⁴⁶ Iktové centrum je vysoce specializované pracoviště pro diagnostiku, prevenci a terapii cévních mozkových příhod.

operačních sálů (1996 – 2004) i pavilon interních oborů (2008 – 2011). Před dvěma roky zde byl otevřen nový provoz - oddělení urgentního příjmu, které významně přispívá ke zlepšení a zkvalitnění péče o akutně nemocné pacienty. Během letošního roku by zde mělo být otevřeno zcela nové pracoviště magnetické rezonance, pro nejbližší období je připravována rozsáhlá rekonstrukce dětského oddělení.

Anesteziologicko-resuscitační oddělení, na kterém jsem výzkum prováděla, disponuje celkem 6 lůžky, na kterých je zajišťována intenzivní a resuscitační péče celkem 36 zaměstnanci. Součástí oddělení jsou také specializované ambulance, a to pro léčbu bolesti a nutriční ambulance; personál oddělení dále zajišťuje pro celou nemocnici péči v oboru anestezie. Souhrnně lze říci, že na ARO jsou hospitalizováni pacienti s ohrožením životních funkcí, případně s jejich selháním, s chorobami akutně ohrožujícími jejich život a také pacienti po velkých operačních výkonech. Mezi nejčastější diagnózy na oddělení patří stavy po akutním respiračním selhání, stavy po výměnách kyčelních a kolenních kloubů, významnou složku také tvoří poúrazové stavy.⁴⁷ V době realizace výzkumu, bohužel, nebyl na daném oddělení hospitalizován žádný pacient, u kterého by byla bazální stimulace poskytována, proto nebylo možné realizovat plánované pozorování vlastního procesu uplatňování dané metody.

4.7 Charakteristika respondentů a výzkumného souboru

Výběr respondentů pro uskutečnění rozhovorů jsem stanovila na základě záměrně stanovených podmínek, tj. účelově s ohledem na naplnění stanoveného cíle této diplomové práce. Základní podmínkou výběru bylo, aby respondentkou byla všeobecná zdravotní sestra, pracující na ARO dané nemocnice. Druhou, velmi důležitou podmínkou, byla osobní zkušenost s uplatňováním bazální stimulace. Do výběrového souboru jsem ve spolupráci s vrchní sestrou ARO zařadila celkem 7 všeobecných sester. Tyto respondentky jsem postupně kontaktovala v průběhu ledna roku 2015.

Výzkumný soubor tvořila také zdravotnická dokumentace o hospitalizaci třech pacientů v anonymizované podobě, kterou jsem měla k dispozici na základě souhlasu s umožněním přístupu k informacím (příloha č. 4). Podmínkou výběru dokumentace byla hospitalizace

⁴⁷ Podrobnější informace o charakteristice výzkumného prostředí uvádím v této praktické části níže v článku 5.1, neboť charakteristika prostředí a podmínek pro uplatňování bazální stimulace byla jedním z indikátorů výzkumu.

daného pacienta na ARO a současné uplatňování metody bazální stimulace při jeho hospitalizaci. Zdravotnická dokumentace monitorovala hospitalizaci dvou mužů a jedné ženy.

4.8 Organizace výzkumu

V rámci výzkumu jsem provedla celkem 7 rozhovorů s oslovenými respondentkami a prostudovala jsem zdravotnickou dokumentaci, monitorující hospitalizaci celkem 3 pacientů.

Rozhovory

V průběhu ledna 2015 jsem po formálním odsouhlasení provedení výzkumu ředitelkou nemocnice⁴⁸ (příloha č. 4) a následném ústním odsouhlasení primářem anesteziologicko-resuscitačního oddělení kontaktovala vrchní sestru daného oddělení, abych zjistila, v které dny bude možné dané respondentky kontaktovat. Vrchní sestra všechny respondentky o mém zájmu uskutečnit s nimi rozhovor předběžně informovala a žádná z oslovených respondentek toto neodmítla. Respondentky jsem postupně telefonicky kontaktovala a dohodla si s nimi termín pro uskutečnění rozhovorů. Rozhovory jsem realizovala s každou respondentkou jednotlivě, a to v provozních prostorách ARO – každý z rozhovorů trval cca 75 – 90 minut. Po vzájemném formálním představení jsem každou respondentku seznámila s oborem, který studuji a podrobně jsem jí vysvětlila účel rozhovoru – informovala jsem ji také o zpracovávání diplomové práce, týkající se problematiky uplatňování metody bazální stimulace ve zdravotnickém zařízení na téma: „Využití bazální stimulace u poskytovatelů zdravotních služeb.“ Dále jsem všem respondentkám identifikovala oblasti, na které se v rámci svého výzkumu zaměřuji, objasnila jsem jim strukturu našeho rozhovoru, vysvětlila jim další postup při zpracovávání získaných dat a informovala je o možnosti neodpovědět na jakoukoliv položenou otázku. Respondentky jsem také informovala o zachování plné anonymity v rámci prezentace jejich odpovědí. Všechny oslovené sestry s rozhovorem následně souhlasily.

V průběhu rozhovorů jsem všechny odpovědi zaznamenávala do předem připravených záznamových archů (vzory viz příloha č. 3). Po zápisu každé z odpovědí jsem tuto odpověď znovu přečetla, aby mohla být respondentkou odsouhlasena nebo případně na základě jejích připomínek upravena nebo doplněna. Všechny rozhovory probíhaly ve velmi

⁴⁸ Neformální (ústní) předběžné odsouhlasení provedení výzkumu jsem od ředitelky nemocnice jsem získala již před zahájením zpracovávání této diplomové práce.

příjemné atmosféře, především díky ochotě, vstřícnosti a upřímnému nadšení sester pro danou problematiku. Každý z rozhovorů byl pro mě velmi inspirující a zároveň motivující pro mou další činnost, týkající se této práce. Abych získala přehled v odpovědích všech respondentek, tyto odpovědi jsem ze záznamových archů přepsala do přehledného schématu (příloha č. 5). Toto schéma se stalo podkladem pro analýzu a interpretaci získaných dat.

Analýza dokumentů

V rámci výzkumu jsem také prostudovala zdravotnickou dokumentaci třech pacientů, monitorující jejich hospitalizace, v rámci kterých byla v plném rozsahu uplatňována bazální stimulace. Cílem analýzy dokumentů bylo získat co nejvíce informací ke stanoveným dílčím výzkumným otázkám, proto jsem se v průběhu analýzy primárně zaměřovala na vlastní proces realizace metody bazální stimulace u daných pacientů.

5 ANALÝZA A INTERPRETACE DAT

S využitím rozhovorů, pozorování a studia dokumentů, jako technik sběru dat, jsem se snažila získat maximum relevantních informací o uplatňování bazální stimulace na daném oddělení. V rámci operacionalizace dílčích výzkumných otázek jsem stanovila základní ukazatele (identifikátory), které jsem postupně rozpracovala do jednotlivých otázek pro uskutečnění rozhovorů - přesné znění otázek je uvedeno v příloze č. 2 této práce. Získané informace interpretuji níže ve struktuře, odpovídající pořadí stanovených dílčích výzkumných otázek resp. stanovených základních ukazatelů. Na základě studia dokumentů jsem zpracovala i šest případových studií, které zachycují a popisují zejména vlastní proces uplatňování bazální stimulace u konkrétních pacientů. V získaných datech jsem se pak snažila nalézt pravidelnosti, týkající se jednotlivých, předem stanovených indikátorů výzkumu. Současně jsem provedla i komparaci dat, získaných z rozhovorů a pozorování, s daty z případových studií, a to především z důvodu snahy o dosažení maximální validity výzkumu.

5.1 Rozhovory s respondenty

Indikátor č. 1: **Charakteristika prostředí a podmínek pro uplatňování bazální stimulace**⁴⁹

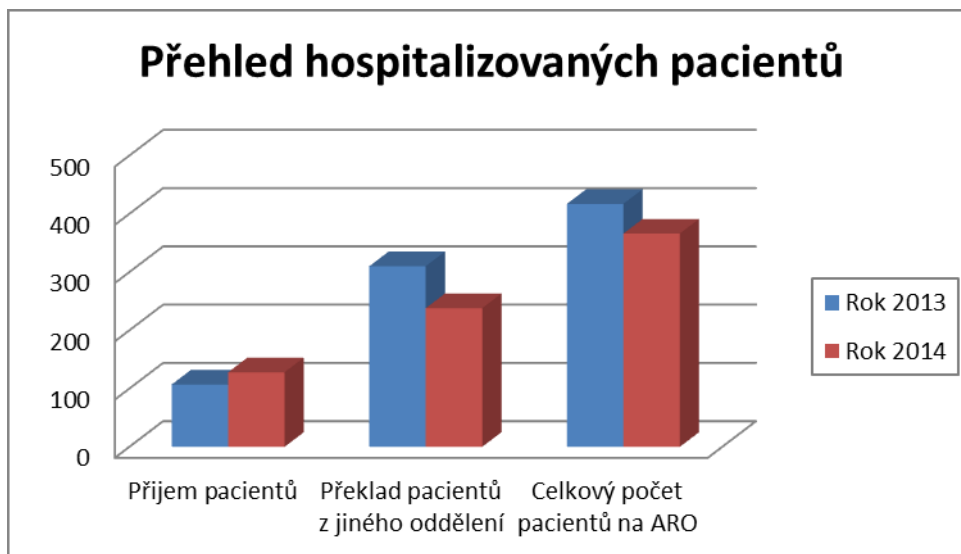
Metoda bazální stimulace je v dané nemocnici uplatňována pouze na ARO, disponujícím celkem 6 lůžky intenzivní péče. Mezi základní statistické údaje o daném oddělení patří počet hospitalizovaných pacientů, úbytek pacientů a průměrná délka hospitalizace (viz přehledy uvedené níže).

- **Počet hospitalizovaných pacientů na ARO**

Tabulka 1. Přehled počtu hospitalizovaných pacientů na anesteziologicko-resuscitačním oddělení

	Rok 2013	Rok 2014
Příjem pacientů	107	128
Překlad pacientů z jiného oddělení	310	238
Celkový počet pacientů na ARO	417	366

⁴⁹ Pro zjištění statistických údajů o daném pracovišti jsem využila kromě rozhovorů i metodu sběru dat – analýzu dokumentů, a to dokumentů uvedených na internetových stránkách nemocnice – viz *Hospodaření nemocnice*. [on-line]. Nemocnice Nové Město na Moravě ©2006 [cit. 2015-01-27]. Dostupné z: http://www.nnm.cz/2011/?rezim=pacient&id=nemocnice_hospodareni

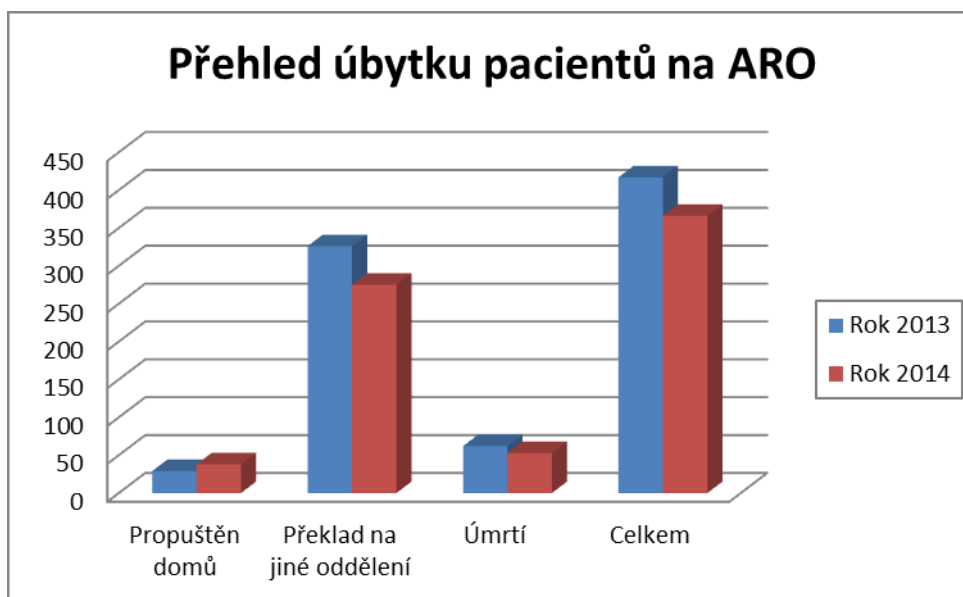


Graf 1. Grafické znázornění počtu hospitalizovaných pacientů na ARO podle způsobu přijetí

- **Úbytek hospitalizovaných pacientů na ARO**

Tabulka 2. Přehled úbytku pacientů na ARO

	Rok 2013	Rok 2014
Propuštěn domů	29	38
Překlad na jiné oddělení	326	275
Úmrtí	62	53
Celkem	417	366

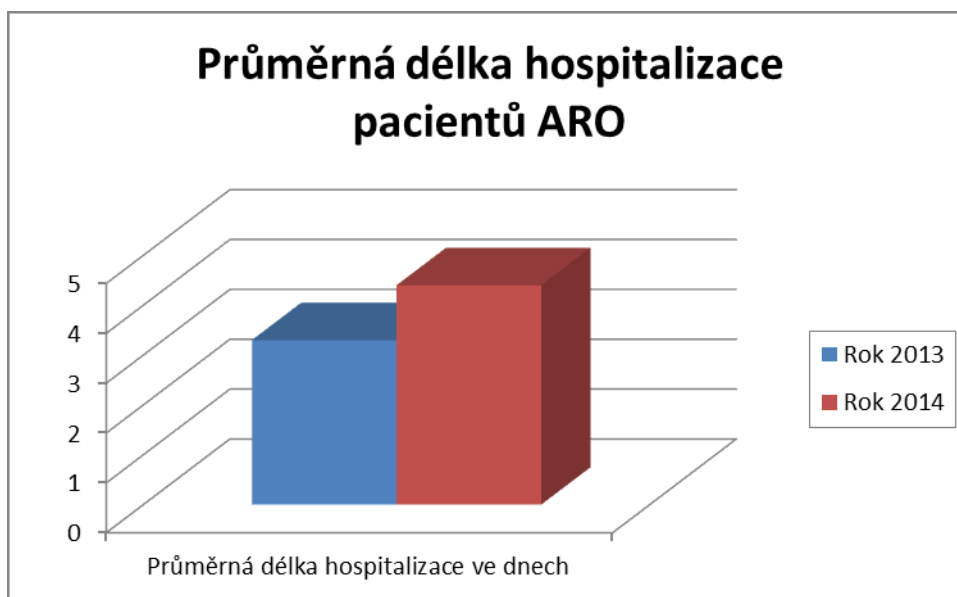


Graf 2. Grafické znázornění úbytku pacientů z ARO dle způsobu ukončení hospitalizace

- Průměrná délka hospitalizace na ARO

Tabulka 3. Průměrná délka hospitalizace

	Rok 2013	Rok 2014
Průměrná délka hospitalizace	3,3	4,4



Graf 3. Grafické znázornění průměrné délky hospitalizace pacientů na ARO v kalendářních dnech

Výše uvedené tabulky a grafy znázorňují statistické údaje, týkající se provozu ARO v roce 2013 a 2014 – počty hospitalizovaných, počty propuštěných pacientů i průměrnou délku jejich hospitalizace. Celkové počty pacientů se pohybují okolo 400 ročně, největší podíl tvoří pacienti přeložení z jiných oddělení - v roce 2013 se jednalo o 3/4 z celkového počtu, v roce 2014 to byly 2/3 pacientů. Mezi nejčastější příjmové diagnózy patří akutní respirační selhání (J 96⁵⁰) z důvodu úrazu nebo různých nemocí, komplikované stavy po zlomeninách kosti stehenní (S 72) i jiných zlomeninách, stavy po operacích – výměnách kolenních a stehenních kloubů (M 16 a M 17) a stavy provázející hluboké bezvědomí. Společným jmenovatelem pro příjem pacientů na ARO je ohrožení jejich životních funkcí.

Jak už jsem uvedla výše v úvodu praktické části, péči na ARO zajišťuje celkem 36 zaměstnanců – jde o 14 lékařů, 20 všeobecných sester a 2 sanitářky. Využívání metody

⁵⁰ V závorkách uvedeny kódy skupin diagnóz podle Mezinárodní klasifikace nemocí tzv. MKN-10

bazální stimulace zde bylo zahájeno více jak před šesti roky s velkým přispěním doc. MUDr. Jiřího Bonaventury, CSc., tehdejšího primáře oddělení.⁵¹ V roce 2012 byl na základě cíleného šetření tomuto pracovišti udělen statut „Pracoviště pracující s konceptem Bazální stimulace®“, vydaný mezinárodním institutem "Basale Stimulation® in der Pflege."

Aby mohla být tato metoda kvalifikovaně prováděna, je nutné, aby byl personál dostatečně proškolen – na daném oddělení je v současné době proškolená většina ošetřujícího personálu – 18 všeobecných sester a 2 sanitářky absolvovaly základní kurz, 4 všeobecné sestry vlastní certifikát z kurzu nástavbového. Všechny respondentky, se kterými jsem realizovala rozhovory, absolvovaly základní kurz bazální stimulace, respondentka č. 7 absolvovala i kurz nástavbový. Jiných vzdělávacích akcí, týkajících se této oblasti, se žádná z oslovených respondentek neúčastní, nicméně zájem o nástavbový kurz má většina z nich (respondentka č. 1, 3, 5 a 6); respondentka č. 7, která už nástavbový kurz má, vyslovila zájem i o jiné vzdělávací akce v této oblasti, například o tzv. prohlubující kurz. Výpovědi respondentek jednoznačně odráží zájem personálu ARO o tuto úspěšnou pedagogicko-ošetřovatelskou metodu. Metoda bazální stimulace má v rámci vnitřních předpisů nemocnice teoretický základ – tzv. ošetřovatelský postup pod názvem 'Ošetřování nemocných s použitím konceptu bazální stimulace', vypracovaný pro potřeby daného oddělení před certifikačním šetřením. Tento standard obsahuje základní informace o využívání metody bazální stimulace na ARO včetně vzorových příloh pro monitoring jejího uplatňování. Po prostudování této směrnice lze konstatovat, že je zpracována plně v souladu s dostupnou odbornou literaturou k této problematice. V souvislosti s tímto vnitřním předpisem jsem se v rámci výzkumu zajímala i o informovanost sester o existenci tohoto ošetřovatelského standardu – 2 respondentky o žádném dokumentu nevěděly (respondentka č. 1 a č. 6), ostatních pět respondentek vědělo o nějakém vnitřním předpise, 3 respondentky (č. 4, 7 a č. 3) přímo identifikovaly ošetřovatelský standard.

Využívání metody bazální stimulace v rámci komplexní péče o pacienta probíhá na ARO téměř 6 roků. V průběhu této doby bylo s využitím této metody ošetřeno více jak 60 pacientů, což odpovídá i odhadu respondentek, které až na jednu (respondentka č. 2) odhadovaly uplatňování bazální stimulace u 10 pacientů ročně. V rámci rozhovoru mě některé respondentky sdělily, že na daném oddělení jsou kromě bazální stimulace

⁵¹ doc. MUDr. Jiří Bonaventura, CSc. je v současné době primářem Jednotky intenzivní a resuscitační péče v Nemocnici sv. Zdislavy a. s., Mostišť.

uplatňovány i rehabilitační techniky, a to Vojtova⁵² a Dornova metoda⁵³ - tyto metody provádí fyzioterapeutky, které dochází pravidelně na oddělení. Jedna z oslovených respondentek zmínila i muzikoterapii, která je v podstatě uplatňována jako součást auditivní stimulace.

Pro uplatňování bazální stimulace je oddělení vybaveno speciálními pomůckami. Hlavní skupinu tvoří polštáře různých velikostí, tvarů a výplní (kuličky, molitan, gel), určené pro polohování pacientů při somatické a vestibulární stimulaci; nejvíce užívanými jsou dlouhé, různě zakroucené polštáře ve tvaru hadů pro vytvoření polohy tzv. hnízda. Druhou skupinu tvoří měkké i tvrdší míčky pro provádění tzv. míčkování⁵⁴ (molitanové, pěnové, masážní ježci). Mezi další pomůcky patří speciální lžice se silikonovou úchytkou pro asistované krmení, speciální hrníčky s pítkem, zátěžové přikrývky využívané při poruchách spánku, overbally, ale i barevné ložní povlečení, malované obrázky a rádio. Důležitým zdrojem pomůcek pro bazální stimulaci je i pacientova rodina – ta přináší po dohodě s personálem vše, co by mohlo pacientovi připomínat jeho dosavadní život⁵⁵.

Indikátor č. 2: **Charakteristika cílové skupiny příjemců bazální stimulace.**

Pacienti, u kterých je obvykle bazální stimulace na ARO uplatňována, bývají různého věku – shodla se na tom většina (celkem 5) dotazovaných respondentek; pouze 2 respondentky (č. 6 a č. 7) odhadovaly, že pacienti bývají spíše staršího věku (50 a 60 roků a více). Tyto respondenty i spolu s respondentkou č. 5 byly také přesvědčeny, že věk pacientů hraje roli pro úspěšné uplatňování bazální stimulace – podle respondentky č. 5 se u mladších pacientů „*celkový stav lépe zlepšuje na rozdíl od pacientů starších*“; respondentka č. 6 byla toho názoru, že mladý organismus má „*lepší schopnosti se regenerovat*, protože jeho metabolismus je mladý a pacient „*má chuť do života*“. Respondentka č. 7 odůvodnila

⁵² Vojtova metoda je speciální rehabilitační metoda, která využívá reflexních mechanismů pro rozvoj hybnosti (Seidl, Obenberger, 2004, s. 320).

⁵³ Dornova metoda je jemnou manuální alternativní terapií, při které jsou klouby a obratle bezpečně uváděny zpět do svých původních poloh (*Dornova metoda* [on-line]. [cit. 2015-02-02]).

⁵⁴ Metoda míčkování je na ARO v rámci bazální stimulace velmi často využívána – nejedná se přímo o techniku bazální stimulace, ale svou podstatou ji lze zařadit do somatické stimulace – v rámci rozhovorů tuto metodu všechny respondenty jmenovaly.

Míčkování je pomocnou fyzioterapeutickou metodou, jejíž autorkou je česká fyzioterapeutka Zdena Jebavá. Metoda je založena na teorii, že k relaxaci (uvolnění) tkání dochází po jejich kompresi na akupunkturálních a akupresurních bodech. Primárně se tato metoda využívá v oblasti hrudníku při onemocněních dýchacích cest, nicméně při jejím využívání na ostatních částech těla prokazatelně dochází i k celkovému zlepšení zdravotního stavu pacientů - zlepšení pórůrazových stavů, snížení bolestí, zlepšení spasticity, reflexnímu působení na vnitřní orgány (Šauerová, Špačková, Nechlebová, 2012, s. 215 – 217).

⁵⁵ Předmětům a věcem, které přináší pacientova rodina, se podrobněji věnuji dále v textu.

svoje tvrzení tím, že „*mladší pacient má teoreticky vyšší předpoklad k návratu do života*“. Z fyziologického hlediska je možné tyto argumenty akceptovat, nicméně z mého pohledu je nutné zohlednit i argumenty ostatních respondentek (č. 1 až č. 4) přesvědčených o tom, že věk pacientů roli pro úspěšné uplatňování metody nehraje. Úroveň úspěšnosti podle nich souvisí se zdravotním stavem resp. druhem onemocnění, se stavem vědomí, také s tím, jaký je/byl člověk „*ve své podstatě vitální*“ resp. jaký je/byl jeho „*přístup k životu*“ či jaká je jeho „*individualita a osobnost*“. Podle respondentky č. 4 je to „*individuální*“, neboť „*starší pacienti mohou někdy reagovat lépe, než pacienti mladší*“ – pro své tvrzení uvedla respondentka příklady, vycházející ze své praxe, kdy pacient narozený v roce 1954 se po prodělání kóma vrátil zpět do života a pacientku, narozenou v roce 1971, se už bohužel, z kómatu „*probudit nepodařilo*“.

Mezi nejčastější onemocnění pacientů, u nichž je uplatňována bazální stimulace, podle většiny respondentek patří úrazy hlavy a mozku a cévní mozkové příhody. Dále respondentky nejčastěji uváděly polytrauma⁵⁶ či přetrvávající kóma⁵⁷, meningitidu, stavy při aneurysma⁵⁸ nebo stavy související se změnami v mozku, jejichž příčinou je vytvoření tlaku na mozek při pádu z výšky. Společnými znaky všech výše uvedených onemocnění a úrazů jsou bezvědomí (jasné i nejasné etiologie) a tzv. vigilní kóma⁵⁹.

Šest z dotazovaných respondentek (respondentky č. 1 až č. 5 a č. 7) shodně identifikovalo jako rozhodující faktor pro zahájení uplatňování bazální stimulace nelepšící se stav vědomí po odtlumení léky - jak uvádím výše, tento stav může být následkem úrazu, nemoci či nejasné etiologie. Podle respondentky č. 6 jsou rozhodujícím faktorem traumata (poranění) mozku, která svou podstatou odpovídají také výše uvedené odpovědi. Mezi další rozhodující okolnosti řadí oslovené sestry oběhovou stabilitu, kvalitní biografickou anamnézu i spolupracující rodinu – jsem toho názoru, že všichni tito jmenovaní činitelé jsou pro zahájení bazální stimulace nezbytní.

V rámci rozhovorů jsem se také zajímala o to, zda je při výběru pacientů pro bazální stimulaci zohledňována pacientova medicínská prognóza. Až doposud jsem v odpovědích na položené otázky shledávala spíše soulad a vzájemné souvislosti, avšak ve vyjádřeních

⁵⁶ Polytrauma = sdružené poranění více orgánů ohrožující pacienta na jeho životě, při němž je bezvědomí

⁵⁷ Přetrvávající kóma = poúrazové stavy, kdy člověk upadne do bezvědomí a už se „*neprobudí*“

⁵⁸ Aneurysma = výduť dutého orgánu

⁵⁹ Vigilní kóma je hluboká porucha vědomí, při které pacienti na první dojem vypadají jako probuzení - mají otevřené oči, které však působí nepřítomným dojmem – nesledují okolí, pouze nekontrolovaně bloudí. Pacienti jsou schopni i žvýkat a polykat podávanou stravu, avšak není možné s nimi navázat jakýkoliv kontakt.

na tuto otázku jsem shledala určitý rozpor. Poměr odpovědí byl sice 5:2 pro to, že medicínská prognóza není nijak zohledňována, nicméně argument jedné z respondentek s opačným názorem se mi zdá velmi významný: odpověděla, že pokud je stav pacienta infaustní⁶⁰, bazální stimulace se u takového pacienta ani nezahajuje, a to především z etických důvodů ve vztahu k rodině a pacientovým blízkým - aby nebyli psychicky zatěžováni v již tak těžkých chvílích. Jak bude popisováno dále v této kapitole, rodina má při uplatňování bazální stimulace nezastupitelnou roli a vzájemná spolupráce ze strany rodiny je pro realizaci této metody v plném rozsahu naprosto nezbytná. Tuto skutečnost potvrzují i odpovědi na následující otázku, zjišťující faktory, které z pohledu respondentek brání zahájení bazální stimulace. Ve většině odpovědí je jmenována rodina resp. její vyslovený nesouhlas se zahájením bazální stimulace, byť i z důvodu zákazu přístupu některých osob („*aby pacienta v jeho stavu neviděli*“). S rodinou souvisí i další odpovědi na danou otázku – ty identifikovaly nedostatečnou biografickou anamnézu pacienta, jako druhý faktor bránící zahájení bazální stimulace⁶¹. Jako další byly označeny faktory fyziologické povahy, týkající se pacientova zdravotního stavu – akutní stavy, vysoký tlak krve, srdeční arytmie či oběhová nestabilita.

Indikátor č. 3: **Role rodiny a blízkých při uplatňování bazální stimulace.**

Jak již jsem naznačila výše, rodina je pro uplatňování bazální stimulace v plném rozsahu velmi důležitá - téměř nezbytná. Pokud totiž dojde k rozhodnutí, že u daného pacienta bude zahájeno uplatňování dané metody, musí být nejdříve oslovena právě rodina. Personál daného oddělení ji podrobně seznámí s danou metodou - její podstatou, technikami i prvky. Pokud rodina souhlasí (souhlas nemá písemnou formu) je ze strany personálu požádána o intenzivní spolupráci. V první fázi je nutné, aby rodina zpracovala pacientovu biografickou anamnézu – k tomu slouží dokument **Ošetřovatelská anamnéza v konceptu bazální stimulace pro anesteziologicko-resuscitační oddělení** (příloha č. 6), do kterého příbuzní vypisují všechny důležité informace o pacientovi, nezbytné pro zahájení bazální stimulace. Vzor dokumentu je přílohou vnitřního předpisu – ošetřovatelského standardu a obsahuje několik částí:

⁶⁰ Infaustní = nepříznivý, beznadějný

⁶¹ Biografickou anamnézu poskytuje právě rodina.

- v rámci tělesné péče rodina uvádí návyky a zvyky, týkající se hygieny pacienta (frekvence provádění hygieny, oblíbené přípravky pro hygienu a péči o tělo, oblíbený materiál osušek atd.);
- v dalších částech pak příbuzní popisují pacientovy návyky při spánku (oblíbená poloha, délka spánku, čas chození spát aj.), oblíbená jídla a pití včetně stravovacích návyků, informují o úrovni jeho smyslů i jeho případných pomůckách (např. sluchadla, brýle), o povolání, jeho osobnostních vlastnostech a zvláštích, životních potřebách, způsobu života, oblíbených zájmech či zážitcích z poslední doby.

Pokud si rodina s čímkoliv neví rady, pomáhá jim s vyplňováním dotazníku personál na oddělení. Jakmile je biografická anamnéza kompletní, dohodnou se ošetřující sestry s rodinou na přinesení předmětů a pomůcek, odpovídajících informacím v biografické anamnéze.

Dle respondentek vnímá rodina bazální stimulaci velmi pozitivně, na různých úrovních se snaží spolupracovat, zapojuje se přímo i do vlastního procesu uplatňování dané metody – na tomto tvrzení se shodly všechny oslovené respondenty. Svě odpovědi ještě doplnily, že členům rodiny často v jejich aktivitách brání nedostatek času (respondentka č. 1) nebo počáteční psychická náročnost - obava či strach z hadiček a přístrojů, na které je pacient napojen (respondentka č. 2 a č. 3).

Členové rodiny spolupracují různými způsoby. Kromě poskytování informací o pacientovi se většina respondentek se shodla (respondentka č. 1 až č. 5 a respondentka č. 7), že velký význam má i přinášení pacientových **oblíbených věcí a předmětů**, s pomocí nichž je prováděna somatická stimulace i všechny nastavbové prvky bazální stimulace⁶². Pro somatickou stimulaci poskytují prostředky pro hygienu a běžnou péči (sprchový šampon, zubní pastu, deodorant, krém, ručník aj.), pro nastavbovou stimulaci donáší fotografie členů rodiny (někdy i velké plakáty včetně uvedených jmen)⁶³, oblíbené obrázky či fotografie, známé předměty (hodiny, dekorace aj.), notebooky, radia, CD přehrávače, knihy, ze kterých pacientovi čtou, CD a DVD s oblíbenou hudbou či hlasy známých osob, vlastní oblečení, oblíbené povlečení, polštářky, hračky (plyšáky) a zejména také oblíbené jídlo či pití. Některé předměty mohou být velmi atypické, respondentka č. 2 si například

⁶² Do nastavbových prvků patří zraková, sluchová, hmatová, čichová a orální stimulace – viz teoretická část, článek 3.2.

⁶³ Fotografie členů rodiny i s uvedením jmen jsou významné i pro sestry, protože jim pomáhají orientovat se pacientově rodině – tyto poznatky mohou využívat při verbální komunikaci s pacientem.

vzpomněla na čichání benzínu pro řidiče z povolání, pletací jehlice pro pacientky – pletačky, traktor před oddělením ARO, respondentka č. 4 zase uvedla zpívání pěveckého sboru u pacientova lůžka. Zapojení členů rodiny do provádění základních technik bazální stimulace (somatické a vestibulární) je spíše ojedinělé. Tři respondentky (č. 5, 6 a č. 7) ve svých odpovědích zapojení do základních technik ani neuvedly, tři respondentky (č. 2, 3 a č. 4) shodně uvedly, že členové rodiny jsou zapojováni pouze v případě jejich zájmu a respondentka č. 1 uvedla, že členové rodiny se zapojují spíše v případech, kdy je „*vidina zlepšení a propuštění domů*“. Dle odpovědi dané respondentky se členové rodiny při svých návštěvách zpočátku s jednotlivými technikami seznamují, následně je provádí za asistence ošetřujícího personálu a později pak sami. Tyto výše uvedené odpovědi respondentek se odráží i v odpovědích na další položenou otázku, ve které jsem se zajímala o to, jaké techniky a prvky bazální stimulace shledávají členové rodiny z pohledu sester jako nejdůležitější. Všechny oslovené respondentky se shodly na nastavbových prvcích bazální stimulace – důvodem uvedení těchto odpovědí je pravděpodobně skutečnost, že při nastavbových stimulacích se mohou členové rodiny do jejich realizace téměř neomezeně aktivně zapojovat. Jako další oblíbené techniky byly uváděny zklidňující masáže a koupele, míčkování a také osvěžující masáže, které se „*používají většinou při návštěvách, aby pacienta aktivovaly*.“

Zapojení rodiny do bazální stimulace hodnotí oslovené sestry velmi pozitivně. Z jejich pohledu je spolupráce se členy rodiny velmi důležitá resp. **nezbytná** a pomáhající nejen pacientovi, ale všem zúčastněným stranám. Primárně rodina poskytuje informace o pacientově osobnosti (biografická anamnéza); podle respondentky č. 4 a č. 5 pak ve vztahu k pacientovi vytváří maximálně podnětné pacientovo okolního prostředí - pacient slyší známé hlasy a poslouchá oblíbenou hudbu, vidí známé tváře, cítí známé vůně a vnímá známé doteky. Respondentka č. 2 je toho názoru, že pacienti na členy rodiny obvykle lépe reagují, bazální stimulace je tím efektivnější a „*výživnější*“. Jako důležitou vnímají respondentky bazální stimulaci i pro rodinu, neboť pacientovi blízcí jej mohou navštěvovat kdykoliv během dne a trávit s ním tak maximum času. Bazální stimulace je oslovenými sestrami pozitivně vnímána i ve vztahu k nim samým, neboť jak uvádí respondentka č. 4 – jde o vzájemnou spolupráci, kdy rodina pomáhá personálu i při péči o pacienta samotného.

Indikátor č. 4: **Proces uplatňování metody bazální stimulace.**

Základem pro zahájení uplatňování bazální stimulace jsou informace z biografické anamnézy, o které jsem podrobněji psala již výše. Tyto informace jsou z pohledu většiny respondentek dostačující a v průběhu bazální stimulace mohou být průběžně doplňovány i v závislosti na tom, jak se rodina s procesem bazální stimulace postupně seznamuje. Dvě respondentky jsou toho názoru, že pro zahájení uplatňování dané metody by bylo vhodné vědět také, co pacient nesnáší⁶⁴ (vůně, osobní doteky na některých částech těla aj.) či jaké má alergie.

Bazální stimulace je u pacientů zahajována na základě konsensu mezi ošetřujícím personálem a lékaři – dle výpovědí respondentek jde v první řadě spíše o aktivitu sester, které zahájení bazální stimulace lékařům navrhují. Při zahájení by měl pacient být především ve stabilizovaném stavu (ať už při přijetí na oddělení či po uplynutí nějaké doby) a nesmí být pod vlivem tlumících léků resp. nacházet se v umělém spánku.

Zahájení uplatňování metody bazální stimulace vystihla respondentka č. 7 jako „*změnu (úpravu) přístupu zdravotnického personálu k pacientovi*“. Ošetřující personál nejdříve osloví pacientovy příbuzné, které seznámí se základními informacemi o dané metodě a požádá je o vyplnění dotazníku (biografické anamnézy). Na základě informací, v dotazníku uvedených, je stanoveno místo iniciálního doteku a pacientovo oslovení; rodina je současně požádána o přinesení pacientových oblíbených věcí. Místo iniciálního doteku nesmí zasahovat do tzv. intimních míst na těle pacienta – na daném oddělení bývá nejčastějším místem pacientovo rameno případně jeho ruka. Pokud by měla rodina připomínky, je možné je po dohodě změnit. O iniciálním doteku a oslovení jsou všichni příchozí informováni pomocí cedule, která je umístěna na dveřích pacientova boxu – od chvíle vyvěšení musí veškerý personál, externisté, kteří na oddělení dochází (např. fyzioterapeuti) i všichni členové rodiny stanovený iniciální dotek i oslovení používat vždy, když k pacientovi přistupují nebo od něho odchází. Všechny prováděné činnosti s pacientem musí být od zahájení bazální stimulace pacientovi vědomě podrobně a nahlas verbálně popisovány a vysvětlovány. Užívané techniky a prvky bazální stimulace jsou uplatňovány:

- pravidelně v různých periodách (nejdelší perioda je 1x za 24 hodin),
- dle aktuálního stavu pacienta a možností ošetřujícího personálu či

⁶⁴ V biografické anamnéze se uvádí pouze neoblíbená jídla.

- nárazově v závislosti na příchodech pacientových příbuzných.

Lze tedy konstatovat, že v praxi je bazální stimulace uplatňována v plném rozsahu ihned po získání informací z biografické anamnézy. Téměř současně s biografickou anamnézou přináší rodina pacientovy osobní věci používané v běžném životě – minimálně prostředky pro hygienu, kosmetické přípravky (na mytí, holení, pro péči o pleť, tělo o vlasy, parfémy, deodoranty aj.), žínky, ručníky, ložní prádlo, oblečení, přezůvky, polštářky na spaní, aj. – cílem je stimulovat u pacienta, aby se s trochou nadsázky řečeno: 'cítil jako doma', tedy ve svém obvyklém prostředí.

Bazální stimulaci provádí a zajišťují sestry na daném oddělení. Od prvního dne u pacientů pravidelně provádí somatickou stimulaci s použitím všech dostupných, rodinou přinesených, prostředků a pomůcek - při ranní hygieně aktivizující koupel i masáž, při večerní hygieně koupel i masáž zklidňující. Dle respondentky č. 1 je možné provádět somatické masáže nad rámec pravidelně prováděných, a to kdykoliv během dne. V rámci standardní ošetrovatelské péče, kdy je pacient několikrát denně polohován a mikropolohován, zařazuje personál další základní techniky a prvky bazální stimulace – polohu hnízdo v různých variantách s pomocí speciálních kuličkových dlouhých polštářů ve tvaru hada, vestibulární stimulaci - pohyby hlavou v poloze vleže nebo vsedě, houpavé pohyby celého těla s nohami pokrčenými v kolenou, případně techniku tzv. pohybu ovesného klasu. Velmi často během dne jsou části pacientova těla stimulovány technikou míčkování s pomocí speciálních masážních míčků, které jsou k dispozici na oddělení. Všechny realizované prvky a techniky jsou zaznamenávány do přílohy vnitřního předpisu pod názvem Realizace výkonů bazální stimulace (vzor viz příloha č. 7).

Neustále během péče o pacienta i při provádění všech činností, je maximálně přihlíženo k tomu, aby byl pacient stimulován i pomocí nástavbových prvků – v podstatě zde dochází ke kombinaci technik a prvků bazální stimulace. Lze konstatovat, že všechny základní techniky vždy doprovází nástavbové prvky - například při somatické stimulaci aktivizující a zklidňující (při hygieně) prováděné na daném oddělení je pacient stimulován auditivně (personál s pacientem neustále mluví, vše mu vysvětluje a popisuje), olfaktoricky (pacient cítí známé vůně sprchového šamponu/mýdla, tělového mléka, deodorantu), případně i opticky a hmatově (pacient vidí známé věci – prostředky pro hygienu, ručníky, žínky a sahá na ně); vestibulární stimulaci pak doplňuje minimálně auditivní a zraková stimulace.

Nástavbové stimulace se prolínají i navzájem mezi sebou, a to v závislosti na typu činnosti, prováděné s pacientem. Příkladem může být **orální stimulace**, která se prolíná se stimulací čichovou i zrakovou. Tato stimulace je mezi personálem i pacientovou rodinou velmi oblíbená, protože dle slov respondentky č. 4 na ni pacienti „*velmi často reagují*“. Provádí se buď namáčením štětičky do oblíbeného pacientova jídla a dáváním do pusy nebo zabalením čtverečku čokolády (případně jiného oblíbeného jídla) do gázy a vkládáním do úst za škraň. Důležitá je i **sluchová stimulace**. Jak už jsem uvedla výše, tato stimulace provází všechny činnosti personálu s pacientem, nicméně má svůj význam i jako samostatná technika – například to může být poslech známých hlasů příbuzných, ať už přímo (návštěva příbuzných, čtení knihy) či zprostředkovaně (nahrané hlasy na CD, rodinná videa, pouštění známých pořadů v televizi aj.) nebo poslech známé hudby (radio, CD či vlastní zkušenost respondentky č. 1 - zpěv sboru u pacientova lůžka). Sluchovou stimulaci mohou doplňovat i ostatní nastavbové prvky, nejčastěji však stimulace optická. **Zraková stimulace** – například sledování přítomných osob či prohlížení fotografií členů rodiny, obrázků známých míst, fotografií z dovolených bývá provázena minimálně auditivními prvky. **Hmatová stimulace** je pro pacienta také velmi důležitá – pacient je pomocí hmatu, očí a sluchu stimulován k poznávání jemu známý předmětů.

V rámci výzkumu jsem se také zajímala, které techniky/prvky jsou na daném oddělení nejčastěji využívány. Odpovědi respondentek odrážely výše uvedený popis integrace bazální stimulace do péče o pacienta. Nejčastěji byly zmiňovány - iniciální dotek a oslovení, které jsou při péči využívány několikrát denně, následovala somatická stimulace, poloha hnízdo, všechny nastavbové prvky (zejména orální stimulace) a také stimulace vestibulární a míčkování. Některé respondentky (č. 1 a č. 4) zmínily ještě další druhy stimulací, a to stimulaci vibrační, masáž stimulující dýchání a kontaktní dýchání. Tyto metody jsou však na daném oddělení minimálně využívány – dle získaných odpovědí se vibrační masáže provádí pouze některých částech těla a stejně jako masáže stimulující dýchání či kontaktní dýchání jsou užívány v případech, kdy je „*pacient zahleněný či nepravidelně dýchá*“ – cílem je uvolnění pacientových dýchacích cest a zklidnění dýchání.

Důležitým prvkem v integraci bazální stimulace do péče je úprava pacientova okolního prostředí. Personál daného oddělení se jej snaží maximálně přizpůsobit pacientově osobnosti (respondentka č. 1), aby bylo co nejvíce podnětné (respondentka č. 3). Všechny respondentky shodně popsaly, jakým způsobem pacientovo okolní prostředí upravují: přinesené věci a předměty z domova umísťují do zorných polí pacienta - rozvěšují

obrázky, fotografie, nástěnné hodiny či „*plakáty se členy rodiny s popiskami jejich jmen a příbuzenských vztahů*“ (respondentka č. 1), do lůžka pacienta případně i do jeho rukou dávají předměty, se kterými pacient často pracoval nebo které používal v rámci svých koníčků – např. nářadí, asistované drnkání na kytaru (respondentka č. 1). Do pacientova boxu je umístěno rádio, případně CD přehrávač, nebo notebook pro přehrávání hudby, videí nebo hlasů příbuzných. Pacient je oblečen do svého oblečení (tričko rozstřížené na zádech, tepláky, ponožky), pokud byl zvyklý, má pod hlavou svůj polštářek, příkrývka a polštář jsou povlečeny do barevného povlečení. Jak uvedla respondentka č. 1, při úpravě prostředí jde v podstatě „*o neomezené možnosti v kreativitě a nápaditosti sester i členů rodiny*“.

Na bazální stimulaci pacienti reagují různými způsoby. Vzhledem k tomu, že bazální stimulace představuje změnu v přístupu při péči o pacienta a je spíše komplexní povahy, nelze jednoznačně konstatovat, že jde přímo o reakce na bazální stimulaci - spíše jde o reakce na péči s uplatněním bazální stimulace. Reakce mohou mít podobu změny ve vnímání a chování pacienta na konkrétní uplatňovanou techniku, ale z výzkumu spíše vyplývá, že jde o reakce, související s celkovou - komplexní péčí v bazální stimulaci. Za přímou reakci je možné například považovat pohyby ústy „do kapříka“, sací reflex či žmoulání při orální stimulaci, které identifikovaly respondentky č. 2, 4 a 5. I změny fyziologických funkcí⁶⁵, které popsaly respondentky č. 3, 4, 5 a 7 mohou mít přímou souvislost s prováděním nějakého typu bazální stimulace. Ostatní respondentkami uvedené reakce i z mého pohledu nemusí mít přímou souvislost s prováděním určité techniky bazální stimulace – bylo by možné o nich konstatovat, že jsou reakcí na auditivní stimulaci (verbální oslovení, výzvu, žádost), ale dle respondentek tomu tak jednoznačně není. To, že pacient začne reagovat, podle nich spíše souvisí s celkovou péčí. Jak respondentky uváděly, jde například o grimasy v obličeji resp. změnu celkového výrazu v obličeji, viditelný stisk čelistí, otevírání a zavírání očí⁶⁶, krátkodobé zaměření pozornosti na pečující sestru, snaha pohnout hlavou v reakcích na otázky směrem k pacientovi, stisknutí ruky při výzvě (např. při lékařské vizitě), viditelná svalová činnost – snaha pohnout končetinou či malé pohyby rukou nebo nohou.

⁶⁵ teplota, tlak, pulz a dech

⁶⁶ Pokud je pacient schopen, může pomocí mrknutí komunikovat – při odpovědi ne – 1x mrkne, při odpovědi ano 2x.

Stav pacienta i všechny jeho reakce neustále sleduje a monitoruje ošetřující sestra. Jakékoliv změny jsou podle respondentek zapisovány do ošetřovatelské dokumentace resp. do hlášení sester (formuláře Hodnocení stavu pacienta) a současně jsou ústně předávány střídající sestře i ošetřujícímu lékaři, který také vše eviduje a několikrát denně posuzuje celkový stav pacienta i jeho vědomí. Podle respondentky č. 7 je přínosem tohoto procesu „*kontinuální sledování změn a stavu pacienta*.“ Respondentky č. 3 a č. 6 v rámci svých odpovědích zmínily, že 1x za 7 dní provádí tzv. Barthelův test soběstačnosti⁶⁷, který se však primárně netýká reakcí ani hodnocení uplatňování metody bazální stimulace.

Všechny respondentky, se kterými jsem hovořila o uplatňování metody bazální stimulace, byly velmi vstřícné a byl z nich výrazně znát zájem a nadšení o danou metodu. Proto mě vůbec nepřekvapilo, že všechny respondentky při otázce, zda si myslí, že se dokáží vcítit při péči do pacientových pocitů, odpověděly shodně, že ano. Respondentka č. 1 odpověděla, že „*hrozně moc*“, protože je hodně emotivní a své pocity využívá nejen u pacientů v bazální stimulaci. Na danou otázku velmi podobně odpověděla i respondentka č. 6, respondentka č. 2 odpověděla bez přemýšlení, že „*na 100%*“, poté odpověď upravila na „*hodně procent*“. Respondentky č. 3, 4 a 5 uvedly, že jsou schopny si uvědomovat pacientovy pocity, respondentka č. 4 ještě doplnila, že díky vcítování se do pacientových pocitů její při péči upozorňuje na nepříjemné zvuky, při činnostech s ním (včetně uplatňování technika bazální stimulace) chce být spíše sama, aby se mohla věnovat pouze jemu a také pouze s ním komunikovat. Respondentka č. 7 zmínila, že je schopna se do pacientových pocitů vcítovat i díky osobní zkušenosti z účasti na základním a nástavbovém kurzu bazální stimulace.⁶⁸ Schopnost vcítovat se do pacientových pocitů je z mého pohledu základem úspěšného uplatňování bazální stimulace.

Indikátor č. 5: **Komunikace při využívání bazální stimulace.**

Komunikace je z hlediska zlepšování celkového stavu pacienta velmi důležitá. Pokud se totiž s pacientem prostřednictvím nějakého komunikačního prostředku podaří navázat komunikaci, podstatně se zvyšuje pravděpodobnost identifikace a pochopení jeho potřeb a pocitů. V daném případě jde tedy jednoznačně o významný přínos nejen pro pacienta, ale

⁶⁷ Barthelův test základních všedních činností je nástrojem pro zhodnocení soběstačnosti pacienta v ošetřovatelské péči. Výsledky testu jsou důležité pro stanovení ošetřovatelského plánu (Šafránková a Nejedlá, 2006, s. 19).

⁶⁸ Tento názor mohu potvrdit, protože sama jsem se zúčastnila základního kurzu. Jeho součástí byla i modelace situace, kdy si účastníci kurzu sami vyzkoušeli, co pacienti mohou při péči cítit a vnímat.

i ošetřující personál a rodinné příslušníky. Proto musí být ošetřující personál během péče schopen přizpůsobovat se pacientovým schopnostem, dovednostem a možnostem.

V rámci svého výzkumu jsem se snažila identifikovat nejčastější komunikační prostředky - názory respondentek byly velmi podobné, jejich vlastní odpovědi na položenou otázku se velmi prolínaly s odpověďmi, týkajícími se nejčastějších reakcí na bazální stimulaci. Z odpovědí vyplynulo, že komunikace ze strany pacientů bývá téměř vždy neverbální; pokud jsou pacienti v úplném bezvědomí, k žádné komunikaci nedochází. Když však v úplném bezvědomí nejsou, nejčastěji komunikují mimikou – grimasami, mrknutím očí či krátkodobou fixací pohledu očí na ošetřující sestru. Mezi další nejužívanější způsoby komunikace pacienta s okolím patří stisknutí ruky, malé pohyby hlavou, ústy, prsty u ruky či celou rukou nebo nohou. Pokud jsou pacienti při vědomí, avšak z různých důvodů nemohou verbálně komunikovat (například při tracheostomii⁶⁹), důležitým komunikačním prostředkem se stává tabulka s písmenky, na které pacient při komunikaci ukazuje. Odpověď v trochu jiném úhlu pohledu poskytla respondentka č. 6, která jako prostředek komunikace uvedla „*všechny smysly*“, což vyjma pohybů částmi těla odpovídá i výše uvedeným odpovědím.

Ošetřující personál komunikuje při péči o pacienta prostřednictvím iniciálního doteku, jednotného oslovení a verbální komunikace. Tyto nejčastěji uvedené odpovědi respondentek jsou logické, s ohledem na výše uvedený popis uplatňování metody bazální stimulace. K této komunikaci dochází dle respondentky č. 1 bez ohledu na to, zda je pacient při vědomí či nikoliv. Iniciální dotek i oslovení je velmi časté, neboť při intenzivní péči provádí personál s pacientem mnoho činností včetně technik a prvků bazální stimulace. Dle respondentky č. 7 tyto prostředky slouží k nenásilnému upozornění, že se „*něco děje*“. Verbální komunikace je při péči o pacienta používána téměř nepřetržitě – z pohledu bazální stimulace jde v podstatě o auditivní stimulaci. Jak uvedly respondentky č. 3, 4, 5 a 6, ošetřující personál během činností na pacienta neustále mluví, vysvětluje a popisuje mu, co právě dělá a upozorňuje ho na jakoukoliv změnu (např. rozsvěcení světla). Ve vhodných případech se prostředky komunikace stávají signály, smluvené mezi pacientem a ošetřující sestrou - mohou jimi být: mrknutí, stisknutí ruky, pohyb hlavou, končetinou aj. Doteky jsou v rámci komunikace také významným prvkem, neboť jsou

⁶⁹ Při tracheostomii je průdušnice chirurgicky vyústěna na povrch krku, což zprůchodňuje dýchací cesty a umožňuje umělou i spontánní ventilaci pacienta (Krška, 2011, s. 3).

využívány při jakýchkoliv činnostech a mimo jiné jsou i základem somatické stimulace (masáže a koupeli), která je u pacientů pravidelně prováděna.

Úroveň komunikačních schopností dle respondentky č. 4 není třeba samostatně monitorovat a vyhodnocovat, neboť vyplývá ze zaznamenávaných reakcí do ošetrovatelské dokumentace. Dle respondentek je zcela dostatečné, že všechny změny u pacienta, jeho reakce, změny stavu a úroveň schopností jsou zaznamenávány do ošetrovatelské dokumentace, předávány ústně střídající sestře a několikrát denně ústně předávány ošetřujícímu lékaři, který celkový stav pacienta vyhodnocuje. Tím, že jsou pacientův stav i úroveň jeho schopností včetně schopností komunikačních neustále monitorovány a vyhodnocovány ošetřující personál velmi brzy pozná, že se s pacientem „něco děje“ (respondentka č. 4).

Indikátor č. 6: Význam a přínos bazální stimulace.

Uplatňování bazální stimulace vnímají všechny oslovené respondentky jako velice přínosné, a to nejen pro samotné pacienty. Většina z nich se shodla na tom, že u pacientů, u nichž existuje alespoň minimální šance na zlepšení, dochází k rychlejšímu zlepšování jejich celkového zdravotního stavu, čímž se u nich zvyšuje šance na postupný návrat pacienta do běžného života. V rámci specifikace přínosu uplatňování bazální stimulace u pacientů respondentka č. 4 popsala důležitost z hlediska typů pacientů: pacienti v kómatu jsou podle této respondentky díky bazální stimulaci intenzivně podněcováni, což ovlivňuje zrychlení procesu probouzení; pacienti s určitou úrovní vnímání jsou díky vysoce podnětnému okolí motivováni ke komunikaci (i když na „omezené úrovni“) a také ke krátkodobému zaměřování pozornosti a sledování okolí. Podle této respondentky se v praxi často stává, že u již probuzených pacientů se „jejich vývoj zastaví“ – zde také poukazuje na bazální stimulaci a zejména na její nepřetržité uplatňování, které může pacienta podle jejích slov „znovu nastartovat“. Podle respondentky č. 5 přináší bazální stimulace „u mladších pacientů rychlejší postup pozitivních změn ve všech oblastech.“ Respondentka č. 6 je toho názoru, že díky opakování známých činností dochází k podněcování uvědomování si sebe sama, uvědomování si času i prostoru a předvídání pravidelně opakováných denních činností.

Podle oslovených respondentek zvyšuje uplatňování bazální stimulace v rámci komplexní ošetrovatelské péče o pacienta „kvalitu života pacienta ve všech oblastech“. Těmi

nejdůležitějšími oblastmi jsou podle respondentek vnímání a myšlení, pohyb a komunikace a s nimi úzce související sebeobsluha, sebek péče, soběstačnost a schopnost samostatného přijímání stravy. Pokud se u pacientů zvyšuje úroveň vnímání, jsou schopni orientovat se sami v sobě i ve svém okolí a zejména jsou schopni adekvátně reagovat na všechny podněty přicházející z okolí. S vnímáním jsou spjaty i další, v odpovědích často uváděné oblasti, pro které je bazální stimulace podle respondentek přínosná, a to pohyb a komunikace. Zlepšování pohybových schopností (hrubé i jemné motoriky) přináší pacientovi komfort v oblasti sebeobsluhy a sebek péče, kdy je například sám schopen aktivně spolupracovat při hygieně či s pomocí asistence přijímat potravu. Přínos bazální stimulace v oblasti komunikace je také velmi významný, neboť alespoň částečně komunikující pacient je schopen navázat sociální kontakt a vyjádřit své potřeby, pocity a stavy, což je velmi přínosné i pro personál, který v závislosti na těchto signálech může veškerou péči o pacienta i činnosti s ním adekvátně přizpůsobovat. Všechny výše popsané oblasti významně ovlivňují pacientovu soběstačnost a také psychický stav, čímž jednoznačně přispívají ke zvyšování úrovně kvality pacientova života.

Jednotlivé respondentky jsem také požádala o srovnání intenzivní péče v období před uplatňováním bazální stimulace a péče současné, při které je daná metoda využívána – dvě z oslovených sester se na tuto otázku nevyjádřily, neboť z doby před uplatňováním dané metody neměly osobní zkušenost, ostatních 5 respondentek odpovědělo ve shodě, i když každá relativně jiným způsobem.

- Podle respondentky č. 1 jde „o velký rozdíl“, protože „*péče nebyla tak podnětově bohatá, člověk přistupoval k pacientovi spíše mechanicky naučenými postupy, osobnost a individualita pacienta nebyla respektována.*“ Bazální stimulaci v rámci své odpovědi vyzdvihuje ve smyslu rychlejšího postupu zlepšování celkového stavu pacienta a velkého pozitivního vlivu na psychiku pacientů i rodiny.
- Respondentka č. 2 je toho názoru, že „*pokud se bazální stimulace nedělá, je u pacientů vyšší míra rizika stagnace jejich stavu, zastavení vývoje kupředu v oblasti vědomí a uvědomování si sama sebe.*“
- Názorem respondentky č. 3 je, že zapojení rodiny nebylo dříve tak „*kreativní*“. Podle ní „*poskytuje bazální stimulace mnoho příležitostí při péči o nemocné – vytvoření maximálně podnětného prostředí zohledňujícího individualitu a osobnost nemocného – především ve spolupráci s rodinou.*“

- Respondentka č. 4 je toho názoru, že pacienti bez bazální stimulace bývají v horším stavu a pomaleji se zlepšují na rozdíl od pacientů, u kterých je bazální stimulace využívána.
- Respondentka č. 5 vidí v uplatňování bazální změnu k lepšímu v přístupu k pacientům, uvedla: „*U pacientů jsme nedělali orální stimulaci (ani by nás to nenapadlo) a místo současně používané vibrační stimulace při zahlenění pacienta jsme pacientům poklepávali na tělo – muselo to pro ně být velmi nepříjemné.*“

Jednotlivé, výše uvedené názory respondentek jednoznačně a prakticky demonstrují informace, týkající se popisu přínosů bazální stimulace.

V rámci daného ukazatele jsem se nezajímala pouze o důležitost a přínosy využívání bazální stimulace při péči o pacienta, ale svůj zájem jsem zaměřila i na úskalí a nedostatky, které personál v dané oblasti vnímá. Šest respondentek v rámci svých odpovědí shodně uvedlo, že jim v nemocnici nejvíce vadí neexistence navazující péče, při které by byla využívána bazální stimulace s bazální stimulací. Respondentka č. 1 je přesvědčena o nezbytnosti bazální stimulace bez ohledu na typ péče (intenzivní či běžná ošetrovatelská aj.). Obdobnou odpověď měla i respondentka č. 6, která ve shodě s respondentkou č. 1 doplnila, že každá všeobecná sestra by při nástupu měla minimálně projít základním kurzem bazální stimulace, aby se změnil její přístup k pacientům, což by vedlo k vnímání bazální stimulace jako samozřejmosti. Respondentka č. 6 své tvrzení opodstatnila tím, že má vlastní zkušenost, kdy se sama nedávno zúčastnila základního kurzu bazální stimulace a teprve „*až po jeho absolvování pochopila její podstatu*“. Respondentka č. 4 tuto skutečnost vystihla takto: „*...když se pacienti probudí z kómatu, tak je třeba je neustále stimulovat, aby se proces zlepšování jejich stavu nezastavil (případně je znovu nastartovat, pokud se zastaví); díky tlaku na lůžko musí být pacienti překládáni na jiná oddělení, kde bohužel, bazální stimulaci neuplatňují - byť některé sestry již mají odbornost v bazální stimulaci díky účasti v základním kurzu.*“ Následně ještě doplnila: „*Jde o nezáměr ostatních provozů obecně.*“ Stejný názor měla i respondentka č. 3, která upozornila na to, že ví o mnoha sestrách na ostatních odděleních, které základním kurzem prošly, ale při své práci však bazální stimulaci nevyužívají. Respondentka č. 6 viděla úskalí v tom, že pro bazální stimulaci není na daném oddělení dostatek klidu, protože zde ruší zapnuté přístroje a světla. Respondentka č. 2 kromě chybějící návazné péče upozornila ještě na nedostatek

speciálních pomůcek pro uplatňování bazální stimulace především z ekonomických důvodů.

Na závěr rozhovoru jsem se zajímala o osobní názor respondentek na bazální stimulaci. Zajímalo mě, co pro ně bazální stimulace znamená a jak by ji co nejdůležitěji krátce specifikovaly. Pro respondentku č. 1 jde o jeden z nejdůležitějších přístupů v péči o pacienta, který „má velký vliv na jeho uzdravení a pokroky. Respondentce č. 2 přispívá bazální stimulace k tomu, že může „člověku hodně pomoci, aby se vrátil do života.“ V rámci odpovědi ještě uvedla, že daná metoda jí přináší uspokojení z toho, že dělá pro pacienty „něco přínosného – něco navíc.“ Obdobný názor měla i respondentka č. 5, která své vyjádření o tom, že pro pacienta může dělat něco navíc, doplnila o to, že jí bazální stimulace přináší „větší a bližší vztahy s rodinou“, díky nimž o pacientovi více ví a může tak „adekvátně upravovat přístupy.“ Respondentky č. 3 a č. 4 se vyjádřily krátce – podle respondentky č. 3 bazální stimulace „velice pomáhá“ a „umožňuje chápat potřeby pacientů“; respondentka č. 4 vnímá danou metodu jako „přínos zejména pro pacienty.“ Respondentka č. 6 vnímá bazální stimulaci jako „něco, co do života běžně patří“, respondentka č. 7 ji vidí jako „rozšíření znalostí v péči o pacienta i vlastní péče.“

Identifikovat co nejdůležitěji bazální stimulaci byl pro respondentky velký problém, neboť podle jejich shodného názoru je bazální stimulace tak širokým pojmem, že je velmi těžké ji krátce vystihnout. Závěrem tedy uvádím jejich doslovné formulace:

- „Maximální vcítění se do role pacienta, což obohacuje můj přístup k němu.“
- „Metoda pomáhající k návratu do života“
- „Bazální stimulace je životní přístup, který pomáhá nejen nemocným.“
- „Bazální stimulace umožňuje vracet člověka zpět do života.“
- „Bazální stimulace – snaha o zlepšení kvality života pacientů.“
- „Přirozenost, empatie.“
- „Metoda přístupu k pacientovi.“

Všechny výše uvedené odpovědi podle mého názoru jednoznačně odrážejí podstatu metody bazální stimulace - odpovídají také tomu, s jakým zaujetím a pozitivním přístupem se k dané metodě respondentky staví.

5.2 Případové studie

PŘÍPADOVÁ STUDIE Č. 1

Respondentkou č. 1 je žena ve věku 48 roků. Trvalé bydliště má ve Východočeském kraji, přechodně žije v malé obci na Žďársku - zde rekonstruuje dům.

- **Rodinná anamnéza:**

Respondentka je rozvedená, má dceru žijící v USA (25 roků). Matka žije trvale v Německu, léčí se s vysokým tlakem; otec žije v místě bydliště respondentky, v roce 2004 prodělal infarkt.

- **Osobní anamnéza:**

Respondentka se v současné době s ničím neléčí, prodělala celkem 4 operace – slepé střevo v 15 letech, před deseti lety u ní byly operovány křečové žíly na levé noze, prodělala gynekologickou operaci před 3 roky, vloni byla provedena plastika prsou.⁷⁰

- **Důvod přijetí na ARO**

Dne 10.1.2014 byla respondentka těžce fyzicky napadena, byla nalezena na staveništi domu, který rekonstruovala, ležela na betonu bez oblečení a v hlubokém bezvědomí. Přivezena byla vozem Zdravotnické záchranné služby Kraje Vysočina. Měla traumata po celém těle, zejména v oblasti hlavy.

- **Popis průběhu hospitalizace na ARO a uplatňování metody stimulace**

Respondentka byla na ARO hospitalizována celkem dvakrát - v období od 10. do 23. ledna 2014 a od 24. ledna do 2. února 2014. V průběhu první hospitalizace nebyla bazální stimulace z objektivních důvodů uplatňována (akutní zdravotní stav, oběhová nestabilita). V průběhu druhé hospitalizace bylo 25. ledna rozhodnuto o zahájení uplatňování metody, po sběru potřebných informací o respondentce byla metoda bazální stimulace zahájena 26.1.2014 a prováděna až do ukončení hospitalizace dne 2. února 2014, tj. celkem 8 dnů. Respondentka byla následně přeložena na jednotku intenzivní péče chirurgického oddělení.

1. hospitalizace: 10. – 23. ledna 2014

Po celou dobu hospitalizace byla respondentka v bezvědomí – kómatu, napojená na umělou plicní ventilaci. Byla u ní provedena všechna základní vyšetření - zjištěna byla

⁷⁰ Jiné informace v dokumentaci neuvedeny.

mnohočetná poranění hlavy, poúrazové poranění a otok mozku, poranění krku, bérce a také zavřená zlomenina dolní čelisti. Během hospitalizace byl stav beze změn, dne 23. ledna byla pacientka přeložena na specializované pracoviště do FN Brno k provedení operace zlomeniny dolní čelisti.

2. hospitalizace: 24. ledna – 2. února 2014

24. ledna 2014

Po provedení operace dne 23. ledna 2014 byla respondentka dne 24. ledna ve večerních hodinách z FN Brno převezena zpět na ARO. Stále byla napojena na umělou plicní ventilaci, po operaci měla zdrátovanou čelist. Při přijetí prováděla nekontrolované grimasy, podle přijímacího lékaře byla živější, mírně spontánně pohybovala pravou dolní končetinou a svalový tonus byl zlepšen. V průběhu noci projevovala podráždění a neklid, na dolních a horních končetinách zvýšený svalový tonus.

25. ledna 2014

U respondentky byla postupně snižována podpora dýchání, současně byla tzv. odtlumována až po úplné vysazení léků, ovlivňujících vědomí. Stále však přetrvávala hluboká porucha vědomí - na intenzivní podnět respondentka reagovala zvednutím horního rtu k nosu, během dne občas pohnula rukama, naznačovala pohyb nohou, spontánně otevírala oči bez fixace pohledu.

V průběhu dne bylo rozhodnuto o zahájení uplatňování bazální stimulace. Matka respondentky byla při návštěvě seznámena s danou metodou a byl s ní vyplněn dotazník – biografická anamnéza; místem iniciálního doteku byla stanovena pravá ruka, jako oslovení bylo určeno křestní jméno respondentky. Dále byly o respondentce zjištěny níže uvedené informace:

- nejbližší osobou je matka, která do dotazníku uvedla, že respondentku bude několikrát denně navštěvovat a zapojovat se do provádění bazální stimulace;
- respondentka je zvyklá dbát o své tělo, denně se umývá teplou vodou, vlasy je zvyklá umývat si 2x týdně - k mytí i k péči o tělo používá kosmetické přípravky zn. Dove;
- oblíbenou polohou při spánku je poloha na levém boku, běžně chodí spát velmi pozdě a vstává časně (okolo 8 hodiny ráno);
- je vegetariánka, jejím oblíbeným nápojem je voda, kávu pije pravidelně ráno a po obědě, velmi jí chutnají sýry;

- nemá problémy s vyprazdňováním, vidí a slyší dobře, často jí bývá zima;
- je v domácnosti, má ráda zvířata – má 3 psy rasy papillon (Meggy, Jenny a Eli) - je zvyklá na psí štěkot, 3x denně chodí se psy na dlouhé procházky; chová i dvě kočky (Dorys a Gladys); pravidelně cvičí jógu, chodí na aerobik;
- bolest snáší dobře, zátěžové situace snáší psychicky velmi špatně.

26. ledna 2014 – 1. den uplatňování metody bazální stimulace

Bazální stimulace byla zahájena – během dne byly provedeny techniky a prvky všech druhů bazální stimulace, vyjma stimulace vibrační a olfaktorické (čichové). Celkový stav respondentky se nezměnil, reakce měla stejné jako předchozí den, během dne často působila spíše neklidným dojmem. Matka přinesla předměty k bazální stimulaci – hygienické prostředky, rodinné fotografie a fotografie psů, knihu, DVD přehrávač a 5 DVD s oblíbenými filmy, dále pak domácí oblečení, ponožky, polštářek pod hlavu a barevné povlečení – okolí respondentky bylo ve spolupráci s matkou upraveno. Od tohoto dne byla respondentce naordinována každodenní rehabilitace - techniky měkkých tkání, mobilizace páteře a periferních kloubů a individuální léčebné techniky.

27. – 29. ledna 2014 – 2. až 4. den uplatňování metody bazální stimulace

Bazální stimulace byla uplatňována ve stejném rozsahu. Stav respondentky byl beze změny, matka docházela několikrát denně, s respondentkou si povídala, četla jí z knihy, pomáhala při provádění technik, během dne byly přehrávány filmy na DVD přehrávači.

30. ledna 2014 – 5. den uplatňování metody bazální stimulace

Respondentka dýchala spontánně bez problémů, stále s hlubokou poruchou vědomí, její reakce se však mírně zlepšily – při vyšetření byla schopna krátce zafixovat pohled a sledovat prst. Metoda byla prováděna ve stejném rozsahu, matka při návštěvě četla respondentce, prohlížela si s ní fotky, prováděla míčkování horních a dolních končetin.

31. ledna 2014 – 6. den uplatňování metody bazální stimulace

Stav respondentky byl oběhově stabilní, objevily se první náznaky odeznívajícího kóma, respondentka byla schopna na výzvu matky krátce zafixovat pohled, občas pohnula rukou nebo nohou (u nohy chodidlo krátce do flexe), v obličeji spontánní grimasy. Matka byla u respondentky téměř celý den, prováděla obvyklé činnosti. Při ranní vizitě a na základě konziliárního neurologického vyšetření bylo rozhodnuto o oslovení specializovaných pracovišť následné intenzivní péče (NIP) nebo dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče

(dále jen „DIOP“) – neurolog doporučil pracoviště v Chrudimi, Českém Brodě, Hradci Králové nebo v Neratovicích. Tato pracoviště byla postupně oslovena – nikde neměli místo – všechny zapsaly kontakty a slíbily, že v případě uvolnění místa zavolají.

1. února 2014 – 7. den uplatňování metody bazální stimulace

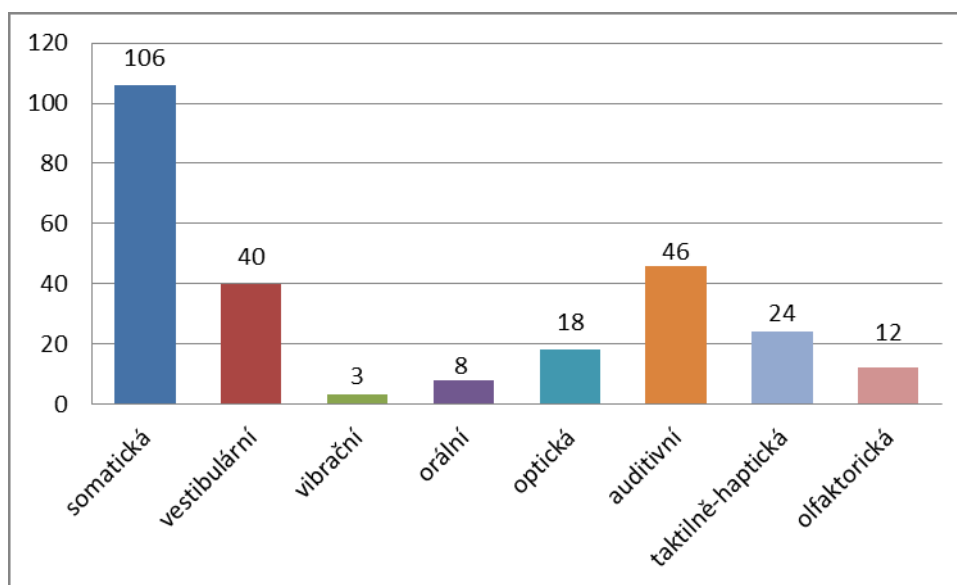
Bazální stimulace byla prováděna ve stejném rozsahu, došlo k mírnému zlepšení stavu - respondentka na výzvu otevřela oči a velmi krátce zafixovala pohled, občas pohnula rukou nebo nohou, pohyby i grimasy se chvílemi už nejevily jako spontánní. Matka přišla během dne dvakrát, pomáhala s ošetřováním, prováděla nastavbové prvky bazální stimulace.

2. února 2014 – 8. den uplatňování metody bazální stimulace

Bazální stimulace probíhala v zavedeném rozsahu, respondentka reagovala stejně. Návštěva matky od dopoledních hodin; odpoledne však došlo k akutní potřebě lůžka, proto bylo telefonicky dohodnuto přeložení respondentky na lůžko intenzivní péče na chirurgické oddělení.

- **Četnost provádění typů stimulací za dobu hospitalizace**

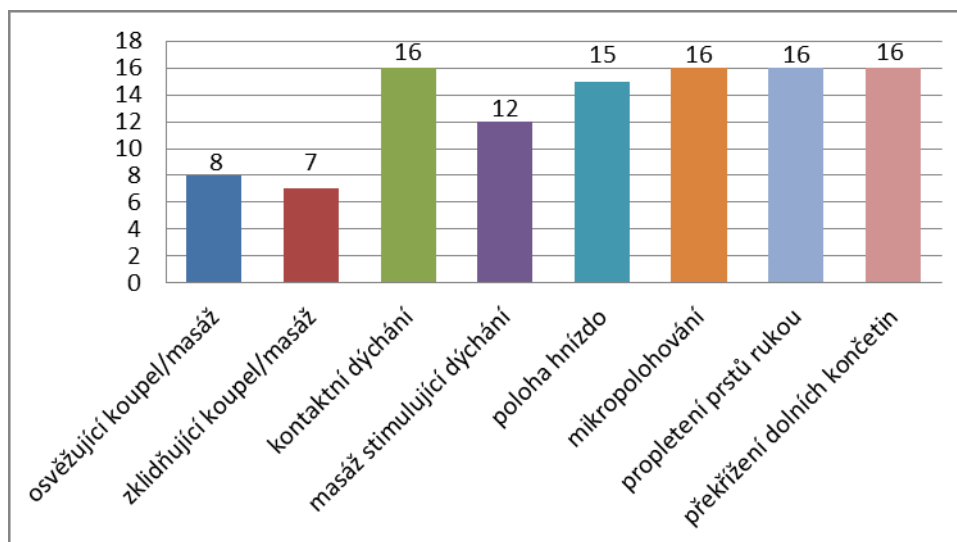
Během osmidenního využívání metody bazální stimulace bylo u respondentky provedeno celkem 257 technik nebo prvků dané metody - přehled jejich četnosti je uveden v grafu⁷¹.



Graf 4. Graf četnosti provádění jednotlivých druhů bazální stimulace u respondentky č. 1 za 8 dnů uplatňování metody

⁷¹ Do grafů četnosti provádění bazální stimulace u jednotlivých respondentů záměrně nezahrnuji iniciální dotek - prvek somatické bazální stimulace, který se na daném oddělení prováděl u každého z respondentů vždy při zahájení a ukončení jakékoliv činnosti s pacientem.

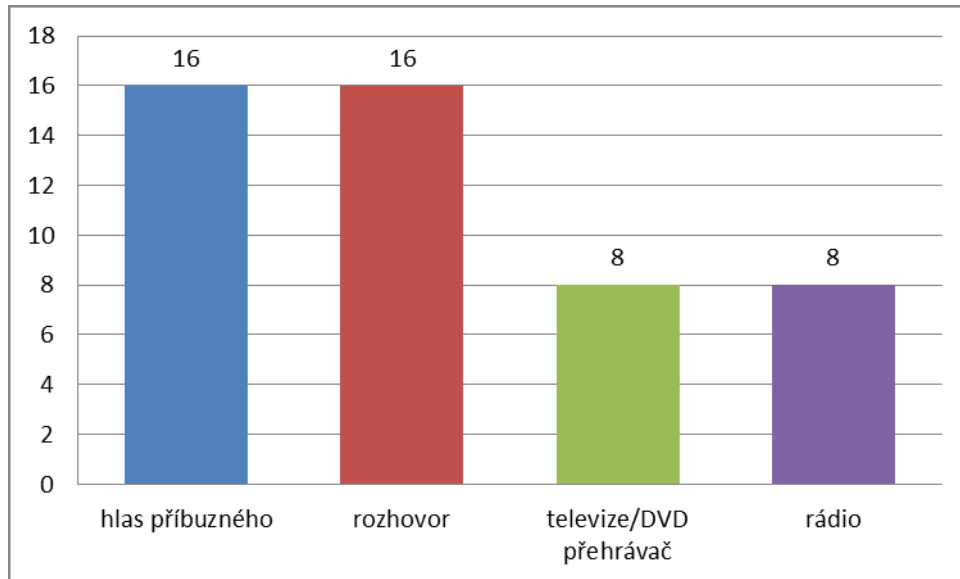
Z výše uvedeného grafu vyplývá, že nejvíce používaným druhem stimulace u dané respondentky byla stimulace somatická v celkovém počtu 106. Tato stimulace v daném případě zahrnovala provádění celkem 8 technik a prvků – jejich četnost uvádím níže v grafickém přehledu.



Graf 5. Přehled četnosti provádění technik a prvků somatické stimulace u respondentky č. 1 za 8 dnů uplatňování metody

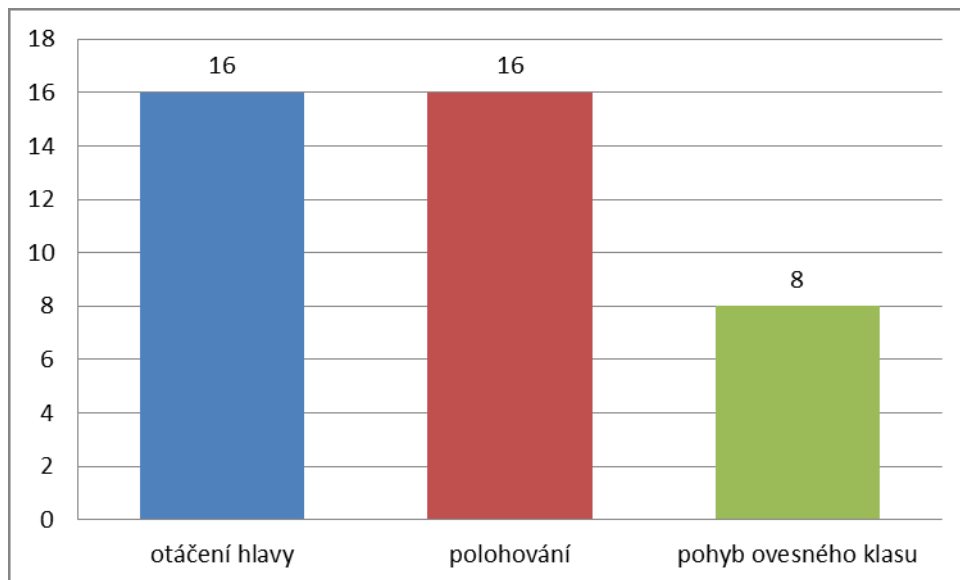
Jak vyplývá z výše uvedeného grafu, jednotlivé techniky a prvky somatické stimulace byly prováděny téměř 2x denně, osvěžující koupel/masáž vždy ráno a zklidňující koupel/masáž vždy večer před spaním. Masáže stimulující dýchání i kontaktní dýchání byly realizovány v souvislosti s potřebou provádění péče o dýchací cesty, z důvodu napojení na plicní ventilátor a trvalého pobytu na lůžku.

Druhá, u respondentky nejčastěji využívaná, byla auditivní stimulace (46), která zahrnovala v největším počtu hlas příbuzného (matka respondentky ji navštěvovala denně a byla u ní téměř celý den), rozhovory s pacientkou ze strany ošetřujícího personálu, pouštění televize/DVD a poslech rádia. Tuto skutečnost zobrazuje níže uvedený grafický přehled.



Graf 6. Přehled četnosti provádění prvků auditivní stimulace u respondentky č. 1 za 8 dnů uplatňování metody

Další často uplatňovanou stimulací byla vestibulární stimulace v počtu 40, která v daném případě zahrnovala provádění celkem tří druhů technik – otáčení hlavy, polohování a metodu tzv. pohybu ovesného klasu – viz grafický přehled uvedený níže.



Graf 7. Přehled četnosti provádění technik vestibulární stimulace u respondentky č. 1 za 8 dnů uplatňování metody

- **Dílčí závěr:**

Tato případová studie prezentuje osmidenní uplatňování procesu bazální stimulace u respondentky, která byla fyzicky napadena. Následkem napadení bylo několik poranění hlavy i ostatních částí těla a především hluboké bezvědomí, které přetrvávalo i po vysazení tlumících léků. S nasazením obvyklé léčby bylo s pomocí intenzivní spolupráce matky respondentky zahájeno uplatňování metody bazální stimulace, kterou pacientka dobře snášela, neboť po šesti dnech uplatňování dané metody se začaly u pacientky projevovat mírná zlepšení - pacientka nejdříve začala reagovat na hlas matky, postupně reagovala i na okolní podněty. Bohužel, z důvodu akutního nedostatku lůžek byla po osmi dnech uplatňování bazální stimulace pacientka přeložena na jiné oddělení v nemocnici, kde však v bazální stimulaci nebylo možné pokračovat, protože dané oddělení ji neprovádí.

PŘÍPADOVÁ STUDIE Č. 2

Respondentem č. 2 je muž ve věku 74 roků. Trvalé bydliště má v malé obci u Velkého Meziříčí.

- **Rodinná anamnéza:**

Respondent je vdovec, nemá děti a žije sám. Nejbližším příbuzným je bratr, který žije společně se svou rodinou ve stejné obci. V rodině se nevyskytují žádná závažná onemocnění.

- **Osobní anamnéza:**

Respondent se v současné době s ničím závažným neléčil, měl pouze diabetes mellitus na dietě. Žádné léky neužíval.

- **Důvod přijetí na ARO**

Dne 2. února 2014 respondent jako řidič osobního automobilu havaroval na náledí poblíž Brna – šlo o čelní náraz. Během transportu Zdravotnickou záchrannou službou Jihomoravského kraje do Fakultní nemocnice v Brně u něho došlo k selhání dechových funkcí z důvodu pneumotoraxu a následně i k osmiminutové srdeční zástavě. Respondent utrpěl mnohá poranění a byl akutně operován. Jeho stav byl velmi vážný – došlo u něho k protržení pobřišnice a střeva, zlomenině lopatky, hrudní kosti i několika žeber na pravé i levé straně, zhmoždění plic, zhmoždění a poškození mozku, které následně způsobovalo

epileptickou aktivitu, která v průběhu několika dnů po havárii odezněla. Následně byl respondent několik dnů napojen na umělou plicní ventilaci a z důvodu epileptické aktivity mozku byl do 17. února udržován v umělém spánku. Po odtlumení u něho přetrvávalo kóma.

• **Popis průběhu hospitalizace na ARO a uplatňování metody stimulace**

Respondent byl z Fakultní nemocnice Brno přeložen na ARO dne 21. února 2014, zde byl hospitalizován do 13. března 2014.

21. února 2014

Při přijetí byl respondentův stav stabilní, dýchal spontánně přes zavedenou tracheostomii, kóma po odtlumení přetrvávalo. Na výzvu respondent nereagoval, občas spontánně otevřel oči, nepohyboval ani rukama ani nohama. Hned při přijetí na ARO byl shledán vhodným pro zahájení uplatňování metody bazální stimulace. Bratr respondenta byl tentýž den při návštěvě kontaktován a byla s ním zpracována biografická anamnéza. Místem iniciálního doteku bylo určeno pravé rameno; jako oslovení bylo zvoleno „pane“ plus pacientovo příjmení. V rámci biografické anamnézy byly o respondentovi zjištěny níže uvedené informace:

- blízkou osobou je respondentův bratr;
- respondent je pravák, je zvyklý se denně umývat vlažnou vodou a mýt si vlasy jedenkrát týdně, nepreferuje žádnou značku kosmetiky – prostředky pro péči o tělo i hygienické pomůcky má u sebe, holí se klasicky žiletkou
- vzhledem k tomu, že je vdovec a žije sám, není zvyklý na tělesný kontakt;
- chodí brzy spát a vstává velmi brzy, okna pro spaní hodně nezatemňuje, příkrývkou si překrývá ramena a spí denně cca 8 hodin;
- na jídlo si respondent rád dává maso, chléb, brambory, salátové okurky a jogurty; je zvyklý pít kakao, kávu, čaj, jedenkrát denně pivo; nemá rád cibuli, luštěniny, kynuté knedlíky a jakékoliv houby, obtížně polyká vařené vajíčko;
- respondent netrpí zažívacími potížemi, slyší dobře, nemá poruchu zraku a nenosí brýle, pouze používá oční kapky;
- je zvyklý se často procházet, jezdí na kole, chodí plavat, jeho zálibou je chov králíků;
- respondent je věřící a bolest snáší dobře.

22. února 2014 – 1. den uplatňování metody bazální stimulace

Uplatňování metody bazální stimulace bylo zahájeno – během dne byly provedeny techniky a prvky všech druhů bazální stimulace, zatím v omezeném rozsahu - pouze iniciální doteky a oslovení, zklidňující a osvěžující koupel/masáž, kontaktní dýchání, poloha hnízdo, otáčení hlavy, polohování celého těla a auditivní stimulace – mluvení respondentova bratra při návštěvě. Celkový stav respondenta se nezměnil, reakce měl stejné jako v den přijetí. Bratr respondenta přinesl v odpoledních hodinách věci pro úpravu respondentova prostředí – fotografie blízkých osob, knihu, malé rádio, domácí oblečení, ponožky, polštářek pod hlavu a barevné povlečení.

23. února 2014 – 2. den uplatňování metody bazální stimulace

Bazální stimulace u respondenta byla uplatňována ve stejném rozsahu. Pacientův stav byl stejný, reakce také.

24. února 2014 – 3. den uplatňování metody bazální stimulace

Kromě zavedených technik a prvků bazální stimulace bylo přidáno mikropolohování a proplétání prstů rukou, v rámci nastavbových prvků přibyl poslech rádia. U pacienta se objevily náznaky mírného zlepšení vnímání – v dokumentaci je doslova zapsáno: „*pacient při světlejší chvílce průkazně mrká na souhlas*“. Jiné změny u pacienta nebyly personálem shledány. Od tohoto dne byla pacientovi naordinována každodenní rehabilitace – dle dokumentace šlo o techniky měkkých tkání, mobilizace páteře a periferních kloubů, individuální léčebné techniky na neurofyziologickém podkladě a kondiční a analytické metody.

25. – 28. února 2014 – 4. až 7. den uplatňování metody bazální stimulace

Bazální stimulace prováděna postupně prováděna téměř v celém rozsahu včetně masáže stimulující dýchání s vibrací, dle dokumentace v daném období neprovedena hmatová stimulace. Vyzkoušena byla i orální stimulace – pudink do úst a káva, avšak bez dokumentovaných reakcí.

Respondent zpočátku reagoval na bolestivé podněty přivíráním očí, oči občas otevíral, avšak bez fixace pohledu, postupem času pohled krátkodobě fixoval a sledoval okolí, byl schopen mrknout očima na souhlas, objevovala se „*snad snaha promluvit*“. Na výzvu: 'vyplázněte jazyk' se usmál, občas se usmál i na oslovení, v dokumentaci z 28. února je

uvedeno: „*na některé dotazy reaguje pozitivně a přivře oči, usmívá se a přikývne hlavou*“. Za celé období však respondent nepohnul žádnou z končetin ani jinak nenaznačoval pohyb.

1. – 7. března 2014 - 8. až 14 den uplatňování metody bazální stimulace

Bazální stimulace byla u respondenta prováděna téměř v plném rozsahu, přidány byly nastavbové prvky - zrakově-sluchová stimulace (sledování televize, pravidelné rozhovory s respondentem), pacient byl oblečen do osobního prádla. Z fyziologického hlediska byl pacient shledáván jako oběhově stabilní.

V průběhu tohoto období byl respondentův stav vědomí obdobný předcházejícímu období – na dotazy jasně reagoval mrkáním na souhlas, byl schopen sledovat okolí a dobře fixovat pohled, například na bratra, který ho pravidelně navštěvoval. Ke konci tohoto období začal naznačovat spontánní pohyby horní a ojediněle i dolní končetinou, koncem období (6. března) v dokumentaci uvedeno: „*na výzvu snad náznak pohybu pravou horní končetinou*“. Jiné změny u pacienta neshledány – pacient nebyl schopen vyhovět na výzvu, aby stiskl ruku nebo vyplázl jazyk, pouze „*vzdychne a mrkne*“. Dne 5. března byl respondentův zdravotní stav konzultován s příbuznými, na jehož základě byl dne 7. března telefonicky dohodnut překlad pacienta na pracoviště dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče (DIOP) v Nemocnici Třebíč, p. o. – předběžný termín byl stanoven na 13. března.

8. – 13. března 2014 – 15. až 20. den uplatňování metody bazální stimulace

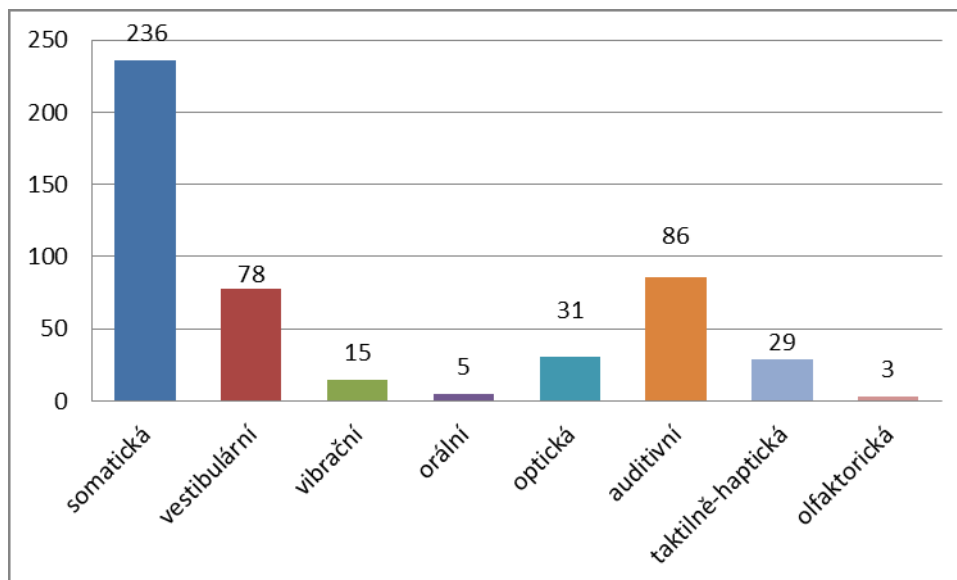
Bazální stimulace byla stále uplatňována v zavedeném rozsahu – ke konci období při celkovém zlepšení stavu (11. března) proběhl u respondenta opětovný pokus orální stimulace resp. pokus příjmu stravy ústy – respondent se tentokrát velmi snažil, nejdříve přijmul trošku piva, později snědl až polovinu přesnídávky.

Během sledovaného období se stav respondenta viditelně zlepšoval - kromě výše uvedených reakcí a komunikačních prostředků přibyly grimasy v obličeji jako reakce při komunikaci, lepší a živější pohyby horními i dolními končetinami (zejména při provádění hygieny), respondent se snažil odpovídat na jednoduché dotazy, artikulovat, přikývnout hlavou. Byl také schopen stisknout ruku - zpočátku lehce, později výrazněji. Na respondenta velmi dobře působili příbuzní, kteří ho navštěvovali – po jejich odchodu byl vždy viditelně živější, snažil se něco říkat.

Dne 13. března v dopoledních hodinách byl dle plánu přeložen na pracoviště DIOP v Třebíči.

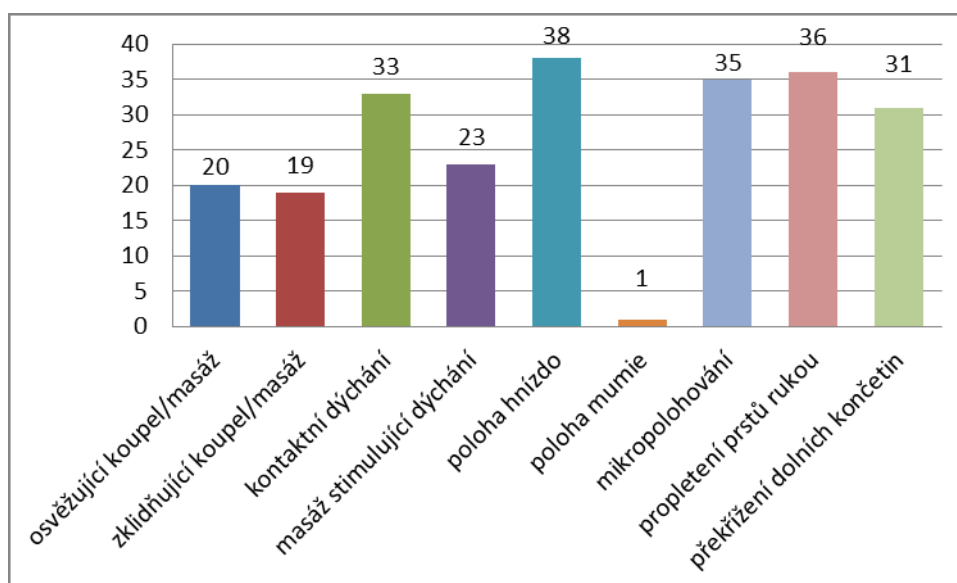
- Četnost provádění typů stimulací za dobu hospitalizace

Během dvaceti dnů využívání metody bazální stimulace bylo u respondenta provedeno celkem 483 technik či prvků dané metody – jejich četnost prezentuje níže uvedený graf.



Graf 8 Graf četnosti provádění jednotlivých druhů bazální stimulace u respondenta č. 2 za 20 dnů uplatňování metody

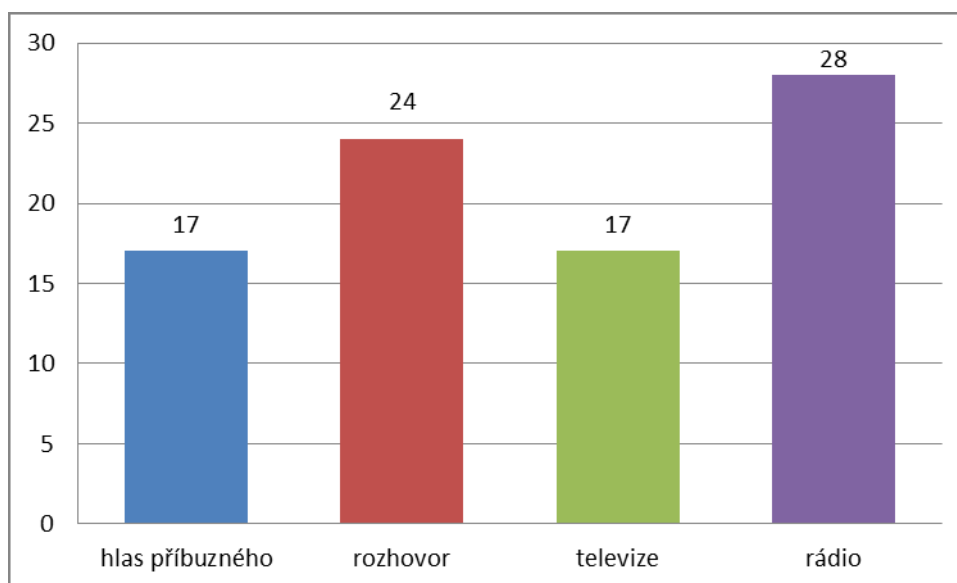
Výše uvedený přehled prezentuje, že nejčastěji využívaným druhem stimulace u daného respondenta byla stimulace somatická (236). Ta zahrnovala celkem 9 typů technik a prvků – viz přehled níže.



Graf 9. Přehled četnosti provádění technik a prvků somatické stimulace u respondenta č. 2 za 20 dnů uplatňování metody

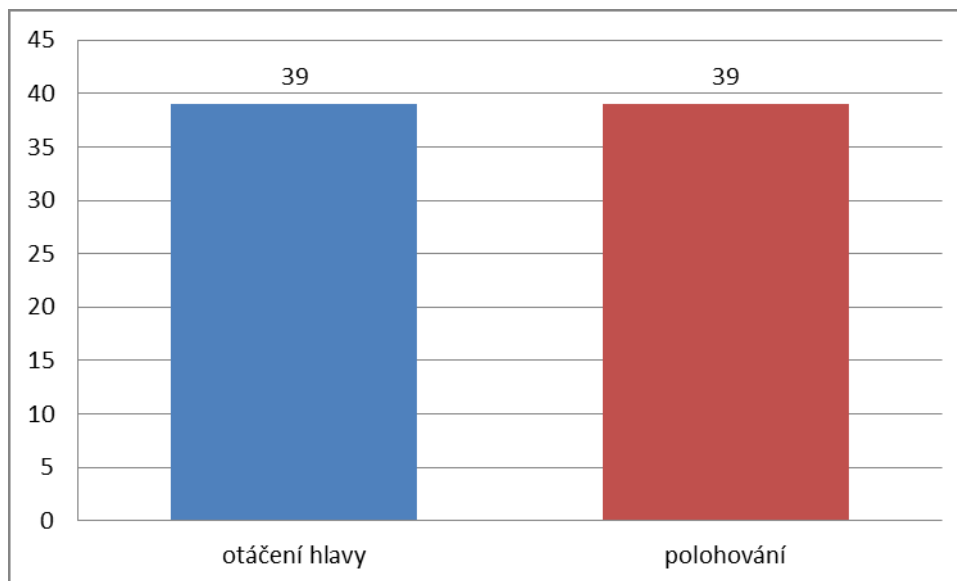
Výše uvedený graf ukazuje, že za 20 dnů uplatňování metody bazální stimulace bylo pět technik prováděno téměř dvakrát denně (poloha hnízdo, propletení prstů rukou, mikropolohování, kontaktní dýchání a překřížení dolních končetin). Další prováděnou technikou byla masáž stimulující dýchání s využitím vibrace, pravidelně ráno byla prováděna osvěžující koupel/masáž, večer koupel/masáž zklidňující.

Druhou, nejčastěji využívanou byla auditivní stimulace v počtu 86 za 20 dnů uplatňování metody. V největší míře zahrnovala tato stimulace poslech rádia a cílené rozhovory, ve stejném rozsahu poslouchal respondent televizi a hlas příbuzných – viz graf uvedený níže.



Graf 10. Přehled četnosti provádění prvků auditivní stimulace u respondenta č. 2 za 20 dnů uplatňování metody

Třetí v pořadí se umístila vestibulární stimulace, která byla provedena celkem 78krát za 20 dnů uplatňování dané metody. U respondenta č. 2 zahrnovala tato stimulace pouze provedení 39 otáčení hlavy a polohování celého těla – také v počtu 39. S ohledem na rozsah poranění nebyl u respondenta za celé období uplatňování metody bazální stimulace prováděn pohyb ovesného klasu. Četnosti provádění technik vestibulární stimulace zobrazuje níže uvedený graf.



Graf 11. Přehled četnosti provádění technik vestibulární stimulace u respondenta č. 2 za 20 dnů uplatňování metody

- **Dílčí závěr:**

Tato případová studie zachycuje dvacetidenní využívání metody bazální stimulace u 74letého respondenta s četnými poraněními na celém těle z důvodu havárie při náledí – čelního střetu s jiným osobním vozidlem. Pacient při havárii upadl do bezvědomí, proběhla u něho zástava srdeční činnosti po dobu 8 minut, byl napojen na umělou plicní ventilaci. Několikrát byl operován pro masivní krvácení v dutině břišní, v rámci rekonvalescence musel být tlumen pro epileptickou aktivitu mozku v důsledku jeho zhmoždění.

Na ARO byl přijat ve stabilizovaném stavu, z hlediska vědomí v kómatu a bez jakýchkoliv reakcí. Od druhého dne u něho byla zahájena bazální stimulace (základní i nastavbové prvky), která trvala celkem 20 dnů. Během této doby se pacient postupně zlepšoval – při provádění nastavbových prvků nejdříve reagoval očima a pohledem, postupně začal kývat hlavou, hýbat končetinami a byl schopen stisknout ruku. Ke konci hospitalizace byl schopen v určité míře přijímat potravu ústy, snažil se i o verbální komunikaci, která mu z důvodu zavedené tracheostomie nešla. Pacient byl přeložen na DIOP v Nemocnici Třebíč, p. o. ve stabilizovaném stavu, byl schopen komunikovat na omezené úrovni, jeho prognóza se při propuštění jevila jako příznivá.

PŘÍPADOVÁ STUDIE Č. 3

Respondentem č. 3 je muž ve věku 66 roků. Trvalé bydliště má v malé obci u Bystřice nad Pernštejnem.

- **Rodinná anamnéza:**

Respondent je ženatý, má dvě děti – dceru a syna. Jeho nejbližšími příbuznými jsou manželka a dcera. V rodině se nevyskytují žádná závažná onemocnění.

- **Osobní anamnéza:**

Respondent se léčí s diabetem melitus II. stupně, s vysokým krevním tlakem, dále trpí dnou.

- **Důvod přijetí na ARO**

Dne 18. září 2014 došlo u respondenta k centrální mozkové příhodě (dále jen „CMP“) v pravé části mozku s následkem středně těžkého levostranného centrálního ochrnutí. Respondent byl přijat na iktové centrum v Nemocnici Nové Město na Moravě, p. o., kde mu byla urychleně provedena všechna potřebná vyšetření. Z důvodu stále se zhoršujícího stavu byl respondent, po konzultaci se specializovaným neurochirurgickým pracovištěm v Brně, urgentně na toto pracoviště přeložen, aby mohl být případně operován. K operaci však nedošlo a respondent byl léčen „konzervativně“. Během hospitalizace však u něho postupně došlo k poruše vědomí – dle zápisu ve zdravotnické dokumentaci šlo o tzv. „hlubokou somnolenci⁷² až sopor⁷³“.

- **Popis průběhu hospitalizace na ARO a uplatňování metody stimulace**

Soporózní pacient, napojený na řízené plicní ventilaci, byl přeložen na ARO novoměstské nemocnice dne 30. září 2014 – na tomto oddělení byl hospitalizován do 23. října 2015.

30. září 2014

Při přijetí byl respondentův stav oběhově stabilní, respondent byl částečně tlumen a dýchal pomocí řízené ventilace. Nereagoval na oslovení, pouze při algickém podnětu naznačoval

⁷² Somnolence je prvním – nejlehčím stupněm kvantitativní poruchy vědomí, která je charakterizována celkem třemi stupni. Somnolentní pacienty je možné poměrně lehce probudit slovem a pacient je schopen komunikovat. Nicméně jakmile pacient není stimulován (slovem, dotekem), upadne opět do spánku (Koláčná, in: Šamánková, 2011, s. 69).

⁷³ Sopor je druhým stupněm kvantitativní poruchy vědomí. Soporózního pacienta není možné probudit slovem, pacient reaguje pouze na bolestivé stimuly např. nesrozumitelným zvukem nebo odtazením těla. Komunikaci není možné s pacientem navázat, reaguje pouze otevřením očí, gestem nebo mimikou (Koláčná, in: Šamánková, 2011, s. 69).

reakci pravou horní končetinou (levou stranu těla měl respondent ochrnutou). Při manipulaci respondent otevíral oči a naznačoval pohyby pravou horní a dolní končetinou. Ve večerních hodinách měl pacient záchvatovité zrychlené dýchání se zvýšením tlakem krve. Respondentovi byly podány léky pro zklidnění.

1. října 2014

Během dne byly respondentovi vysazeny tlumící léky, jeho stav byl nezměněn. Od tohoto dne mu byla naordinována individuální léčebná rehabilitace – dle dokumentace šlo o denně prováděné techniky měkkých tkání, o mobilizaci páteře a periferních kloubů, dále pak o individuální léčebné techniky na neurofyzilogickém podkladě, kondiční a analytické metody a cviky podporující pohybové schopnosti.

2. října 2014

U respondenta dochází k nepatrnému zlepšení stavu vědomí a komunikačních schopností, je schopen zamrkat pro souhlas, naznačit pohyb pravou horní a dolní končetinou, na požádání kývnout i vypláznout jazyk a také naznačit stisk ruky. Levou stranu má respondent stále ochrnutou. Během dopoledne bylo v rámci týmu rozhodnuto o zahájení uplatňování metody bazální stimulace. Při odpolední návštěvě respondentovy manželky s dcerou byla oběma tato metoda podrobně vysvětlena a byl s nimi vyplněn dotazník, týkající se biografické anamnézy. Místem iniciálního doteku bylo určeno pravé rameno, jako oslovení bylo stanoveno „pane“ plus respondentovo příjmení. O respondentovi byly zjištěny níže uvedené informace:

- blízkými osobami jsou respondentova manželka a dcera;
- respondent je pravák, je zvyklý denně pečovat o své tělo, sprchuje se nejraději sám (bez pomoci) a teplou vodou, vlasy si umývá každý druhý den, holí se mokrou cestou – všechny prostředky pro hygienu má pacient u sebe;
- na tělesný kontakt je respondent zvyklý, rodině není známo žádné místo, na kterém by neměl rád dotek;
- respondent spí denně cca 7 hodin, spává na pravém boku, při spaní není zvyklý být celý zakrytý ani mít hodně zatemněno, chodí dosti pozdě spát a po obědě si vždy rád odpočine;
- má rád teplé jídlo, spíše v pevné konzistenci, nejraději má svíčkou, nesnáší bílé omáčky; je zvyklý pít vodu a kávu;

- nemá žádné potíže s vyprazdňováním, slyší dobře, nosí brýle na čtení, často se potí;
- respondent je věřící, rád poslouchá dechovku, často chodí na procházky, mezi jeho koníčky patří sport - hraje hokej a fotbal (fotbal aktivně hrál do svých 43 let);
- před nástupem do důchodu 1. dubna 2014 pracoval respondent jako technik;
- má dvě děti – dceru a syna, dále tři vnoučata⁷⁴;
- respondent dobře snáší bolesti i zátěžové situace.

3. října 2014 – 1. den uplatňování metody bazální stimulace

Bazální stimulace byla zahájena v obvyklém rozsahu – základní techniky a prvky (iniciální dotek, ráno osvěžující a večer zklidňující koupel/masáž, kontaktní dýchání, masáž stimulující dýchání, poloha hnízdo, mikropolohování, propletení prstů rukou a překřížení dolních končetin), vestibulární techniky (otáčení hlavy a polohování) a dále - prozatím v omezeném rozsahu prvky nastavbové stimulace (auditivní a orální stimulace). Stav respondenta zůstal nezměněn, pouze v rámci orální stimulace při podávání čaje se mu podařilo několikrát jej s obtížemi polknout.

4. - 5. října 2014 – 2. až 3. den uplatňování metody bazální stimulace

Bazální stimulace byla rozšířena o nastavbové prvky, neboť příbuzní přinesli fotografie členů rodiny, pacientovy oblíbené obrázky, DVD přehrávač, DVD s oblíbenými filmy a rádio. Při snaze navázat komunikaci se respondent snažil otevřít oči, avšak bez úspěchu. Nicméně kývnutím hlavy respondent prokazoval určitou úroveň vnímání.

6. října 2014 – 4. den uplatňování metody bazální stimulace

Bazální stimulace byla uplatňována ve stejném rozsahu, jako předchozí den. Během dne se však respondentův stav zhoršil – přestal reagovat na oslovení, neotevřel oči, nepohyboval ani pravými končetinami. Až během odpoledne se jeho stav vědomí mírně zlepšil, a to když jej navštívila rodina. Ta se s ním během celé návštěvy snažila komunikovat, vyzývala jej k reakcím, pomáhala při orální stimulaci. Ve zdravotnické dokumentaci je tato návštěva definována jako „dobrý kontakt s rodinou“, na základě kterého respondent znovu zvýšil svou aktivitu – na požádání byl schopen stisknout ruku (při dotazu, zda chce sledovat večerní zprávy), také projevil chuť na kávu. Od tohoto dne rodina navštěvovala respondenta každý den a pomáhala s prováděním nastavbových prvků bazální stimulace.

⁷⁴ V dotazníku jsou uvedena jejich přesná jména a věk.

7. – 9. října 2014 – 5. až 7. den uplatňování metody bazální stimulace

V tomto období byla intenzivně uplatňována bazální stimulace v zavedeném rozsahu, navíc byl respondent oblečen do vlastního, rodinou přineseného, osobního oblečení, jeho lůžko bylo povlečeno do barevných lůžkovin. Respondentův stav se mírně zlepšoval – postupně mu byla snižována podpora dýchání, zlepšoval se i stav vědomí – velký vliv na respondenta měly každodenní návštěvy rodiny, při kterých „živě komunikoval“. Respondent se velmi snažil komunikovat, byl schopen vyhovět na výzvu – stisknout ruku či vypláznout jazyk. Ke konci období pohyboval pravou horní a dolní končetinou, otevíral oči a kýval hlavou a zejména byl schopen přijímat stravu ústy (např. přesnídávkou či jogurt).

10. října 2014 – 8. den uplatňování metody bazální stimulace

Metoda bazální stimulace byla využívána s využitím stejných technik a prvků jako v předchozí dny. Respondentův stav se však v průběhu noci zhoršil – respondent přestal reagovat. Hned ráno mu bylo provedeno kontrolní CT mozku a výsledky byly konzultovány se specializovaným pracovištěm v Brně – dle názoru specialistů byla respondentova prognóza spíše nepříznivá, nicméně bylo třeba i nadále pokračovat v zavedené konzervativní léčbě včetně využívání metody bazální stimulace. Tyto informace byly předány i rodině při návštěvě.

11. – 12. října 2014 – 9. a 10. den uplatňování bazální stimulace

Bazální stimulace byla uplatňována ve stejném rozsahu. Respondentův stav vědomí se v průběhu daného období nezměnil.

13. října 2014 – 11. den uplatňování bazální stimulace

Bazální stimulace byla ve spolupráci s rodinou nadále uplatňována v zavedeném spektru technik a prvků. V průběhu dne se respondentův stav mírně zlepšil – respondent byl opět „živější“ - snažil se spolupracovat, komunikoval prostřednictvím očí a kýváním hlavy, naznačoval pohyby pravou horní a dolní končetinou. I schopnosti přijímat potravu se u respondenta zlepšily – byl znovu schopen polykat (snědl polovinu jogurtu i část kašovitě večeře).

14. – 16. října 2014 – 12. až 14. den uplatňování bazální stimulace

V průběhu daného období bazální stimulace i nadále uplatňována i ve spolupráci s rodinou. Respondentův stav se opět mírně zlepšil – byl velmi snaživý a rodina také – každý den za

respondentem docházela buď manželka, nebo dcera – obě pomáhaly při realizaci nastavbových prvků bazální stimulace – prohlížely si s respondentem fotografie, obrázky, četly mu z knih, snažily se v podstatě o to, aby respondent co nejvíce komunikoval. Během tohoto období se u respondenta zlepšila mobilita (byl schopen sedět s nohama přes okraj lůžka a sledovat se zájmem televizi) i schopnosti přijímat potravu (respondent snědl celou porci jídla, která mu byla podávána).

17. – 19. října 2014 – 15. až 17. den uplatňování bazální stimulace

Bazální stimulace využívána ve stejném spektru, jak byla zavedena. V tomto období se respondentův celkový stav významně zlepšoval, během dne seděl několikrát v křesle a sledoval televizi nebo poslouchal MP3 přehrávač. Stav vědomí byl také lepší – respondent velmi dobře reagoval – na výzvu vyplázl jazyk, stiskl velmi silně pravou ruku i pravou nohu byl schopen zvednout nad podložku. Respondentova mobilita byla trénována v rámci individuální rehabilitace, kdy nacvičoval stoj i chůzi s protetickými pomůckami. Významnou pozitivní změnou byly náznaky pohybu končetinami na ochrnuté levé straně a také snaha mluvit (i když velmi tiše), což se respondentovi dařilo. Na konci sledovaného období byl respondent schopen stisknout levou ruku a zvednout dolní končetinu.

20. – 22. října 2014 – 18. až 20. den uplatňování bazální stimulace

Bazální stimulace byla u respondenta i nadále uplatňována ve stejném rozsahu. Respondentova mobilita se stále zlepšovala, levou dolní končetinu byl schopen nadzvednout nad podložku, jen levou ruku prozatím pouze stiskl, avšak nenadzvedl nad podložku. V průběhu období byl respondentův celkový stav vyšetřen neurologem, se kterým byl dohodnutý jeho překlad na tzv. rehabilitační lůžko v rámci neurologického oddělení⁷⁵.

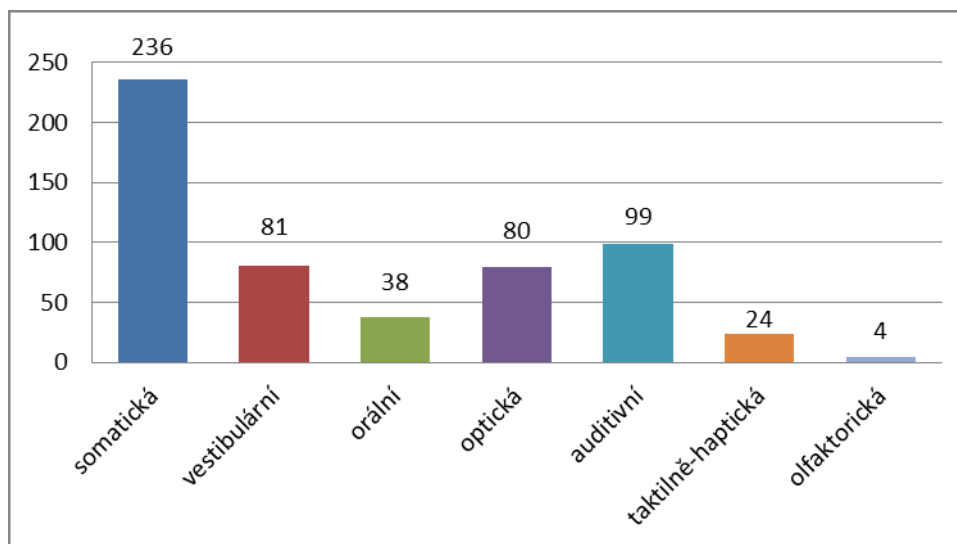
23. října 2014 – 21. den uplatňování bazální stimulace

V den překlada respondenta byla bazální stimulace i nadále uplatňována v zavedeném spektru. Respondentův stav se opět mírně zlepšil – respondent dokázal komunikovat velmi potichu verbálně i naznačovat pohyby levou horní končetinou v lokti. Respondent byl v podvečerních hodinách přeložen na neurologické oddělení s příznivou prognózou.

⁷⁵ Neurologické oddělení je přímo napojeno na nově vybudované rehabilitační oddělení, vybavené nejmodernější přístrojovou technikou pro rehabilitaci pacientů po centrálních mozkových příhodách.

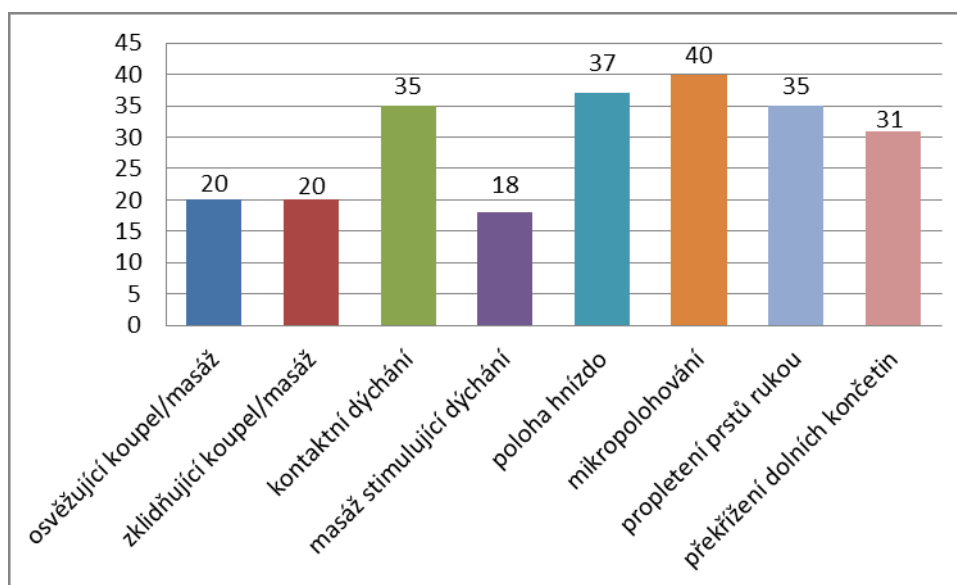
- Četnost provádění typů stimulací za dobu hospitalizace

Metoda bazální stimulace byla u respondenta č. 3 uplatňována celkem 21 dnů. Během tohoto období bylo u respondenta provedeno celkem 562 technik a prvků dané metody – rozdělení tohoto počtu na jednotlivé druhy stimulací prezentuje níže uvedený graf.



Graf 12 Graf četnosti provádění jednotlivých druhů bazální stimulace u respondenta č. 3 za 21 dnů uplatňování metody

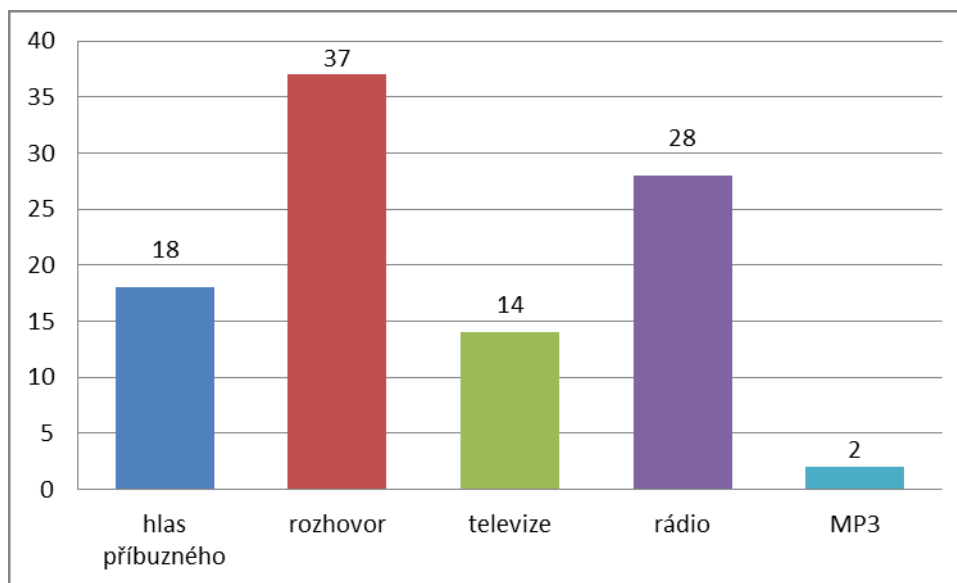
Výše uvedený graf vypovídá, že nejčastěji byly u respondenta prováděny techniky a prvky somatické stimulace (236). Celkem se jednalo o 9 druhů – jejich četnost uvádím níže.



Graf 13. Přehled četnosti provádění technik a prvků somatické stimulace u respondenta č. 3 za 21 dnů uplatňování metody

Z grafu vyplývá, že techniky a prvky somatické stimulace byly u daného respondenta prováděny ve velké míře - většina jich byla uplatňována téměř 2x denně. S ohledem na pacientovo onemocnění, jímž bylo prodělání centrální mozkové příhody s následkem ochrnutí levé části těla, mi však není jasné, proč u respondenta nebyla v rámci uplatňování bazální stimulace pravidelně prováděna speciální neurofyziologická koupel/masáž, určená právě pro pacienty s poruchami hybnosti na jedné polovině těla či na její části. Je velmi pravděpodobné, že uplatňování této techniky by mohlo mít na respondenta resp. na jeho kvalitu vnímání postižené levé části těla příznivější vliv, než standardně používané osvěžující a zklidňující masáže⁷⁶.

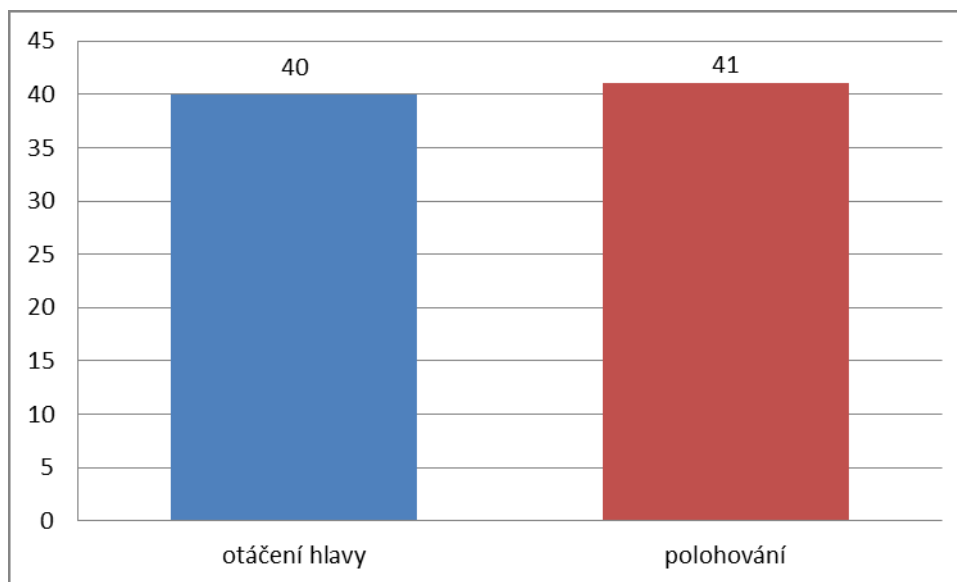
Druhou nejčastěji u respondenta uplatňovanou stimulací byla stimulace auditivní v počtu 99, zahrnující v největší míře rozhovor a poslech rádia. Za respondentem téměř denně docházeli jeho příbuzní, proto i hlas příbuzných je zastoupen ve vysokém počtu (jak vyplývá z výše uvedeného popisu hospitalizace, návštěva příbuzných měla na respondenta a jeho rekonvalescenci velmi pozitivní vliv).



Graf 14. Přehled četnosti provádění prvků auditivní stimulace u respondenta č. 3 za 21 dnů uplatňování metody

⁷⁶ Neurofyziologická koupel/masáž je popsána v teoretické části této práce článku 3. 1.

Třetím, u respondenta č. 3 nejčastěji užívaným druhem bazální stimulace byla vestibulární stimulace v počtu 81 za celkem 21 dnů uplatňování dané metody. Ta zahrnovala v téměř stejném počtu otáčení hlavy a polohování - jejich četnost prezentuje níže uvedený graf.



Graf 15. Přehled četnosti provádění technik vestibulární stimulace u respondenta č. 3 za 21 dnů uplatňování metody

- **Dílčí závěr:**

Tato třetí případová studie popisuje jedenadvacetidenní uplatňování metody bazální stimulace v rámci péče o šestašedesátiletého pacienta po prodělání CMP s následkem ochrnutí levé části těla. Při přijetí bylo pacientovo vnímání na velmi nízké úrovni - pacient nereagoval téměř na žádné podněty. V průběhu hospitalizace s intenzivním uplatňováním bazální stimulace se jeho stav proměňoval – zpočátku byl beze změn, po několikadenním neměnném stavu se respondentovo vnímání ještě zhoršilo a jeho stav byl neurologem - specialistou na základě diagnostických vyšetření vyhodnocen jako spíše nepříznivý. I přes nepříznivou respondentovu prognózu bylo i nadále pokračováno v konzervativní léčbě a především také i v uplatňování bazální stimulace – dle monitoringu uplatňování jednotlivých prvků a metod byly ve velké míře uplatňovány nastavbové prvky. Je velmi pravděpodobné, že i díky bazální stimulaci se začal respondentův stav vědomí resp. jeho celkový stav od 11. dne uplatňování dané metody významně zlepšovat. Během následujících 10 dnů se u pacienta zlepšilo vnímání sebe i okolí, pacient začal více komunikovat, zajímat se o okolí, měl zájem jíst ústy a hýbat se. Na konci hospitalizace, při

překladač na tzv. rehabilitační lůžko v rámci neurologického oddělení dané nemocnice byl pacient schopen sám se najíst, tiše mluvit a dokonce schopen hýbat do té doby ochrnutými levými končetinami (levou nohou lépe, levou rukou hůře). Skutečnost, že pacient začal postupně vnímat i postiženou levou část těla, bylo velkým úspěchem a také přínosem pro kvalitu jeho budoucího života. Po 21 dnech uplatňování bazální stimulace byl pacient přeložen na neurologické oddělení s celkem příznivou prognózou. Bohužel, v bazální stimulaci však nemohlo být u pacienta pokračováno, protože na neurologickém oddělení není tato metoda zavedena.

5.3 Shrnutí, analýza získaných dat

V provedeném výzkumu, týkajícího se problematiky bazální stimulace u poskytovatelů zdravotních služeb, jsem se v obecném slova smyslu zaměřila na proces uplatňování této metody. Zajímala jsem se o prostředí, ve kterém je bazální stimulace uplatňována, o charakteristiku příjemců uplatňování metody, nejčastěji používané komunikační prostředky, dále také o činnosti personálu při uplatňování této metody i o způsoby a význam zapojení rodiny i přínosy uplatňování této pedagogicko-ošetrovatelské metody, zejména z pohledu pomáhajících profesionálů – všeobecných sester. Tyto údaje jsem získávala pomocí polostrukturovaných individuálních rozhovorů s všeobecnými sestrami a dále pak pomocí analýzy dokumentů a zdravotních dokumentací pacientů, u kterých byla v rámci hospitalizace uplatňována metoda bazální stimulace – na jejich základě jsem zpracovala tři případové studie.

Pro výzkumnou část jsem si, v souvislosti se stanoveným hlavním cílem diplomové práce, stanovila šest dílčích výzkumných otázek ve znění:

- DVO 1: V jakém prostředí a za jakých podmínek je bazální stimulace uplatňována?
- DVO 2: Jaká je základní charakteristika pacientů, u kterých je bazální stimulace uplatňována?
- DVO 3: Jakou roli má rodina a pacientovi blízcí při uplatňování bazální stimulace?
- DVO 4: Jak probíhá vlastní proces uplatňování bazální stimulace u pacientů?
- DVO 5: Jak probíhá komunikace při uplatňování bazální stimulace?

DVO 6: Jaký význam a přínos má uplatňování metody bazální stimulace pro pacienty a jejich okolí?

Dále se v této části práce budu věnovat analýze zjištěných dat a závěrečnému shrnutí provedeného výzkumu podle zkoumaných oblastí, které jsem si stanovila pomocí dílčích výzkumných otázek.

DVO 1: V jakém prostředí a za jakých podmínek je bazální stimulace uplatňována?

Odpověď: Bazální stimulace je uplatňována v prostorách anesteziologicko-resuscitačního oddělení na lůžkách intenzivní péče, určených pro pacienty s ohrožením jejich životních funkcí. Tato metoda je prováděna v souladu s vnitřním předpisem, plně vycházejícím z odborné literatury k této problematice, o kterém však některý personál není informován; dále je k realizaci využíváno speciálních pomůcek, pro uplatňování dané metody určených. Metodu provádí dostatečně odborně proškolený personál, v jehož kompetencích je využívání dané metody jednoznačně stanoveno.

***Komentář:** Šetřením jsem zjistila, že dané oddělení je dostatečně vybaveno speciálními pomůckami pro uplatňování bazální stimulace a téměř všechen personál, podílející se na uplatňování dané metody absolvoval minimálně základní kurz bazální stimulace. Tato metoda má též oporu ve vnitřním předpise – standardním ošetrovatelském postupu, který je plně v souladu s odbornou literaturou k této problematice. Jak jsem však zjistila při rozhovorech, o tomto předpise nejsou některé sestry informovány, nicméně jejich následný popis uplatňování dané metody včetně provádění technik a prvků plně odpovídal postupům uváděným v odborné literatuře. Neinformovanost sester o dané metodě i stav, kdy s danou metodou v celé nemocnici pracuje pouze jedno oddělení je z mého pohledu nevyhovující. Tento můj názor potvrzují i odpovědi respondentek na otázku, týkající se vnímaných nedostatků a úskalí v uplatňování bazální stimulace. Téměř všechny se shodly, že primárním problémem v organizaci je neexistence navazující péče⁷⁷. Velmi efektivním řešením této skutečnosti by mohlo být zřízení nové pracovní pozice sociálního charakteru (sociální pracovník, sociální pedagog, speciální pedagog aj.), který by zde zajišťoval služby v obdobném režimu jako např. klinický psycholog, zdravotně-sociální pracovník, či nemocniční kaplan. Do činnosti tohoto pracovníka by kromě intenzivní spolupráce s rodinami pacientů i spolupráce s personálem na odděleních v problematice bazální*

⁷⁷ Viz výše odpovědi u DVO 6.

stimulace⁷⁸ patřily například i zajišťování a koordinace vzdělávání zaměstnanců v bazální stimulaci, implementace dané metody do ostatních, pro bazální stimulaci vhodných, lůžkových provozů nemocnice⁷⁹, zajišťování certifikace provozů v této oblasti a také kontrolování celého procesu uplatňování metody bazální stimulace. Činnost tohoto pracovníka by byla zcela určitě velmi přínosná, neboť zavedením bazální stimulace na další oddělení by se nejen významně zvýšila celková úroveň kvality poskytované péče, ale také by se odlehčilo ošetrovatelskému personálu, který, jak jsem zjistila v rámci výzkumu, při uplatňování bazální stimulace vykonává i činnosti, které může vykonávat sociální pracovník, neboť jsou spíše charakteru sociálního resp. sociálně pedagogického (více viz dále v textu).

DVO 2: Jaká je základní charakteristika pacientů, u kterých je bazální stimulace uplatňována?

Odpověď: Příjemci uplatňování bazální stimulace jsou pacienti různého věku i pohlaví, jejichž společným znakem je kvantitativní porucha vědomí - úplné nebo částečné bezvědomí jasně (úraz, nemoc) či nejasné etiologie. Při rozhodování o zahájení uplatňování bazální stimulace v plném rozsahu většinou není zohledňována medicínská prognóza, nicméně významným faktorem, ovlivňujícím rozhodnutí pro zahájení uplatňování dané metody je rodina, která může s prováděním bazální stimulace nesouhlasit a z objektivních důvodů odmítnout spolupráci (například neposkytne informace o pacientovi - biografickou anamnézu, nesouhlasí s návštěvami jiných osob aj.) – toto vše by znamenalo znemožnění uplatňování dané metody v plném rozsahu.

Komentář: *Většina oslovených respondentek v rámci rozhovorů uvedla, že pacienti mohou být různého věku, různého pohlaví a s jakoukoliv medicínskou prognózou, což potvrzují informace zjištěné v rámci studia zdravotních dokumentací k jednotlivým případům, ve kterých bylo pacientům 66, 74, ale i 48 roků, šlo o jednu ženu a dva muže a u jednoho z mužů byla bazální stimulace nakonec úspěšně uplatňována, byť z počátku s nepříznivou medicínskou prognózou. Informace v dokumentacích mi také potvrdily názor respondentek o úplném či částečném bezvědomí jako základním faktoru pro rozhodnutí o zahájení*

⁷⁸ O této činnosti informuji dále v tomto článku – v komentáři k DVO 3.

⁷⁹ Pro tento záměr by byla minimálně vhodné tyto provozy: chirurgická, interní a neurologická jednotka intenzivní péče s celkem 22 lůžky, interní oddělení s celkem 103 lůžky, neurologické oddělení s 30 lůžky standardní péče a zejména také oddělení dlouhodobě nemocných disponující 70 lůžky, z nichž 5 lůžek je využíváno jako tzv. sociální lůžko

využívání dané metody a také o rodině, která má nezastupitelnou roli pro provádění dané metody v plném rozsahu.

DVO 3: Jakou roli má rodina a pacientovi blízcí při uplatňování bazální stimulace?

Odpověď: Rodina a pacientovi blízcí mají nenahraditelnou roli pro úspěšné uplatňování bazální stimulace – k dané metodě se podle respondentek staví zpravidla maximálně pozitivně, stejně tak se k účasti rodiny při uplatňování dané metody staví i oslovené respondentky. Rodina je v podstatě jedním ze subjektů, podílejících se na péči o pacienta s vysokým motivačním charakterem pro pacienta samotného. Mezi nejvýznamnější oblasti spolupráce patří poskytování informací o pacientově osobnosti (zvyky, zájmy a záliby) – tzv. biografická anamnéza a poskytování předmětů a věcí pro uplatňování nastavbových prvků bazální stimulace – na realizaci těchto prvků se rodina také v největší míře i podílí.

Komentář: *V rámci výzkumu jsem zjistila, že rodina je při uplatňování bazální stimulace v plném rozsahu naprosto nezastupitelná, neboť na jejím zapojení a vzájemné spolupráci je metoda bazální stimulace v podstatě založena. Rodina má na osobnost pacienta velký vliv - významně jej podněcuje ke komunikaci či k jakékoliv aktivitě – souhrnně lze říci, že jej motivuje k návratu do života tím, že mu jeho dosavadní život pomocí nastavbových prvků v co největší míře připomíná. Tyto názory oslovených respondentek potvrzují i jednotlivé kazuistiky, ze kterých je význam rodiny zcela patrný. Zapojení rodiny však probíhá ve většině případů spíše při nastavbových prvcích bazální stimulace. Jsem toho názoru, že by bylo vhodné, zaměřit se na zapojování rodiny ve větší míře – více s ní pracovat při provádění nastavbových prvků, podněcovat ji ke kreativitě i nápaditosti a současně ji ve větší míře zapojovat do provádění základních technik bazální stimulace. Lze předpokládat, že vyšší míra zapojení by byla pro pacienta velmi přínosná. Členové rodiny by navíc byli schopni v případě překlada pacienta na jiné oddělení (případně propuštění domů), zajišťovat kvalifikovanou bazální stimulaci u pacienta i nadále a významně tak přispívat ke zlepšování pacientova celkového stavu.*

Jak vyplývá z teorie, uvedené v této práci, i z informací, zjištěných v rámci výzkumu – nastavbové prvky bazální stimulace se primárně netýkají resp. nespádají do ošetrovatelské péče, jde spíše o činnost sociální, resp. sociálně pedagogickou⁸⁰, která je u pacienta prováděna v rámci komplexní multioborové péče. Z výzkumu jsem zjistila, že tuto činnost

⁸⁰ Odtud pramení i definice Konceptu Bazální stimulace®, která jej prezentuje jako 'pedagogicko-ošetrovatelský koncept'.

provádí všeobecné sestry, které z mého pohledu nemají pro danou oblast potřebnou kvalifikaci, zajišťující odborný a profesionální přístup při práci s členy rodiny. Proto si myslím, že sociální pedagog by byl pro tuto aktivitu podstatně vhodnější. V rámci svého působení by se mohl podílet na velké části procesu uplatňování nastavbových prvků, intenzivně by spolupracoval jak s personálem, tak zejména i s rodinou – uskutečňoval by vstupní rozhovory, při kterých by pacientovy příbuzné seznamoval s metodou bazální stimulace, zjišťoval a dokumentoval by pacientovu biografickou anamnézu, na základě zjištěných informací by následně ve spolupráci s ošetřujícím personálem nastavoval a koordinoval vlastní proces uplatňování nastavbových prvků. Součástí jeho práce by pak byla nejen kontrola provádění nastavbových prvků, ale kontrola celého procesu uplatňování dané metody. Sociální pedagog by mohl být také rodině k dispozici při jakýchkoliv nejasnostech, týkajících se využívání dané metody. Sociálně pedagogickou profesi při využívání metody bazální stimulace proto vnímám jako velmi vhodnou a významnou.

DVO 4: Jak probíhá vlastní proces uplatňování bazální stimulace u pacientů?

Odpověď: Základem uplatňování metody bazální stimulace je biografická anamnéza, poskytující informace o pacientově osobnosti i jeho dosavadním životě. Na základě těchto informací je s pomocí rodinou přinesených předmětů a pacientových oblíbených či známých věcí adekvátně upravováno pacientovo okolní prostředí s cílem dosáhnout toho, aby bylo maximálně podnětné. V rámci vlastního procesu jsou standardně uplatňovány základní i nastavbové techniky a prvky - v největší míře je s pomocí speciálních pomůcek a donesených věcí prováděna stimulace somatická, podporující vnímání tělesného schématu, následuje pak stimulace auditivní – často v kombinaci se stimulací optickou, podporující pacientovy kognitivní funkce pomocí podněcování senzomotorických schopností. Pro podporu rovnovážného ústrojí je u pacientů velmi často prováděna také stimulace vestibulární. Kromě iniciálního doteku provádí techniky somatické stimulace a také techniky stimulace vestibulární pouze všeobecné sestry, rodina se aktivně zapojuje pouze do nastavbových prvků. Pacientovy reakce na péči jsou v podstatě i komunikačními prostředky⁸¹. Tyto reakce, prezentující stav pacientova vědomí včetně ostatních změn v celkovém stavu pacienta, jsou ošetřujícím personálem i lékaři neustále monitorovány, evidovány a několikrát denně vyhodnocovány, což přináší maximální přehled o vývoji pacientova stavu z krátkodobého i z dlouhodobého hlediska. Personál daného oddělení se

⁸¹ Více viz odpovědi na DVO 5 uvedené níže.

při činnostech s pacientem snaží maximálně věnovat pouze pacientovi bez rušivých elementů, vědomě se snaží vcítovat do jeho pocitů a adekvátně se jim přizpůsobovat.

Komentář: Při výzkumu jsem zjistila, že základem pro uplatňování bazální stimulace je biografická anamnéza, kterou poskytuje pacientova rodina a blízcí. Rodina přináší i pacientovy oblíbené a známé věci pro úpravu jeho okolního prostředí, aby bylo co nejvíce podnětné. Základní techniky jsou na daném oddělení uplatňovány v téměř v neměnném rozsahu, což se mi nejevilo jako vhodné, neboť metoda bazální stimulace 'nabízí' i speciální techniky pro určité stavy či postižení, které by v některých sledovaných případech bylo vhodné využít (například poloha mumie pro celkové zklidnění mohla být prováděna u respondentky č. 1 nebo neurofyziologická koupel/masáž pro pacienty s postiženou částí těla měla být prováděna u respondenta č. 3 po centrální mozkové příhodě). Reakce pacientů jsou velmi důsledně monitorovány jak ošetřujícími sestrami či fyzioterapeuty, tak i lékaři, provádějícími službu. Při výzkumu jsem pouze shledala drobný nesoulad v tom, že reakce jsou ošetřujícími sestrami zaznamenávány do ošetřovatelské dokumentace a nikoliv do formuláře „Záznam reakcí“, jehož vzor je přílohou vnitřního předpisu, upravujícího provádění bazální stimulace (důvodem je pravděpodobně prevence před zdvojováním uváděných informací). To, že se personál dokáže vcítit do pacientových pocitů, bylo zcela jednoznačné i z rozhovorů s respondentkami, které i při popisu uplatňování dané metody projevovaly zjevně velkou míru empatie.

DVO 5: Jak probíhá komunikace při uplatňování bazální stimulace?

Odpověď: Úroveň pacientových komunikačních schopností je při uplatňování bazální stimulace významným faktorem, odrážejícím stav pacientova vědomí. Během uplatňování dané metody bývá velmi často spíše jednostranná, a to na straně ošetřujícího personálu nebo rodiny, který s pacientem komunikuje pomocí verbálního projevu a iniciálního doteku. Pacient v hlubokém bezvědomí není schopen komunikovat, nicméně pokud dochází ke zlepšování jeho stavu vědomí, zlepšují se i jeho komunikační schopnosti. Komunikačními prostředky jsou v podstatě neverbální projevy, jde o reakce pacientů na různé podněty a stimuly - z rozhovorů i zdravotnických dokumentací vyplývá, že pacienti nejčastěji komunikují pomocí mrknutí očí, kývnutí hlavy, pohybů končetinami či stisknutím ruky. I tyto omezené komunikační prostředky podstatně zvyšují kvalitu pacientova života, neboť pomocí nich je schopen vyjádřit své pocity a potřeby.

Komentář: Na základě rozhovorů a studia zdravotnických dokumentací jsem zjistila, že komunikace je velmi důležitým faktorem při uplatňování bazální stimulace odrážející mimo jiné i stav pacientova vědomí. Komunikace s pacienty probíhá, vzhledem k jejich zdravotnímu stavu, na minimální úrovni – ze strany pacientova okolí pomocí slov či iniciálního doteku. Způsob komunikace ze strany pacientů bývá zpravidla neverbální, při zlepšení stavu vědomí postačí i jeden komunikační prostředek, kterým je pacient schopen vyjádřit své pocity a potřeby.

DVO 6: Jaký význam a přínos má uplatňování metody bazální stimulace pro pacienty a jejich okolí?

Odpověď: Uplatňování bazální stimulace ve zdravotnictví významně přispívá ke zlepšování celkového bio-psycho-sociálního stavu pacientů díky záměrnému a cílenému působení na jejich percepční, sociálně-komunikační a pohybové schopnosti. Zvyšování úrovně těchto schopností pak úzce souvisí i se zlepšováním kvality života pacientů, což nejen jim, ale především i jejich rodinám přináší vyšší šance na postupný návrat pacientů do běžného života, adekvátně vůči jejich zdravotnímu stavu.

I pro rodinu je bazální stimulace významná – umožňuje jim být kdykoliv s jejich blízkým, vědomě jej vlastním přičiněním motivovat a aktivně se zapojovat do péče tj. **stát se součástí týmu, který o jejich blízkého pečuje** – tato skutečnost pak významně působí i na psychiku rodiny a pacientových blízkých. Bazální stimulaci oceňuje i samotný personál, neboť mu **přináší možnost zapojit do péče svou kreativitu a adekvátně přizpůsobovat péči o pacienta vůči jeho osobnosti, individualitě a jeho specifickým potřebám**. Jediné úskalí, které v této problematice vnímáno, je častá nenávaznost péče se zavedeným uplatňováním dané metody. Ve srovnání s minulostí, kdy byla péče o pacienty prováděna spíše mechanicky a naučenými postupy, **se v obecném slova smyslu stala bazální stimulace inovativním přístupem, přinášejícím nové způsoby práce s člověkem, nacházejícím se v nepříznivé životní a sociální situaci**.

Komentář: V rámci rozhovorů i studia dokumentů jsem se nesečkala s připomínkami či negativním hodnocením dané metody - ze strany personálu je tato metoda vnímána maximálně pozitivně, podle jednotlivých výpovědí je jednoznačné, že se pro mnohé stala stylem jejich práce. V návaznosti na výše uvedené je důležité konstatovat, že některé odpovědi na položené otázky nebylo pro oslovené respondentky jednoduché zformulovat, neboť jak jsem v rámci výzkumu zjistila, některé techniky či prvky bazální stimulace (např.

aktivizující a zklidňující koupele/masáže, polohování, poloha hnízdo) se staly běžně užívanou procedurou při péči o pacienty, u kterých není bazální stimulace uplatňována. I tato skutečnost prezentuje význam a přínos bazální stimulace pro přístup nejen k pacientům, ale i k jiným sociálním skupinám. Stejně jako oslovené respondentky vnímám velký problém v neexistenci návaznosti péče s bazální stimulací. Z mého pohledu je reálně možné, aby na každém pracovišti – i neintenzivní péče, byl personál proškolen alespoň na základní úrovni a bazální stimulace zde byla u pacientů, předpokládám s úspěchem, uplatňována. Jak už bylo zmiňováno v této práci několikrát, znalost bazální stimulace ovlivňuje i přístup personálu v péči o pacienty, což vnímám z pozice hypotetického pacienta, také jako velmi přínosné.

ZÁVĚR

V úvodu diplomové práce jsem si jako hlavní cíl této práce stanovila objasnění problematiky využívání pedagogicko-ošetrovatelského konceptu - metody bazální stimulace v zařízeních poskytujících zdravotní služby, a to v sociálně-pedagogickém kontextu. Jsem toho názoru, že komplexní pojetí této diplomové práce tento cíl naplňuje a poskytuje odpověď na základní výzkumnou otázku:

„Jak je uplatňována metoda bazální stimulace při péči o pacienty u poskytovatelů zdravotních služeb?“

Odpověď na tuto otázku zní:

„Metoda bazální stimulace je v rámci péče o pacienty u poskytovatelů zdravotních služeb uplatňována především na principech, zohledňujících v nejvyšší možné míře osobnost i individualitu pacienta a přispívajících k dosažení maximální úrovně kvality pacientova života vzhledem k jeho bio-psycho-sociálnímu stavu.“

V jednotlivých kapitolách diplomové práce jsem popsala a vysvětlila problematiku uplatňování bazální stimulace jak v rovině teoretické, tak i v rovině praktické, poukazující na samotný průběh procesu uplatňování technik a prvků dané metody. Snažila jsem se zachytit různorodost a proměnlivost bazální stimulace, a také poukázat na její význam a přínos pro samotného pacienta z hlediska kvality jeho života i pro jeho sociální prostředí – rodinu, pacientovy blízké i pomáhající personál.

Obsahový kontext, prolínající se celou touto diplomovou prací poukazuje na souvislosti mezi metodou bazální stimulace a sociální pedagogikou, analyzující život jedinců i situací, ve kterých se tito jedinci ocitli. Jejich společným cílem je pomáhat jedincům v jejich nepříznivé životní situaci pomocí navozování takových změn, které budou podporovat optimální rozvoj jeho osobnosti v oblasti vnímání, pohybu a komunikace a minimalizovat tak nesoulad mezi jedincem a společností (Kraus, Poláčková, 2001, s. 12). Z tohoto pohledu je tedy možné konstatovat, že metoda bazální stimulace úzce souvisí se zaměřením sociální pedagogiky, kterým je snaha vytvářet soulad mezi potřebami jedinců a společnosti a tím přispívat k zajištění optimálního způsobu života v dané době a v daných společenských podmínkách (Kraus, 2011, s. 32).

Na teoretickou část navazuje část praktická, obsahující informace o výzkumu, v rámci kterého jsem s využitím polostrukturovaných rozhovorů a studia dokumentů sesbírala

mnoho dat, týkajících se dané problematiky. Na základě těchto dat jsem identifikovala prostředí a podmínky pro využívání metody bazální stimulace, charakterizovala jsem příjemce uplatňování této metody, popsala jsem vlastní proces realizace bazální stimulace, poukázala jsem na význam a roli rodiny při bazální stimulaci i na důležitost komunikace při péči o pacienta. V závěru praktické části jsem poukázala na individuální i společenský význam využívání bazální stimulace v rámci multioborové péče o pacienty, identifikovala jsem také přínos uplatňování této metody jak pro samotného pacienta, tak i pro jeho okolí.

V rámci vlastního výzkumu jsem zachytila některá úskalí a nedostatky, týkající se dané problematiky. Jako základní nedostatek je vnímán malý počet pracovišť, která by pracovala s metodou bazální stimulace, aby mohla navazovat na zavedenou péči a pokračovat v cílené stimulaci pacientů, rozvíjejí jejich schopností v oblasti vnímání, komunikace a pohybu. Tato situace byla také v nemocnici, ve které jsem realizovala výzkum, neboť většina oslovených respondentek na tento problém upozornila. Vzhledem k tomu, že **bazální stimulace není léčebnou metodou, ale komplexním přístupem k člověku**, řešením této skutečnosti by mohlo být, aby základní kurz bazální stimulace absolvoval všichni pomáhající i ošetrovatelský personál při nástupu do praxe. Bazální stimulace by zcela jednoznačně ovlivnila pozitivním směrem profesionální přístup absolventů i profesionálů při jejich práci.

V zapojení rodiny do vlastního procesu uplatňování bazální stimulace jsem shledala také určitou rezervu. Jak vyplývá z výzkumného šetření, rodina má na pacienta velmi příznivý vliv, neboť jej podněcuje k aktivitě, komunikaci a psychicky jej podporuje. Proto se mi jeví vhodné zaměřovat se na to, aby byla rodina zapojována nejen do nastavbových prvků bazální stimulace, ale i do provádění technik stimulace základní. Toto by mohl zajišťovat sociální pedagog, o jehož činnosti se zmiňuji dále. Přínos většího zapojení rodiny spatřuji nejen ve vyšší míře pozitivního působení na psychiku pacienta, ale i v tom, že rodina by mohla po propuštění nebo po překladi pacienta na jiné oddělení v bazální stimulaci v co největším rozsahu pokračovat.

Jsem toho názoru, že sociální pedagogika je schopna být pro oblast bazální stimulace velmi užitečnou, a to nejen po stránce teoretické, ale i praktické. I když jde o pedagogicko-ošetrovatelskou metodu, je z mého pohledu více kladen důraz pouze na proces ošetrovatelský. Proto si myslím, že po stránce teoretické je sociální pedagogika schopna svými poznatky, získanými na základě sociálně pedagogických výzkumů, významně přispívat k tomu, aby bylo na tuto metodu pohlíženo více i z hlediska pedagogického.

Po stránce praktické vnímám velký prostor pro sociální pedagogiku při vlastním procesu uplatňování jednotlivých technik a prvků bazální stimulace. V praxi je realizace základních a nastavbových technik a prvků plně v kompetenci ošetřujících sester, neboť jde v podstatě o součást provádění ošetrovatelské péče. Nicméně sběr biografické anamnézy a uplatňování nastavbových prvků jsou z mého pohledu spíše činnostmi sociálně pedagogickými, než ošetrovatelskými. Moje přesvědčení podporuje i identifikace cíle sběru biografické anamnézy a následného provádění nastavbových prvků: sesbírat co nejvíce informací o pacientově dosavadním životě, jeho zvycích a zájmech a na základě těchto informací vytvořit pro pacienta takové prostředí, které by mu co nejvíce připomínalo jeho přirozené prostředí tj. prostředí, ve kterém doposud existoval a žil, aby jej co nejvíce podněcovalo k obnově paměťových stop v mozku. Do tohoto procesu by mohl být zapojen sociální pedagog, který by, kromě zajišťování kvalifikovaného vzdělávání zaměstnanců v oblasti bazální stimulace a dozoru nad uplatňováním dané metody v celém zařízení, aktivně participoval při vlastním procesu využívání bazální stimulace – sbíral by data, týkající se biografické anamnézy a aktivně by spolupracoval s personálem i s rodinnými příslušníky při provádění nastavbových prvků. Sociální pedagog by také mohl kvalifikovaně pracovat s rodinami v jejich nelehké situaci a cíleně je při této činnosti motivovat k jejich aktivnímu zapojení do celého procesu.

Závěrem této práce bych si i já dovolila krátké zamyšlení o bazální stimulaci, jak jsem ji mohla poznat a seznámit se s ní já: tato metoda přispěla ke změně mého přístupu k životu vlastnímu i k životu ostatních, osobně ji vnímám jako **životní styl**. Přála bych si, aby se více rozšiřovala do všech pomáhajících profesí, protože jim bezpochyby má co nabídnout. Jsem přesvědčená, že všichni máme schopnost představit si sami sebe v roli toho druhého, odhadnout, co cítí, co si asi myslí a jaké potřeby asi má, jen se to musíme naučit uvědomovat.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] BAKOŠOVÁ, Zlatica. *Sociální pedagogika jako životná pomoc*. Bratislava: STIMUL, 2005, 220 s. ISBN 80-89236-00-6.
- [2] DISMAN, Miroslav. *Jak se vyrábí sociologická znalost: Příručka pro uživatele*. Dotisk 3. vyd. Praha: Karolinum, 2002, 374 s. ISBN 80-246-0139-7.
- [3] FRIEDLOVÁ, Karolína. *Bazální stimulace pro učitele předmětu ošetřovatelství I. a 2. díl*. Vyd. 3. Frýdek-Místek: Institut Bazální stimulace, 2009, 100 s. ISBN 80-239-6132-2.
- [4] FRIEDLOVÁ, Karolína. *Bazální stimulace prospívá pacientům i zdravotníkům*. In: KOMFORT, Želevčice: Linet, s.r.o., registrace MK ČR E 152240, 2006, vol. III, č. 3, s. 4 - 5.
- [5] FRIEDLOVÁ, Karolína. *Bazální stimulace v pediatrii*. In: SEDLÁŘOVÁ, Petra a kol., *Základní ošetřovatelská péče v pediatrii*, 1. vyd. Praha: Grada publishing, 2008. s. 132 - 137. ISBN 978-80-247-1613-8
- [6] FRIEDLOVÁ, Karolína. *Bazální stimulace v práci sestry*. In: *Sestra*, 2003, vol. XIII. č. 1. s. 15-17. ISSN 1210-0404
- [7] FRIEDLOVÁ, Karolína. *Bazální stimulace v základní ošetřovatelské péči*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 168 s. *Sestra*. ISBN 978-802-4713-144
- [8] FRIEDLOVÁ, Karolína. *Co přináší aplikace konceptu Bazální stimulace do přímé péče u poskytovatelů zdravotní péče a sociálních služeb*. *Diagnóza v ošetřovatelství*, 2013, vol. IX. č. 3, s. 25 – 27. ISSN 1801-1349
- [9] FRIEDLOVÁ, Karolína. *Implementace konceptu bazální stimulace do ošetřovatelské péče v České republice*. In: *Cesta k profesionálnímu ošetřovatelství. Sborník příspěvků I. Slezské konference ošetřovatelství s mezinárodní účastí*. Vyd. 1. Opava: Slezská univerzita v Opavě, 2006, 168 s. ISBN 80-724-8388-9
- [10] FRIEDLOVÁ, Karolína. *Koncept Bazální stimulace a jeho uplatnění*. In: *Diagnóza v ošetřovatelství*, 2012, vol. VIII., č. 2, s. 30 – 31. ISSN 1801-1349
- [11] FRIEDLOVÁ, K. *Ošetřovatelské a terapeutické nabídky konceptu Bazální stimulace*. *Sociální služby*, odborný časopis APSS ČR, ročník: XII., duben 2010, s. 18 – 19 ISSN 1803-7348

- [12] FRIEDLOVÁ, Karolína. *Skriptum pro nástavbový kurz Bazální stimulace v ošetrovatelské péči*, Frýdek-Místek: Tiskárna Kleinwachter, 2003-2010, 24 s.
- [13] FRIEDLOVÁ, Karolína. *Skriptum pro základní kurz Bazální stimulace v ošetrovatelské péči č. 1*. Frýdek-Místek: Tiskárna Kleinwachter, 2003-2010, 32 s.
- [14] FRIEDLOVÁ, Karolína. *Uplatnění konceptu Bazální stimulace v geriatrici*. In: SESTRA, 2012, vol. XXII. č. 9, s. 58-59. ISSN 1210-0404
- [15] FRIEDLOVÁ, Karolína. *Uplatnění konceptu Bazální stimulace v neonatologii*. SESTRA, 2012, vol. XXII. č. 3, s. 43 – 44. ISSN 1210-0404
- [16] FRÖHLICH, Andreas D. *Basale Stimulation. Das Konzept. Verlag Selbstbestimmtes Leben*. Düsseldorf 1998, ISBN 3-910095-31-3
- [17] GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Překlad: Vladimír Jůva. Brno: Paido, 2000, 207 s. Edice pedagogické literatury. ISBN 80-859-3179-6.
- [18] HÁJKOVÁ, Vanda (ed.) a kol. *Bazální stimulace, aktivace a komunikace v edukaci žáků s kombinovaným postižením: monografie*. 1. vyd. Praha: Somatopedická společnost, 2009, 159 s. ISBN 978-809-0446-403.
- [19] HEHLMANN, Annemarie. *Hlavní symptomy v medicíně: praktická příručka pro lékaře a studenty*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, xiv, 450 s. ISBN 978-802-4726-120.
- [20] HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2005, 407 s. Sociologie (Grada). ISBN 80-736-7040-2.
- [21] KALINA, Kamil. *Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013, 527 s. ISBN 978-802-4743-615
- [22] KOLEKTIV AUTORŮ. *Nový akademický slovník cizích slov A-Ž*. Vyd. 1. Praha: Academia, 2008, 879 s. ISBN 978-80-200-1415-3
- [23] KOPECKÁ, Ilona a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Psychologie: učebnice pro obor sociální činnost*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 187 s. Psyché (Grada). ISBN 978-802-4738-758.
- [24] KOUTENSKÁ, Olga a Eva JIROCHOVÁ. *Bazální stimulace. Studijní materiál ke kurzu, realizovanému v rámci projektu OPVK č. CZ.1.07/1.1.10/03.00 36 „Zvyšování odborných kompetencí žáků a pracovníků Střední zdravotnické školy Písek“*. vyd. Písek: Střední zdravotnická škola, 2011, 37 s.

- [25] KRAUS, Blahoslav, Věra POLÁČKOVÁ. *Člověk – prostředí – výchova: k otázkám sociální pedagogiky*. Brno: Paido – edice pedagogické literatury, 2001, 199 s. ISBN 80-7315-004-2.
- [26] KRAUS, Blahoslav. Paradigmata sociální práce a sociální pedagogiky. In: *Politiky a paradigmata sociální práce: Co jsme zdělili a co s tím uděláme?* (sborník z mezinárodní vědecké konference). Vyd. 1. vyd. Editor Ivana Marášková. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií, 2011, s. 27 - 35. ISBN 978-80-7318-994-5.
- [27] KRAUS, Blahoslav. *Základy sociální pedagogiky*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2008, 215 s. ISBN 978-80-7367-383-3.
- [28] KRIVOŠÍKOVÁ, Mária. *Úvod do ergoterapie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 364 s. ISBN 978-802-4726-991.
- [29] KRŠKA, Zdeněk. *Techniky a technologie v chirurgických oborech: vybrané kapitoly*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 262 s. ISBN 9788024738154.
- [30] KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Rozhovor lékaře s pacientem: [učební text]*. Vyd. 2. přeprac. V Brně: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1995, 155 s. ISBN 80-701-3187-X.
- [31] KUZNÍKOVÁ, Iva. *Sociální práce ve zdravotnictví*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 2011, 212 s. ISBN 978-80-247-3676-1
- [32] LACA, Slavomír. *Sociální pedagogika*. 1. vyd. Brno: Institut mezioborových studií, 2011. ISBN 978-808-7182-192.
- [33] LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2006, 368 s. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1284-9.
- [34] MACKEWN, Jennifer. *Gestalt psychoterapie: moderní holistický přístup k psychoterapii*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2004, 263 s. ISBN 80-717-8922-4
- [35] MACHOVÁ, Jitka. *Biologie člověka pro učitele*. Vyd. 1. V Praze: Karolinum, 2002, 269 s. ISBN 80-718-4867-0.
- [36] MLÝNKOVÁ, Jana. *Pečovatelsví 1. díl. Učebnice pro obor sociální péče – pečovatelská činnost*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 269 s. ISBN 978-802-4731-841.
- [37] MÜLLER, Oldřich. *Terapie ve speciální pedagogice*. 2., přeprac. vyd. Praha: Grada, 2014, 508 s. Pedagogika (Grada). ISBN 978-802-4741-727

- [38] NAVRÁTIL, Pavel. *Teorie a metody sociální práce*. Vyd. 1. Brno: Zeman, 2001, 168 s. ISBN 80-903070-0-0.
- [39] NYDAHL, Peter a Hrsg. FRÖHLICH. *Basale Stimulation: neue Wege in der Pflege Schwerstkranker*. 5. Aufl. München: Elsevier, Urban, 2008. ISBN 978-343-7265-020.
- [40] PIAGET, Jean. *Psychologie inteligence Přel. F. Jiránek*. 1.vyd. Praha: Portál, 1999, 164 s. ISBN 80-717-8309-9.
- [41] PLEVOVÁ, Ilona a Regina SLOWIK. *Komunikace s dětským pacientem*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 247 s. ISBN 978-802-4729-688.
- [42] PŘADKA, Milan, Dana KNOTOVÁ a Jarmila FALTÝSKOVÁ. *Kapitoly ze sociální pedagogiky*. 2. vyd. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 2004, 45 s. ISBN 80-210-3469-6.
- [43] REICHEL, Jiří. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů: základní metody a aplikace*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2009, 184 s. Sociologie (Grada). ISBN 978-80-247-3006-6.
- [44] SEIDL, Zdeněk a Jiří OBENBERGER. *Neurologie pro studium i praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004, 363 s. ISBN 80-247-0623-7.
- [45] ŠAFRÁNKOVÁ, Alena a Marie NEJEDLÁ. *Interní ošetřovatelství*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006, 280, [4] s. Sestra. ISBN 8024711486.
- [46] ŠAMÁNKOVÁ, Marie. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetřovatelském procesu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 134 s. Sestra. ISBN 978-802-4732-237
- [47] ŠAUEROVÁ, Markéta, Klára ŠPAČKOVÁ a Eva NECHLEBOVÁ. *Speciální pedagogika v praxi: [komplexní péče o děti se SPUCH]*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2012, 248 s. Pedagogika (Grada). ISBN 978-802-4743-691.
- [48] TOMEŠ, Igor. Sociální práce dnes a zítra. In: *Politiky a paradigmaty sociální práce. Co jsme zdědili a co s tím uděláme? (sborník z mezinárodní vědecké konference)*. Vyd. 1. Editor Ivana Marášková. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií, 2011, s. 17 - 21. ISBN 978-80-7318-994-5.
- [49] TROJAN, Stanislav. *Fyziologie a léčebná rehabilitace motoriky člověka*. 2. přeprac. a rozš. vyd. Praha: Grada, 2001, 226 s. ISBN 80-247-0031-X.

- [50] TROJAN, Stanislav. *Lékařská fyziologie*. 4. vyd. přepr. a dopl. Praha: Grada Publishing, 2003, 771 s. ISBN 80-247-0512-5
- [51] VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie. Dětství, dospělost, stáří*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000, 522 s. ISBN 80-717-8308-0.
- [52] VELEMÍNSKÝ, Miloš. *Zooterapie ve světle objektivních poznatků*. České Budějovice: Dona, 2007, 335 s. ISBN 978-80-7322-109-6.
- [53] VÍTKOVÁ Marie. *Bazální stimulace*. In: MÜLLER, Oldřich a kol. *Terapie ve speciální pedagogice*. 2., přeprac. vyd. Praha: Grada, 2014, s. 357 - 384. ISBN 978-802-4741-727
- [54] VÍTKOVÁ, Marie. *Podpora vzdělávání dětí a žáků s těžkým zdravotním postižením II. Metoda bazální stimulace*. Praha: Institut pedagogicko-psychologického poradenství ČR, 2001, 34 s.

Právní normy

- [55] Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů (v diplomové práci používán jako „zákon o sociálních službách“).
- [56] Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů (v diplomové práci používán jako „zákon o zdravotních službách“).
- [57] Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění pozdějších předpisů.

Internetové zdroje

- [58] *Bazální stimulace*® [online]. Hartmann akademie ©2010 [cit. 2015-01-17]. Dostupné z: <http://www.hartmannakademie.cz/bazalni-stimulace-r>
- [59] CETLOVÁ, Lada. NOVÁKOVÁ Lada. *Využití prvků stimulace vnímání u pacientů s cévní mozkovou příhodou*. [on-line]. [cit. 2014-12-16]. Dostupné z: <http://prohuman.sk/zdravotnictvo/vyuziti-prvku-stimulace-vnimani-u-pacientu-s-cevnu-mozkovou-prihodou>
- [60] *Co je expresivní terapie* [on-line]. In: *Expresivní terapie* © 2012 [cit. 2014-12-29]. Dostupné z: <http://www.expresivniterapie.org/>

- [61] *CSO Ostrava s. r. o.* [on-line]. In: © CSO OSTRAVA s.r.o. 2000-2011 [cit. 2014-12-27]. Dostupné z: <http://www.csoostrava.cz/index.html>
- [62] *Dornova metoda* [on-line]. In: Celostní medicína © 2004 [cit. 2015-02-02]. Dostupné z: <http://www.celostnimedicina.cz/dornova-metoda.htm>
- [63] *Facilitace* [on-line]. [cit. 2014-12-05]. Dostupné z: <http://slovník-cizích-slov.abz.cz/web.php/slovo/facilitace>
- [64] FRIEDLOVÁ, Karolína. *Bazální stimulace hit v ošetrovatelství*. [on-line]. Dobrý kontakt, měsíčník pro lékárny, květen 2008, s. 10-13. [cit. 2014-10-21]. Dostupné z: http://www.bazalni-stimulace.cz/pdf/cl_hit.pdf
- [65] *Historie konceptu Bazální stimulace®*, [on-line]. In: © INSTITUT Bazální stimulace® s.r.o. 2004–2014 [cit. 2014-11-09]. Dostupné z: <http://www.bazalni-stimulace.cz/o-bazalni-stimulaci/historie/>
- [66] HLÁVKOVÁ, Marcela. *Apalický syndrom – navrácení do běžného života* [on-line]. [cit. 2014-12-16]. Dostupné z: <http://apalicky-syndrom.wz.cz/>
- [67] *Hospodaření nemocnice* [on-line]. Nemocnice Nové Město na Moravě ©2006 [cit. 2015_01_29]. Dostupné z: http://www.nnm.cz/2011/?rezim=pacient&id=nemocnice_hospodareni
- [68] *Inhibice* [on-line]. [cit. 2014-12-05]. Dostupné z: [http://cs.wikipedia.org/wiki/Inhibice_\(rozcestn%C3%ADk\)](http://cs.wikipedia.org/wiki/Inhibice_(rozcestn%C3%ADk))
- [69] *Nemocnice Nové Město na Moravě* [on-line]. *Nemocnice Nové Město na Moravě ©2006* [cit. 2015_01_27]. Dostupné z: <http://www.nnm.cz/>
- [70] *O Bazální stimulaci®*. [on-line]. In: © INSTITUT Bazální stimulace® s.r.o. 2004–2014 [cit. 2014-11-09]. Dostupné z: <http://www.bazalni-stimulace.cz/o-bazalni-stimulaci/>
- [71] *Polohovací pomůcky pro bazální stimulaci, ergoterapii a prevenci proti dekubitům*. [on-line]. In: Globe Medical s. r. o. [cit. 2014-12-27]. Dostupné z: <http://www.globemedical.cz/cs/polohovaci-pomucky-a-bazalni-stimulace>

Ostatní zdroje

- [72] DVOŘÁKOVÁ, Helena. *Bazální stimulace – základní kurz. Příručka pro základní kurz bazální stimulace*. Vydání a rok vydání neuveden, 25 s.

- [73] *Základní kurz bazální stimulace v Nemocnici Nové Město na Moravě, příspěvkové organizaci ve dnech 20. a 21.11.2014, vedený lektorkou Bc. Helenou Dvořákovou, DiS., Praxisbegleiterin für "Basale Stimulation® in der Pflege" s registračním číslem v Mezinárodní asociaci Bazální stimulace® 869 – osobní účast.*

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

- aj. a jiné
- apod. a podobně
- atd. a tak dále
- atp. a tak podobně
- resp. respektive
- t. č. toho času
- tj. to jest
- tzn. to znamená
- tzv. takzvaně

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1	Maslowova hierarchická pyramida lidských potřeb	18
Obrázek 2	Schéma multioborovosti metody bazální stimulace	19
Obrázek 3	Celistvost vývoje	24
Obrázek 4	Druhy vnímání a jejich vzájemná závislost.....	32
Obrázek 5	Somatická stimulace zklidňující/zklidňující koupel.....	42
Obrázek 6	Somatická stimulace osvěžující/osvěžující koupel.....	44
Obrázek 7	Neurofyziologická stimulace/koupel celkově bazálně stimulující	46
Obrázek 8	Masáž stimulující dýchání	49

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1	Grafické znázornění počtu hospitalizovaných pacientů na ARO podle způsobu přijetí	70
Graf 2	Grafické znázornění úbytku pacientů z ARO dle způsobu ukončení hospitalizace	70
Graf 3	Grafické znázornění průměrné délky hospitalizace pacientů na ARO v kalendářních dnech	71
Graf 4	Graf četnosti provádění jednotlivých druhů bazální stimulace u respondentky č. 1 za 8 dnů uplatňování metody	91
Graf 5	Přehled četnosti provádění technik a prvků somatické stimulace u respondentky č. 1 za 8 dnů uplatňování metody	92
Graf 6	Přehled četnosti provádění prvků auditivní stimulace u respondentky č. 1 za 8 dnů uplatňování metody	93
Graf 7	Přehled četnosti provádění technik vestibulární stimulace u respondentky č. 1 za 8 dnů uplatňování metody	93
Graf 8	Graf četnosti provádění jednotlivých druhů bazální stimulace u respondenta č. 2 za 20 dnů uplatňování metody	98
Graf 9	Přehled četnosti provádění technik a prvků somatické stimulace u respondenta č. 2 za 20 dnů uplatňování metody	98
Graf 10	Přehled četnosti provádění prvků auditivní stimulace u respondenta č. 2 za 20 dnů uplatňování metody	99
Graf 11	Přehled četnosti provádění technik vestibulární stimulace u respondenta č. 2 za 20 dnů uplatňování metody	100
Graf 12	Graf četnosti provádění jednotlivých druhů bazální stimulace u respondenta č. 3 za 21 dnů uplatňování metody	106
Graf 13	Přehled četnosti provádění technik a prvků somatické stimulace u respondenta č. 3 za 21 dnů uplatňování metody	106
Graf 14	Přehled četnosti provádění prvků auditivní stimulace u respondenta č. 3 za 21 dnů uplatňování metody	107
Graf 15	Přehled četnosti provádění technik vestibulární stimulace u respondenta č. 3 za 21 dnů uplatňování metody	108

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Přehled počtu hospitalizovaných pacientů na anesteziologicko-resuscitačním oddělení.....	69
Tabulka 2 Přehled úbytku pacientů na ARO	70
Tabulka 3 Průměrná délka hospitalizace	71

SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha č. 1 – Fotografie z kurzu Bazální stimulace® konaného ve dnech 20. – 21. 11. 2014 v Nemocnici Nové Město na Moravě, příspěvkové organizaci
- Příloha č. 2 – Operacionalizace otázek
- Příloha č. 3 - Záznamové archy
- Příloha č. 4 - Souhlas s umožněním přístupu k informacím
- Příloha č. 5 - Schéma odpovědí z rozhovorů
- Příloha č. 6 - Ošetřovatelská anamnéza v konceptu bazální stimulace pro anesteziologicko-resuscitační oddělení – *vzor*
- Příloha č. 7 - Realizace výkonů bazální stimulace - *vzor*

Příloha P I:

FOTOGRAFIE Z KURZU BAZÁLNÍ STIMULACE®, KTERÝ SE KONAL VE DNECH 20. – 21. 11. 2014 V NEMOCNICI NOVÉ MĚSTO NA MORAVĚ, PŘÍSPĚVKOVÉ ORGANIZACI

(fotografie byly pořízeny a v diplomové práci použity s výslovným souhlasem všech účastnic kurzu včetně paní lektorky)



Foto 1 Výklad teorie bazální stimulace



Foto 2 Nácvik somatické stimulace



Foto 3 Nácvik somatické stimulace



Foto 4 Nácvik somatické stimulace



Foto 5 Nácvik polohování pacienta



Foto 6 Polohování „hnízdo“ na zádech



Foto 7 Polohování „hnízdo“ na zádech



Foto 8 Polohování „hnízdo“ na boku



Foto 9 Polohování „mumie“



Foto 10 Polohování „mumie“



Foto 11 Návčiky polohování



Foto 12 Nácvik vibrační stimulace

PŘÍLOHA PII: OPERACIONALIZACE OTÁZEK

Poř.	DVO	Indikátor	Operacionalizované otázky	Metoda sběru dat	Otázky
1.	V jakém prostředí a za jakých podmínek je bazální stimulace uplatňována?	Charakteristika prostředí a podmínek pro uplatňování bazální stimulace.	Jaké jsou základní statistické údaje o oddělení, na kterém je bazální stimulace uplatňována?	analýza dokumentů, rozhovor s vrchní sestrou	Jaká je lůžková kapacita oddělení?
					Kolik pacientů ročně ošetříte na ARO?
					Jaké jsou jejich nejčastější diagnózy?
					Jaká je průměrná délka hospitalizace na ARO?
					Kolik a jaké spektrum personálu zajišťuje péči?
	Jak dlouho je na oddělení ARO uplatňována bazální stimulace?		Jakou má personál odbornost z hlediska uplatňování bazální stimulace?		
			Jaká je základní charakteristika prostředí?	pozorování, analýza dokumentů, rozhovory	Prosím o odhad - u kolika pacientů ročně uplatňujete na vašem oddělení bazální stimulaci?
			Kdo zajišťuje péči o pacienty?		Má bazální stimulace teoretický základ v nějakém vnitřním předpise? Pokud ano, tak o jaký předpis se jedná?
			Jaké jsou podmínky pro uplatňování bazální stimulace?		Jakou máte odbornost z hlediska uplatňování bazální stimulace? Účastníte se vzdělávacích akcí v této oblasti? Plánujete účast na nějaké?
			Jaké pomůcky jsou při uplatňování bazální stimulace používány?		Máte na vašem oddělení nějaké speciální pomůcky pro uplatňování bazální stimulace? Pokud ano, tak jaké?
					Jsou na vašem oddělení kromě bazální stimulace využívány ještě jiné terapeutické metody? Pokud ano, tak jaké?
2.	Jaká je základní charakteristika pacientů, u kterých je bazální stimulace uplatňována?	Charakteristika cílové skupiny příjemců bazální stimulace	Jaký je věk pacientů? Má věk vliv na úspěšné uplatňování bazální stimulace?	analýza dokumentů, kazuistiky, rozhovory	Prosím o odhad: jaký věk obvykle mají pacienti, u kterých je bazální stimulace uplatňována?
			S jakou nejčastější diagnózou?		Myslíte si, že věk pacienta hraje roli pro úspěšné uplatňování bazální stimulace?
			Jaké faktory ovlivňují rozhodnutí pro uplatňování bazální stimulace?		Jaké mají pacienti, u kterých je bazální stimulace uplatňována, nejčastější onemocnění?
			Je pro rozhodnutí o zahájení uplatňování bazální stimulace významná medicínská prognóza?		Jaké faktory jsou rozhodující pro zahájení uplatňování bazální stimulace?
					Je při výběru pacientů pro uplatňování bazální stimulace zohledňována medicínská prognóza?
	Jaké faktory brání uplatňování bazální stimulace?				
3.	Jakou roli má rodina a pacienti blízcí při uplatňování bazální stimulace?	Role rodiny a blízkých při uplatňování bazální stimulace.	Jak je rodina a pacienti blízcí důležitá při uplatňování bazální stimulace?	analýza dokumentů, kazuistiky, rozhovory	Je vyžadován písemný (případně jiný) souhlas rodiny pro uplatnění bazální stimulace?
			Jak vnímá rodina a pacienti blízcí metodu bazální stimulace?		Jak rodina a pacienti blízcí vnímají uplatňování bazální stimulace?
			Jaký má přínos zapojení rodiny a pacientových blízkých?		Jsou rodina a pacienti blízcí zapojeni do uplatňování bazální stimulace? Pokud ano, tak jakým způsobem?
			Jaký postoj má personál na spolupráci rodiny a pacientových blízkých?		Jaké prvky/techniky bazální stimulace shledávají pacienti blízcí jako nejdůležitější? Z jakého důvodu? Jak vidíte a hodnotíte zapojení rodiny a blízkých vy?

4.	Jak probíhá vlastní proces uplatňování bazální stimulace u pacientů?	Proces uplatňování metody bazální stimulace	<p>Jaké informace o pacientovi jsou nutné pro uplatňování bazální stimulace?</p> <p>Na základě čeho je bazální stimulace uplatňována?</p> <p>Jak probíhá vlastní proces uplatňování metody bazální stimulace?</p> <p>Je bazální stimulace u pacientů monitorována a hodnocena?</p>	analýza dokumentů, rozhovory,	<p>Jsou nějaké informace (kromě informací v biografické anamnéze), které je nutné pro uplatňování bazální stimulace o pacientovi vědět?</p> <p>Kdo rozhoduje o zahájení uplatňování bazální stimulace?</p> <p>Jakým způsobem je bazální stimulace do péče integrována?</p> <p>Jaké techniky/prvky bazální stimulace nejčastěji využíváte? Z jakého důvodu? A s jakými pomůckami?</p> <p>Kdo techniky/prvky v péči o pacienta nejčastěji uplatňuje/vykonává?</p> <p>Jaká jsou nejčastější místa iniciálního doteku? Z jakého důvodu? Jak o iniciálním doteku informujete?</p> <p>Jakým způsobem je nejčastěji upravováno pacientovo okolní prostředí?</p> <p>Jaké jsou nejčastější reakce na bazální stimulaci?</p> <p>Jsou reakce monitorovány a vyhodnocovány? Pokud ano, tak kým? Jaký je přínos?</p> <p>Myslíte si, že se dokážete vcítit do pacientových pocitů? Pokud ano, využíváte svých pocitů při bazální stimulaci?</p>
5.	Jak probíhá komunikace při uplatňování bazální stimulace?	Komunikace při využívání bazální stimulace	<p>Jaké jsou formy komunikace při uplatňování bazální stimulace komunikace?</p> <p>Jsou formy komunikace monitorovány a hodnoceny?</p>	analýza dokumentů, kazuistiky, rozhovory	<p>Jakým způsobem (jakými komunikačními prostředky) pacient nejčastěji komunikuje s okolím?</p> <p>Jakým způsobem s pacientem nejčastěji komunikujete vy?</p> <p>Jsou komunikační schopnosti pacientů samostatně monitorovány a vyhodnocovány? Pokud ano, tak kým? Jaký je přínos?</p>
6.	Jaký význam a přínos má uplatňování metody bazální stimulace pro pacienty a jejich okolí?	Význam a přínos bazální stimulace	<p>Má uplatňování metody bazální stimulace vliv na celkový stav pacientů?</p> <p>V čem je bazální stimulace přínosná?</p> <p>Jaké jsou nedostatky a úskalí při uplatňování bazální stimulace?</p> <p>Jaký postoj mají k bazální stimulaci profesionálové?</p>	analýza dokumentů, kazuistiky, rozhovory	<p>Jak se nejčastěji projevuje uplatňování bazální stimulace u pacientů? Dochází u nich k nějakým změnám? Pokud ano, tak k jakým?</p> <p>Jaký má uplatňování bazální stimulace pro pacienty přínos? V jakých oblastech?</p> <p>Prosím Vás o srovnání, vycházející z Vaší praxe na pracovišti ARO: pacient v době před uplatňováním bazální stimulace a pacient v současnosti při uplatňování bazální stimulace.</p> <p>Vnímáte při uplatňování bazální stimulace úskalí a nedostatky? Pokud ano, tak jaké? Váše návrhy na jejich řešení?</p> <p>Co bazální stimulace znamená pro Vás?</p> <p>Jak byste bazální stimulaci co nejuvěstivěji specifikovali Vy?</p>

PŘÍLOHA PIII: ZÁZNAMOVÉ ARCHY

ZÁZNAMOVÝ ARCH – VŠEOBECNÁ SESTRA

Jméno a příjmení:

Délka praxe/ z toho na ARO:

1. CHARAKTERISTIKA PROSTŘEDÍ A PODMÍNEK PRO UPLATŇOVÁNÍ BAZÁLNÍ STIMULACE

- 1) **Prosím o odhad – u kolika pacientů ročně uplatňujete na vašem oddělení bazální stimulaci?**

- 2) **Má bazální stimulace teoretický základ v nějakém vnitřním předpise? Pokud ano, tak o jaký předpis se jedná?**

- 3) **Jakou máte odbornost z hlediska uplatňování bazální stimulace? Účastníte se vzdělávacích akcí v této oblasti? Plánujete účast na nějaké?**

- 4) **Máte na vašem oddělení nějaké speciální pomůcky pro uplatňování bazální stimulace? Pokud ano, tak jaké?**

- 5) Využíváte na vašem oddělení kromě bazální stimulace ještě jiné terapeutické metody? Pokud ano, tak jaké?

2. CHARAKTERISTIKA CÍLOVÉ SKUPINY PŘÍJEMCŮ BAZÁLNÍ STIMULACE

- 6) Prosím o odhad: jaký věk obvykle mají pacienti, u kterých je bazální stimulace uplatňována?
- 7) Myslíte si, že věk pacienta hraje roli pro úspěšné uplatňování bazální stimulace?
- 8) Jaké mají pacienti, u kterých je bazální stimulace uplatňována, nejčastější onemocnění?
- 9) Jaké faktory jsou rozhodující při výběru pacientů pro uplatňování bazální stimulace?
- 10) Je při výběru pacientů pro uplatňování bazální stimulace zohledňována medicínská prognóza?
- 11) Jaké faktory brání uplatňování bazální stimulace?

3. ROLE RODINY A BLÍZKÝCH PŘI UPLATŇOVÁNÍ BAZÁLNÍ STIMULACE

- 12) Je vyžadován písemný (případně jiný) souhlas rodiny pro uplatnění bazální stimulace?

- 13) Jak rodina a pacienti blízcí vnímají uplatňování bazální stimulace?

- 14) Jsou rodina a pacienti blízcí zapojeni do uplatňování bazální stimulace? Pokud ano, tak jakým způsobem?

- 15) Jaké prvky/techniky bazální stimulace shledávají pacienti blízcí jako nejdůležitější? Z jakého důvodu?

- 16) Jak vidíte a hodnotíte zapojení rodiny a blízkých vy?

4. PROCES UPLATŇOVÁNÍ METODY BAZÁLNÍ STIMULACE

- 17) Jsou ještě nějaké informace (kromě informací z biografické anamnézy), které je nutné pro uplatňování bazální stimulace o pacientovi vědět?

- 18) Kdo rozhoduje o zahájení uplatňování bazální stimulace?

19) Jakým způsobem je bazální stimulace do péče integrována?

20) Jaké techniky/prvky bazální stimulace nejčastěji využíváte? Z jakého důvodu? A s jakými pomůckami?

21) Kdo techniky/prvky v péči o pacienta nejčastěji uplatňuje/vykonává?

22) Jaká jsou nejčastější místa iniciálního doteku? Z jakého důvodu? Jak o iniciálním doteku informujete?

23) Jakým způsobem je nejčastěji upravováno pacientovo okolní prostředí?

24) Jaké jsou nejčastější reakce na bazální stimulaci?

25) Jsou reakce monitorovány a vyhodnocovány? Pokud ano, tak kým? Jaký je přínos?

26) Myslíte si, že jste schopna vcítit se do pacientových pocitů? Pokud ano, využíváte svých pocitů při bazální stimulaci?

5. KOMUNIKACE PŘI VYUŽÍVÁNÍ BAZÁLNÍ STIMULACE

27) Jakým způsobem (jakými komunikačními prostředky) pacient nejčastěji komunikuje s okolím?

28) Jakým způsobem s pacientem nejčastěji komunikujete vy?

29) Jsou komunikační schopnosti pacientů monitorovány a vyhodnocovány? Pokud ano, tak kým? Jaký je přínos?

6. VÝZNAM A PŘÍNOS BAZÁLNÍ STIMULACE

30) Jak se nejčastěji projevuje uplatňování bazální stimulace u pacientů? Dochází u nich k nějakým změnám? Pokud ano, tak k jakým?

31) Jaký má uplatňování bazální stimulace pro pacienty přínos? V jakých oblastech?

32) Prosím Vás o srovnání, vycházející z Vaší praxe na pracovišti ARO: Pacient v kómatu v době před uplatňováním metody bazální stimulace vs. pacient nyní při uplatňování bazální stimulace.

33) Vnímáte při uplatňování bazální stimulace úskalí a nedostatky? Pokud ano, tak jaké? Vaše návrhy na jejich řešení?

34) Co bazální stimulace znamená pro Vás samotnou?

35) Jak byste bazální stimulaci co nejdůležitěji specifikovali Vy?

Děkuji Vám za rozhovor.



ZÁZNAMOVÝ ARCH – VRCHNÍ SESTRA

Jméno a příjmení:

Délka praxe/ z toho na ARO:

STATISTICKÉ INFORMACE O ODDĚLENÍ ARO

Prosím Vás o doplnění statistických informací o vašem oddělení:

- **Jak dlouho je na oddělení ARO uplatňována bazální stimulace?**
- **Jakou odbornost má personál z hlediska uplatňování bazální stimulace?**

1. CHARAKTERISTIKA PROSTŘEDÍ A PODMÍNEK PRO UPLATŇOVÁNÍ BAZÁLNÍ STIMULACE

- 1) **Prosím o odhad – u kolika pacientů ročně uplatňujete na vašem oddělení bazální stimulaci?**
- 2) **Má bazální stimulace teoretický základ v nějakém vnitřním předpise? Pokud ano, tak o jaký předpis se jedná?**
- 3) **Jakou máte odbornost z hlediska uplatňování bazální stimulace? Účastníte se vzdělávacích akcí v této oblasti? Plánujete účast na nějaké?**
- 4) **Máte na vašem oddělení nějaké speciální pomůcky pro uplatňování bazální stimulace? Pokud ano, tak jaké?**

- 5) Využíváte na vašem oddělení kromě bazální stimulace ještě jiné terapeutické metody? Pokud ano, tak jaké?

2. CHARAKTERISTIKA CÍLOVÉ SKUPINY PŘÍJEMCŮ BAZÁLNÍ STIMULACE

- 6) Prosím o odhad: jaký věk obvykle mají pacienti, u kterých je bazální stimulace uplatňována?
- 7) Myslíte si, že věk pacienta hraje roli pro úspěšné uplatňování bazální stimulace?
- 8) Jaké mají pacienti, u kterých je bazální stimulace uplatňována, nejčastější onemocnění?
- 9) Jaké faktory jsou rozhodující pro zahájení uplatňování bazální stimulace?
- 10) Je při výběru pacientů pro uplatňování bazální stimulace zohledňována medicínská prognóza?
- 11) Jaké faktory brání uplatňování bazální stimulace?

3. ROLE RODINY A BLÍZKÝCH PŘI UPLATŇOVÁNÍ BAZÁLNÍ STIMULACE

- 12) Je vyžadován písemný (případně jiný) souhlas rodiny pro uplatnění bazální stimulace?
- 13) Jak rodina a pacienti blízcí vnímají uplatňování bazální stimulace?
- 14) Jsou rodina a pacienti blízcí zapojeni do uplatňování bazální stimulace? Pokud ano, tak jakým způsobem?
- 15) Jaké prvky/techniky bazální stimulace shledávají pacienti blízcí jako nejdůležitější? Z jakého důvodu?
- 16) Jak vidíte a hodnotíte zapojení rodiny a blízkých vy?

4. PROCES UPLATŇOVÁNÍ METODY BAZÁLNÍ STIMULACE

- 17) Jsou ještě nějaké informace (kromě informací z biografické anamnézy), které je nutné pro uplatňování bazální stimulace o pacientovi vědět?
- 18) Kdo rozhoduje o zahájení uplatňování bazální stimulace?

19) Jakým způsobem je bazální stimulace do péče integrována?

20) Jaké techniky/prvky bazální stimulace nejčastěji využíváte? Z jakého důvodu? A s jakými pomůckami?

21) Kdo techniky/prvky v péči o pacienta nejčastěji uplatňuje/vykonává?

22) Jaká jsou nejčastější místa iniciálního doteku? Z jakého důvodu? Jak o iniciálním doteku informujete?

23) Jakým způsobem je nejčastěji upravováno pacientovo okolní prostředí?

24) Jaké jsou nejčastější reakce na bazální stimulaci?

25) Jsou reakce monitorovány a vyhodnocovány? Pokud ano, tak kým? Jaký je přínos?

26) Myslíte si, že jste schopna vcítit se do pacientových pocitů? Pokud ano, využíváte svých pocitů při bazální stimulaci?

5. KOMUNIKACE PŘI VYUŽÍVÁNÍ BAZÁLNÍ STIMULACE

27) Jakým způsobem (jakými komunikačními prostředky) pacient nejčastěji komunikuje s okolím?

28) Jakým způsobem s pacientem nejčastěji komunikujete vy?

29) Jsou komunikační schopnosti pacientů monitorovány a vyhodnocovány? Pokud ano, tak kým? Jaký je přínos?

6. VÝZNAM A PŘÍNOS BAZÁLNÍ STIMULACE

30) Jak se nejčastěji projevuje uplatňování bazální stimulace u pacientů? Dochází u nich k nějakým změnám? Pokud ano, tak k jakým?

31) Jaký má uplatňování bazální stimulace pro pacienty přínos? V jakých oblastech?

32) Prosím Vás o srovnání, vycházející z Vaší praxe na pracovišti ARO: Pacient v kómatu v době před uplatňováním metody bazální stimulace vs. pacient nyní při uplatňování bazální stimulace.

33) Vnímáte při uplatňování bazální stimulace úskalí a nedostatky? Pokud ano, tak jaké? Vaše návrhy na jejich řešení?

34) Co bazální stimulace znamená pro Vás samotnou?

35) Jak byste bazální stimulaci co nejdůležitěji specifikovali Vy?

Děkuji Vám za rozhovor.

PŘÍLOHA P IV: SOUHLAS S UMOŽNĚNÍM PŘÍSTUPU K INFORMACÍM



Nemocnice Nové Město na Moravě,
příspěvková organizace

592 31 Nové Město na Moravě, Žďárská ul. 610
Tel.: 566 801 111, fax: 566 801 609, e-mail: sekretariat@nnm.cz
IČO:00842001 DIČ: CZ00842001




Souhlas s umožněním přístupu k informacím

<i>Jméno a příjmení studentky</i>	Bc. Alena Ševčíková
<i>Univerzita:</i>	Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií, Institut mezioborových studií s. r. o., Brno
<i>Studijní program:</i>	Specializace v pedagogice
<i>Studijní obor:</i>	Sociální pedagogika
<i>Téma diplomové práce</i>	Využití bazální stimulace u poskytovatelů zdravotních služeb
<i>Pracoviště:</i>	Nemocnice Nové Město na Moravě, příspěvková organizace
<i>Statutární zástupce:</i>	JUDr. Věrou Palečková, ředitelka

Souhlasím tímto s realizací výzkumu v organizaci, s umožněním přístupu k informacím i s využitím těchto informací pro výše uvedenou studentku z důvodu zpracování diplomové práce. Studentka byla poučena - povinná mlčenlivost a ochrana dat, získaných z poskytnutých informací, vyplývá z jejího pracovní-právního vztahu s organizací.

V Novém Městě na Moravě dne 5.1.2015


JUDr. Věra Palečková
ředitelka nemocnice

Nemocnice Nové Město na Moravě,
příspěvková organizace
JUDr. Věra PALEČKOVÁ
ředitelka

PŘÍLOHA P V: SCHEMA ODPOVĚDÍ Z ROZHOVORŮ

Indikátor	Ot. č.	Otázky	Respondentka č. 1	Respondentka č. 2	Respondentka č. 3	Respondentka č. 4	Respondentka č. 5	Respondentka č. 6	Respondentka č. 7
			Roky praxe/ z toho na ARO - 18/12	Roky praxe/ z toho na ARO - 16/7	Roky praxe/ z toho na ARO - 7/5	Roky praxe/ z toho na ARO - 20/10	Roky praxe/ z toho na ARO - 11/11	Roky praxe/ z toho na ARO - 20/2	Roky praxe/ z toho na ARO - 7,5/5
Charakteristika prostředí a podmínek pro uplatňování bazální stimulace.	1	Prosím o odhad - u kolika pacientů ročně uplatňujete na vašem oddělení bazální stimulaci?	cca 10 ročně	6-8	cca 10 ročně	8-10	8-10 ročně	cca 10	cca 10 ročně
	2	Má bazální stimulace teoretický základ v nějakém vnitřním předpisu? Pokud ano, tak o jaký předpis se jedná?	Nevím.	Ano máme směrnici.	Ano, ošetřovatelský standard.	Máme standard, ve kterém je dokumentace k Bazální stimulaci	Ano, ošetřovatelský standard.	Nevím.	Ano, ošetřovatelský standard.
	3	Jakou máte odbornost z hlediska uplatňování bazální stimulace? Účastníte se vzdělávacích akcí v této oblasti? Plánujete účast na nějaké?	Mám základní kurz. Jiných akcí se neúčastním - nebyla možnost. Pokud to bude možné, tak nástavbový kurz	Mám základní kurz bazální stimulace. Vzdělávacích akcí se neúčastním. Účast neplánuji.	Mám základní kurz bazální stimulace, vzdělávacích akcí se neúčastním - kromě kurzů nic jiného není nabízeno. V budoucnu bych si chtěla udělat nástavbový kurz.	Mám základní kurz bazální stimulace. Vzdělávacích akcí se neúčastním. Účast neplánuji.	Mám základní kurz bazální stimulace. Vzdělávacích akcí se neúčastním. Pokud to bude možné, určité se nějaké akce zúčastním - např. nástavbového kurzu.	Mám základní kurz. Jiných akcí se neúčastním. Pokud bude možnost, chtěla bych si udělat nástavbový kurz.	Základní kurz i nástavbový, spoluúčast při akreditaci oddělení v bazální stimulaci. Jiných akcí se neúčastním. Do budoucna účast plánuji (např. prohlubující kurz).
	4	Máte na vašem oddělení nějaké speciální pomůcky pro uplatňování bazální stimulace? Pokud ano, tak jaké?	1) Kulíkové a různé speciální polštáře (různé tvarované); 2) Speciální přístroje včetně žliček (speciální rukujeť) 3) Hrníčky s pítkem 4) Většinou věci si nosí rodina (s ohledem na osobnost pacienta)	Pomůcky pro polohování - kulíkové, gelové a molitanové polštáře, speciální žlička na krmeni pacienta, barevné povlečení, televize, rádio, malované obrázky, balony, overbally, molitanové míčky, válečky, míčky - ježky. Hodně věcí donášá rodina.	1) Speciální polštáře pro polohování - vestibulární stimulaci, metodu hnízdo, 2) Míčky z různých materiálů, různých velikostí pro masáže 3) Barevné ložní prádlo 4) Malované obrázky, fotografie 5) Speciální přístroje 6) Většinou si hodně pomůček nosí rodina	Pomůcky pro metodu - hnízdo (válečky ve tvaru hada), masážní míčky, válečky pro polohování, barevné povlečení. Nejvíce pomůček zajišťuje rodina s ohledem na individualitu pacienta (obilné věci, věci které patří do pacientova života, prostředky pro hygienu včetně ručníků, žinek atd.)	1) Speciální polohovací polštáře (hady) 2) Různé druhy míčků pro míčkování 3) Speciální přístroje pro pacienty	Masážní míčky, polštáře.	1) Rehabilitační polštáře (hady), 2) Zátěžová příkrývka, 3) barevné ložní prádlo
	5	Jsou na vašem oddělení kromě bazální stimulace využívány ještě jiné terapeutické metody? Pokud ano, tak jaké?	Dornova metoda - provádí fyzioterapeutky	Vojtova metoda - provádí fyzioterapeutky	Různé rehabilitační techniky - zajišťují fyzioterapeuti, kteří dochází na oddělení. Vzhledem k povaze provozu ARO existují omezené možnosti.	Muzikoterapii v rámci auditivní stimulace; Dornova metoda a Vojtova metody - obě metody provádí rehabilitační sestry, které na oddělení pravidelně dochází.	Různé rehabilitační metody, Vojtovu metodu.	Muzikoterapie.	Rehabilitační techniky - zajišťují fyzioterapeutky
Charakteristika cílové skupiny příjemců bazální stimulace	6	Prosím o odhad: jaký věk obvykle mají pacienti, u kterých je bazální stimulace uplatňována?	Různý věk.	Jákovliv.	Jde o pacienty různého věku.	Příjemci bazální stimulace bývají různého věku - od produktivního věku (20-25 až 99...)	Různý věk.	Více starších - nad 60 roků.	50 roků
	7	Myslíte si, že věk pacienta hraje roli pro úspěšné uplatňování bazální stimulace?	Myslím si, že věk nehraje tak velkou roli. Záleží především na zdravotním stavu a také na tom, jaký je/byl člověk ve své podstatě vitální (jaký byl před úrazem)	Spíše je rozhodující druh onemocnění a stav vědomí pacienta. Záleží na individualitě a osobnosti člověka.	Z mého pohledu nehraje věk roli. Jde spíše o osobnost člověka, o jeho přístup k životu.	Pro úspěšné uplatňování bazální stimulace věk pacientů nehraje roli - je to individuální - starší pacienti mohou někdy reagovat lépe, než pacienti mladší - příklad - pac. r. nar. 1954 se vrátil zpět do života a pac. r.nar. 1971 se z koma "probudil" nepodařilo.	Ano. Věk hraje roli - když je pacient mladší, tak se jeho celkový stav lépe zlepšuje na rozdíl od pacientů staršího věku.	Ano. Mladý organismus má lepší schopnosti se regenerovat má mladý metabolismus, chuť do života.	Ano. Pacient mladší má teoreticky vyšší předpoklad k návratu do života.
	8	Jaké mají pacienti, u kterých je bazální stimulace uplatňována, nejčastěji onemocnění?	1) Úrazy mozku 2) Bezvědomí nejasné etiologie (příčiny) 3) Meningitida (=zánět mozkových blan), 4) vigilní kóma (=hluboká porucha vědomí), 5) cévní mozková příhoda, 6) krvácení do mozku	1) úraz hlavy, 2) při pádu z výšky se vytváří tlak v mozku, který je příčinou změny v mozku; 3) cévní mozková příhoda a s ní související tělesná poškození 4) stav, kdy u pacienta vznikne aneurysma (= výdut dutého orgánu) 5) bezvědomí nejasné etiologie (příčiny)	1) Úrazy hlavy 2) Jiné úrazy, u kterých je bezvědomí 3) Cévní mozková příhoda	1) poúrazové poranění mozku 2) polytrauma = sdružené poranění více orgánů, kde je součástí bezvědomí 3) poúrazové bezvědomí (člověk při úraze padne do bezvědomí a už se neprobudí) = přetrvávající kóma 4) cévní mozková příhoda	1) Úrazy hlavy 2) Bezvědomí	Neurochirurgické a neurologické.	1) cévní mozková onemocnění 2) polytrauma - stavy ohrožující pacienta na životě po mnohačetných poraněních např. po haváriích, úrazech atd.
	9	Je při výběru pacientů pro uplatňování bazální stimulace zohledňována medicínská prognóza?	I když víme, že stav je neřešitelný, tak i přesto provádím bazální stimulaci v omezenějším rozsahu, snažíme se zapojit i rodinu (biografický dotazník)	Medicínskou prognózu spíše nezohledňujeme - snažíme se vždy.	Není.	Když je u pacienta "infaustní" (= nepřiznivý, beznadějný) stav, tak se bazální stimulace ani nezahájí. Důvody jsou i etické - aby rodina nebyla psychicky zatěžována (poskytování pomůček pro stimulaci)	V praxi je medicínská prognóza zohledňována.	Nemyslím si.	Ne.
	10	Jaké faktory jsou rozhodující pro zahájení uplatňování bazální stimulace?	1) bezvědomí, ze kterého se pacient neprobouzí 2) po probuzení se nezlepšuje stav vědomí	1) bezvědomí na základě úrazu nebo z nejasné příčiny; 2) krvácení, 3) stav, kdy už není pacient tlumen léky a neprobouzí se; vždy je nutné, aby byl pacient stabilizován	Nelepšící se stav vědomí po vysazení tlumících léků	1) při různých diagnózách pacient po odlnutí nereaguje - přetrvává kóma 2) oběhová stabilita 3) kvalitní biografická anamnéza	Pacient má šanci na přežití a potřebuje zlepšit vnímání a celkový stav.	1) traumata mozku	1) Spolupracující rodina. 2) Více možného zlepšení stavu vědomí s pomocí bazální stimulace
	11	Jaké faktory brání uplatňování bazální stimulace?	Sama jsem se nesetkala s případem, kdy by něco uplatňování bazální stimulace bránilo	1) pokud si rodina nepřeje z důvodu, že pacient nemá rád osobní doteky; 2) když zjistíme, že pacient nemá rád (nesnáší) masáže - řešíme tak, že somatickou stimulaci neprovádíme	Nesouhlas rodiny.	1) zdravotní - akutní stavy, vysoký TK (hypertenze), srdeční arytmie, oběhová nestabilita, 2) nepřesná biografická anamnéza (může snížit výsledky bazální stimulace, nepřiznivě ovlivňovat pacienty) - v takovém případě pouze základní prvky bazální stimulace 3) požadavek rodiny ve smyslu zákazu návštěv určitých osob např. z etických důvodů (aby pacienta nikdo neviděl) případně z důvodů jiných	Nevím o žádných.	Pokud si to rodina nepřeje.	1) Nedostatek informací o pacientovi 2) Nespouprácní rodina

Indikátor	Ot. č.	Otázky	Respondentka č. 1	Respondentka č. 2	Respondentka č. 3	Respondentka č. 4	Respondentka č. 5	Respondentka č. 6	Respondentka č. 7
			Roky praxe/ z toho na ARO - 18/12	Roky praxe/ z toho na ARO - 16/7	Roky praxe/ z toho na ARO - 7/5	Roky praxe/ z toho na ARO - 20/10	Roky praxe/ z toho na ARO - 11/11	Roky praxe/ z toho na ARO - 20/2	Roky praxe/ z toho na ARO - 7,5/5
Role rodiny a blízkých při uplatňování bazální stimulace.	12	Je vyžadován písemný (případně jiný) souhlas rodiny pro uplatnění bazální stimulace?	Písemný ne. Rodinu seznámíme s touto metodou, předáme pro vyplnění dotazník. Zatím se nestalo, aby bazální stimulaci bránili.	Písemný souhlas není vyžadován. Vždy je nejdříve s metodou bazální stimulace seznámíme a vysvětlíme jim její podstatu. Rodině předáme dotazník k vyplnění - pokud něčemu nerozumí, vyplňujeme společně případně jen doplňujeme. Rodina do metody postupně proniká, seznamuje se s jednotlivými technikami a prvky. V zásadě se rodina nikdy nebrání.	Písemný souhlas není vyžadován. Rodina je informována a požádána o spolupráci. Zatím vždy se spolupráci souhlasila.	Písemný souhlas není vyžadován. Ide o vzájemnou dohodu na základě vysvětlení metody bazální stimulace zástupcům rodiny.	Písemný souhlas není vyžadován. O bazální stimulaci informujeme rodinu - ta zatím vždy souhlasila - pouze ústně.	Písemný souhlas ne, pouze slovní souhlas na základě seznámení rodiny s metodou bazální stimulace.	Ne.
	13	Jak rodina a pacienti blízcí vnímají uplatňování bazální stimulace?	Velmi kladně. Většinou se rodina zapojuje, spolupracují s námi. Někdy jim brání nedostatek času, ale máme od nich odsouhlasené "volné ruce". Sama jsem se nesetkala s negativní reakcí.	Positivně, snaží se spolupracovat. Každý se zapojuje po svém - někdo méně, někdo více - někdy až přehnaně moc např. "musíš to udělat!!!!" (sestry musí usměrňovat). Ze začátku bývá obava (pacient připojen na přístroje, všude hadičky atd.), která po čase většinou přejde.	Velice pozitivně. Zpočátku pro ně většinou psychicky náročné, ale snaží se co nejvíce zapojit a vše překonat - pomáháme jim.	Positivně. Zajímají se o problematiku bazální stimulace i o možnosti jejich zapojení.	K bazální stimulaci mají velmi kladný vztah - mají zájem zapojovat se.	Velmi kladně, zapojují se.	Většinou pozitivně. Bazální stimulace jim přináší možnost aktivně se zapojit do péče o nemocného.
	14	Jsou rodina a pacienti blízcí zapojeni do uplatňování bazální stimulace? Pokud ano, tak jakým způsobem?	Ano. 1) Po vysvětlení metody je žádáme, aby nám na základě údajů, vyplněných v dotazníku, donesli co nejvíce pacientových věcí (osobní věci, prostředky pro hygienu, radio, kazety, knížky, oblečení, povlečení, polštář, fotky atd.) 2) Z počátku jim vše při uplatňování vysvětlujeme (techniky, prvky), pokud je vidina zlepšení (příp. propuštění domů), tak se zapojují více do koupeli a masáží, do míčkování, do cvičení s balonky. Členové rodiny pak sami při návštěvách provádějí techniky - z počátku za asistence sestry, později sami.	Ano, jsou zapojeni. 1) Pro uplatňování nástavbových prvků donášejí věci (hyg. prostředky, oblečené věci - plyšáky, polštářky, oblečení, rádio, počítač, DVD/CD, fotografie nebo i plakáty se členy rodiny včetně jmen, obrázky, CD nahrávanými hlasy členů rodiny, oblíbená jídla včetně ovoce, zeleniny, i atypické věci - benzín na přivonění, pletací jehlice pro pacientky-pletačky - je to na kreativitu personálu a blízkých, co vymyslí pro stimulaci; 2) Cvičí si s pacientem atd. a oni s pacientem pracují - ne všichni.	Ano. 1) Poskytují informace o pacientovi - nejen vyplnění dotazníku (biografické anamnézy), ale i další informace v průběhu uplatňování bazální stimulace. 2) Spolupráce při nástavbových prvcích bazální stimulace (orální, sluchová, čichová, hmatová, zraková) - přináší předměty a věci (jídlo, CD a DVD s oblíbenou hudbou, hlasy členů rodiny, oblíbenými filmy, hračky, pracovní nástroje, atd.) - záleží na kreativité rodiny i personálu 3) Pokud mají zájem, učíme je provádět techniky somatické a vestibulární stimulace - pak mohou provádět sami	ANO - rodina vždy pomáhá. Zajímají se o možnosti stimulace. 1) Poskytují informace pro biografickou anamnézu 2) Poskytují pomůcky pro uplatňování nástavbových prvků bazální stimulace 3) Občas pomáhají při hygieně, při které jsou pacienti stimulováni somaticky. 4) Zapojují se do nástavbové stimulace (povídají si s pacientem, vzpomínají, prohlížejí si s pacientem fotky) - pacient slyší známý hlas; ARO umožňuje zapojit se kdykoliv a do jakýchkoliv technik a prvků - záleží na jejich zájmu - většinou ale nástavbová stimulace. Například zpívání sboru u pacientova lůžka.	Ano. 1) Přináší předměty a věci z domu pro nástavbové prvky bazální stimulace 2) Cvičení s rukama a nohama 3) Orální stimulace - oblíbeným jídlem 4) Míčkování - masáže.	Ano. 1) Mají možnost neomezených návštěv; 2) Po zaučení pomáhají při masáží v rámci somatické stimulace; 3) Pomáhají i při jiných technikách bazální stimulace; 4) Zapojují se do nástavbových prvků. 5) Do vestibulární stimulace se zapojují výjimečně.	Ano. 1) Především donášejí z domu nemocnému známé a oblíbené předměty, jídlo atd. 2) Při návštěvě komunikují s pacientem - vypráví mu, čtou mu z knih, atd. 3) Pokud mají zájem, mohou se podílet na hygieně a denní péči o pacienta - není to pravidlem.
	15	Jaké prvky/techniky bazální stimulace shledávají pacienti blízcí jako nejdůležitější? Z jakého důvodu?	1) Z mého pohledu vnímají jako nejdůležitější orální stimulaci (na štetličku do pusy oblíbená jídla - pacienti velmi často reagují) 2) Zklidňující masáže a koupele, které přináší celkové uklidnění - mají pocit, že pacient po nich lépe spí 3) Všechny nástavbové prvky - hudba, fotky, oblíbená jídla, parfémy, atd. 4) Osvěžující masáže - používají většinou při návštěvách, aby pacienta aktivovali	1) Míčkování - jednoduchá technika - pouze vysvětlíme postup, 2) Čtení časopisů - oblíbená činnost - snaží se stimulovat známým hlasem, 3) Prohlížení fotek a videí nejen s filmy, ale i videa z dovolených, z různých událostí atd. 4) koupele - ty méně	Všechny nástavbové stimulace, z důvodu velkého spektra možností stimulací, mohou se sami aktivně zapojovat. Masáže a míčkování - zlepšování stavu poškozených tkání, zlepšování vnímání.	Jako nejdůležitější vnímají prvky nástavbové stimulace (orální - oblíbená jídla, olfaktorické - parfémy, sprchové šampóny, mýdla, krémy), zrakové - fotografie, oblíbené věci, oblíbené filmy, zvukové - oblíbená hudba, čtení oblíbených knížek). O základních prvcích jsou informováni, ale zapojení do nich není časté.	Rodina dbá na to, aby pacient co nejvíce jedl a polykal - tj. orální stimulace. Dále pak všechny nástavbové prvky stimulace.	Všechny nástavbové stimulace, somatická a vestibulární stimulace. Vibrační stimulace málo často - pouze při indikaci.	1) sluchová stimulace 2) hmatová (taktilně haptická) stimulace - dotýkání se známých lidí a věcí
	16	Jak vidíte a hodnotíte zapojení rodiny a blízkých vy?	Určitě pozitivně - doposud každá rodina měla vždy zájem, prožívá vše s námi.	Zapojení je velmi důležité - podstatu je v tom, že pacienti na ně lépe reagují - s aktivním zapojením rodiny je vyšší efektivita bazální stimulace - je "vyšší"	Rodina při bazální stimulaci velmi důležitá bez spolupráce rodiny by ji nebylo možné provádět.	1) bez rodiny by to nešlo 2) přínosy pro všechny zúčastněné strany - pro rodinu (může navštěvovat pacienta kdykoliv) x pro pacienta (rodina vytváří pro pacienta maximálně podnětné prostředí, dochází k rychlejšímu zlepšování zdravotního stavu) x pro personál (spolupráce, pomoc při péči). Ide o vzájemnou spolupráci s přínosy pro všechny strany.	Zcela jednoznačně pacienti pomáhá - slyší známý hlas, cítí známé vůně, vnímá známé dotyky, "vidí" často známé tváře, poslouchá oblíbenou hudbu, atd.	Velmi kladně. Je těžké hodnotit - záleží na přístupu rodiny.	Zapojení je velmi důležité. Pacienta znají nejlépe a vědí, co má rád a naopak.

Indikátor	Ot. č.	Otázky	Respondentka č. 1	Respondentka č. 2	Respondentka č. 3	Respondentka č. 4	Respondentka č. 5	Respondentka č. 6	Respondentka č. 7
			Roky praxe/ z toho na ARO -18/12	Roky praxe/ z toho na ARO -16/7	Roky praxe/ z toho na ARO -7/5	Roky praxe/ z toho na ARO -20/10	Roky praxe/ z toho na ARO -11/11	Roky praxe/ z toho na ARO -20/2	Roky praxe/ z toho na ARO -7,5/5
Proces uplatňování metody bazální stimulace	17	Jsou nějaké informace (kromě informací v biografické anamnéze), které je nutné pro uplatňování bazální stimulace o pacientovi vědět?	Je důležité vědět, co pacient nesnáší (v biografické anamnéze se uvádí pouze neoblibená jídla), například: pacienti nesnáší jakékoliv voňavky (stalo se nám to), nesnáší osobní doteky na určité části těla atd.	Ne, stačí informace získané z biografické anamnézy - ty většinou v průběhu bazální stimulace rodina doplňuje (až postupně pochopí využívání této metody)	Informace z biografické anamnézy jsou základem - postačují pro zahájení bazální stimulace. V průběhu uplatňování bazální stimulace více komunikujeme s rodinou a postupně informace doplňujeme.	Postačují informace z biografické anamnézy.	Informace z biografické anamnézy jsou dostačující (po zahájení bazální stimulace mohou být tyto informace průběžně doplňovány)	Asi nic.	Alergie
	18	Kdo rozhoduje o zahájení uplatňování bazální stimulace?	Zahájeno bývá z popudu sester. Při hygieně zkusíme somatickou stimulaci - oznámíme lékaři, že začínáme uplatňovat bazální stimulaci - nestalo se, že by nesouhlasil, zavedení bazální stimulace do dokumentace	Sestra a lékař po vzájemné dohodě - spíše jde o aktivitu sestry.	Sestra ve spolupráci s lékaři.	Lékař ve spolupráci se sestrou - pokud je pacient či nikoliv. Ne vždy je pacient vhodný pro bazální stimulaci, neboť je tlumený léky - až se odtlumí, čeká se, že se probudí - pokud ne, zahájí se stimulace.	Vrchní sestra s ošetřujícími sestrami + s lékařem	Ošetřovatelský personál po domluvě s lékařem a s rodinou.	Přijímající sestra spolu s lékařem (už při příjmu pacienta se zvažuje vhodnost zahájení bazální stimulace)
	19	Jakým způsobem je bazální stimulace do péče integrována?	1) Po vyplnění dotazníku je stanoven iniciační dotek + oslovení - při vstupu do boxu pozdrav + při přistoupení k pacientovi z důvodu nějaké činnosti iniciační dotek + oslovení 2) Zapojení koupele/masáže do hygieny, která se provádí 2x denně (ráno osvěžující, večer zklidňující) - v průběhu vše slovně pacientovi (případně i zástupcům rodiny) popíšeme (masáže možno provádět i během dne) 3) Používání co nejvíce pacientových pomůcek a prostředků při hygieně (mýdlo, žínky, ručníky, sprchové šampóny, šampóny na vlasy atd.) 4) S pacientem vědomě pořád mluvíme, popisujeme a vysvětlujeme všechny činnosti, co s nimi provádíme 5) Přidáme techniku míčkování - stimulace části těla míčky různých velikostí, z různých materiálů, různých povrchů (je individuální) 6) mikropohování - časté malé změny poloh	1) Po vyplnění dotazníku je stanoven iniciační dotek + oslovení - začne se ihned 2) do ránní a večerní hygieny začleníme aktivizující (ráno) a zklidňující (večer) koupel, necháme si přinést oblíbené sprchové šampóny, krémy, deodoranty, kartáček na zuby atd., 3) postupná úprava okolního prostředí pacienta v závislosti na tom, jak nosí členové rodiny věci. 4) Do polohování, které provádíme i v běžné oš. péči zařadíme speciální techniky a prvky (např. vestibulární stimulace, metoda ovesného klasu), 5) do péče zařadíme stimulační masáže, míčkování, jídlo atd.	1) Rozhodnutí o zahájení uplatňování. 2) Informace rodině - žádost o vyplnění dotazníku (biografické anamnézy), přinesení věcí, předmětů 3) Iniciační dotek + oslovení - cedulka na dveře boxu 4) Somatická stimulace - ráno a večer koupele, po koupelích ještě masáže (s pomocí pacientových hygienických prostředků i ručníků, žinek atd. - pokud rodina donese) 5) Během dne: polohování hnízdo, mikropohování (vestibulární stimulace), masáže míčky, nástavbové prvky - přijde rodina - čte z knihy, mluví - vzpomíná, oblíbené jídlo (do gázy a do úst), ukazuje fotografie,	Rozhodnutí o zahájení bazální stimulace lékařem - zápis do dokumentace - není přesně stanoven postup - vše se odvíjí od toho, co rodina poskytne - zpravidla nejdříve stanovení iniciačního doteku + oslovení - používání ihned při jakýchkoliv činnostech s pacientem - ráno a večer při hygieně somatická stimulace - koupele (uklidňující, osvěžující, neurofyziologická) - denně vestibulární stimulace (otáčení hlavou - různá zorná pole- různé stimuly, polohování - hnízdo) + úprava okolního prostředí, aby bylo podnětné (prvky nástavbové stimulace)	1) Stanovení iniciačního doteku + oslovení; 2) Do ránní a večerní hygieny - aktivizující a zklidňující koupele a masáže - somatické stimulace 3) Orální stimulace + provádění ostatních nástavbových prvků s pomocí předmětů a věcí, které poskytne rodina 4) Vestibulární stimulace - polohování hlavou, tělem, proplétání prstů a překřívání nohou	1) Nejdříve rodině - dotazník (biografická anamnéza); 2) Vysvětlení metody členům rodiny - vyzvání k donesení věcí; 3) polohování, mikropohování (polohování po půl hodině, masáže, koupele)	Změna (úprava) přístupu k pacientovi zdravotnickým personálem. Oznámení o zahájení bazální stimulace cedulkou na boxu pacienta. Přizpůsobení se možnostem rodiny. Podávání oblíbených a známých pokrmů, zvuků, vůní. Režim dne ovlivněn běžnými činnostmi nemocného.
	20	Jaké techniky/prvky bazální stimulace nejčastěji využíváte? Z jakého důvodu? A s jakými pomůckami?	1) iniciační dotek + oslovení (při zahájení i ukončování činnosti) 2) koupele a masáže při hygieně (2x denně). V podstatě provádíme všechny prvky a techniky bazální stimulace, kromě vibračních masáží celého těla (vibrační masáže provádíme pouze ve vhodných případech a pouze na některé části těla); masáže stimulujících dýchání (ty provádíme pouze při potřebě, aby si pacient odkašlal) a kontaktního dýchání (to provádíme, když jsou pacienti neklidní a mají zrychlené dýchání)	1) Prvky a techniky somatické stimulace; 2) vestibulární stimulaci a 3) všechny druhy nástavbové stimulace - vše společně je pro pacienta důležité	1) Iniciační dotek - při jakýchkoliv činnostech 2) Nástavbové prvky 3) Ranní a večerní hygiena - koupele, masáže (somatická stimulace)	1) Somatická stimulace (ex. očím, koupelí, během dne míčkování (osvěžující stimulace), 2) vestibulární stimulace (denně - otáčení hlavou, polohování), 3) nástavbové prvky (neustále od zahájení); vibrační stimulace i masáže stimulující dýchání - pouze v případech, kdy je pacient zahlezněn, nebo nepravdělně dýchá; Pro somatickou stimulaci používáme pomůcky, které máme k dispozici na oddělení + pro koupele pacientovy obvyklé hygienické prostředky (mýdlo, sprchový šampón,	1) Iniciační dotek; 2) Ranní hygiena - aktivizující koupele a masáže; 3) donesení předmětů a osobních věcí pro nástavbové prvky - hlavně oblíbená jídla pro orální stimulaci (čokoláda v gáze); 4) Nástavbové prvky - hmatová, sluchová, oční; 5) Míčkování - somatická stimulace; Všechny metody pomáhají ke zlepšování stavu pacientů. 6) Polohování hnízdo - často během dne	1) iniciační dotek; 2) somatická stimulace - polohování "hnízdo" s pomocí polštářů, masáže, koupele (ráno aktivizující, večer zklidňující), 3) vestibulární stimulace - pohyby hlavou, tělem; 4) dechová rehabilitace; 5) polohování hnízdo - odpočinek mezi aktivitami 5) vestibulární stimulace - polohování hlavou, pohyby celým tělem (ve vhodných	
	21	Kdo techniky/prvky v péči o pacienta nejčastěji uplatňuje/vykonává?	sestra	sestry	sestry	všeobecné sestry	sestry	sestra	službu konající sestra
	22	Jaká jsou nejčastější místa iniciačního doteku? Z jakého důvodu? Jak o iniciačním doteku informujete?	Nejčastěji pravé rameno + oslovení po dohodě s rodinou - individuální. Informujeme pomocí cedulky připevněné na dveřích boxu - zde uvedeno místo iniciačního doteku + oslovení	pravé rameno, případně ruka - hlavní ne tzv. intimní místa. Pokud má rodina připomínky, tak změníme.	Rameno. Jde o veřejnou zónu. O iniciačním doteku informujeme umístěním cedulky na dveře boxu - zde uvedeno místo iniciačního doteku a oslovení.	levé rameno + oslovení (místo doteku bez dohody s rodinou, oslovení ano); na dveřích boxu informační tabulka s popisem inic.doteku + oslovení	Pravé rameno - je to zvyk. Informujeme cedulkou na dveřích boxu s uvedením místa iniciačního doteku a oslovení	Stanovení na základě informací z dotazníku. Většinou rameno, informujeme cedulkou na dveři - zde uvedeno místo a oslovení.	Ruka - oblast ramene - iniciační dotek nesmí zasazovat do intimních oblastí. Informujeme cedulkou u vstupu do boxu
	23	Jakým způsobem je nejčastěji upravováno pacientovo okolní prostředí?	celé okolní prostředí přizpůsobíme osobnosti pacienta - např. plakáty s členy rodiny s popisnými jmen a příbuzenských vztahů, rádio, do ruky např. pomůcky, se kterými pacient často pracoval (např. nářadí), které využíval v rámci koníků (například asistované drnkání na kytaru - sledování kreativních sestry, žehlení, rodov	Do zorných polí pacienta věci donesené rodinou - je možné upotřebit i pomůcky z našeho oddělení (povlečení, obrázky, televize, rádio atd.)	Prostředí musí být co nejvíce poutavé. Do různých zorných zón věšíme obrázky, fotografie rodiny, plakáty, oblíbené předměty, do lůžka plyšáky, do rukou známe předměty. Rádio či CD/DVD přehrávač atd., navoňujeme pacienta oblíbeným parfémem, vůně oblíbených lidí, pohled atd.	1) věci z domu do zorných polí pacienta (foto, hodiny, atd.) 2) barevné povlečení, pacient je oblečen ve svém oblečení - rozříznuté tričko, ponožky, atd. 3) do ruky plyšáky 4) pod hlavu oblíbené polštářek	1) Umístíme obrázky, fotografie; 2) Necháme přinést rádio a oblíbenou hudbu, hlasy atd. - umístíme do vhodného místa 3) Oblečeme do osobního prádla, domácí ložní prádlo 4) parfémy, prostředky pro hygienu, pomůcky atd.	Rozvěšují se fotky, obrázky, oblíbené předměty (mohou se vystavit, dát i do lůžka vedle pacienta), rádio - použít se hudba, televize - vše pokud možno do zorných polí	Vyvěšení obrázků, předmětů z domu po celém boxu, domácí oblečení, vlastní hygienické pomůcky atd.

Indikátor	Ot. č.	Otázky	Respondentka č. 1	Respondentka č. 2	Respondentka č. 3	Respondentka č. 4	Respondentka č. 5	Respondentka č. 6	Respondentka č. 7
			Roky praxe/ z toho na ARO - 18/12	Roky praxe/ z toho na ARO - 16/7	Roky praxe/ z toho na ARO - 7/5	Roky praxe/ z toho na ARO - 20/10	Roky praxe/ z toho na ARO - 11/11	Roky praxe/ z toho na ARO - 20/2	Roky praxe/ z toho na ARO - 7,5/5
Proces uplatňování metody bazální stimulace	24	Jaké jsou nejčastější reakce na bazální stimulaci?	1) grimasy v obličeji; 2) otevírání očí; 3) celkový výraz v obličeji; 4) stisknutí ruky při žádosti; 5) mrknutí (např. při odpovědi ano - 2x mrknout - při odpovědi ne - 1x mrknout); 6) malé pohyby rukou a nohou;	1) viditelný stisk čelisti; 2) pohyby ústy "do kapříka" - sací reflex; 3) otevírání očí při činnosti s pacientem, 4) začíná pečující sestru sledovat; 5) viditelná svalová činnost (snaha pohnout končetinou); 6) snaha otočit hlavou v reakcích na otázky;	1) Změny fyziologických funkcí (poznáme na monitorech životních funkcí) - ne vždy jde ale o reakci 2) Otevírání očí, krátkodobé zaměření pozornosti na sestru 3) Pohyby ústy, zatínání čelisti 4) Pohyby končetinami, hlavou	1) žmoulání čokolády 2) fixace pohledu (očí) směrem k personálu 3) pohnutí prstem ruky, prsty na noze 4) zvýšení tepové frekvence (pacient je neustále monitorován) - tuto změnu často hlásí rodina, ale ne vždy něco signalizuje	1) Zvyšování krevního tlaku a pulzu 2) Žužání jídla (pohyby ústy 3) Pohyby prstů na končetinách	1) otevření očí; 2) stisk ruky - většinou při vizitě - lékař vyšetřuje a požádá pacienta o stisk ruky - pacient reaguje); 3) pohyb končetinou	Změny fyziologických funkcí (teplota, tlak, pulz, dech)
	25	Jsou reakce monitorovány a vyhodnocovány? Pokud ano, tak kým? Jaký je přínos?	Sebeměší změnu píšeme do oš. dokumentace, do hlášení sester + sdílujeme ústně. Reakce zaznamenává sestra - informace lékaři při příchodu k pacientovi nebo při vizitě - lékař také eviduje	Předávání ústně (sestra - sestra, při vizitě sestra - lékař) a do oš. dokumentace	Ano. Ošetřující sestra monitoruje neustále, provádí zápisy do oš. dokumentace - informace předává střídající sestře i ústně. Vyhodnocování kdykoliv při návštěvě lékaře, 1x za 7 dnů Barthelův test soběstačnosti (netýká se primárně reakcí na bazální stimulaci)	Hodnocení v rámci hlášení sester - při vizitě oznámí lékaři, který posoudí stav vědomí.	Ano. Informace předáváme ústně i do hlášení. Informujeme pravidelně lékaře - většinou při jeho příchodu nebo při vizitě. Informujeme také rodinu. Ze dne na den sledujeme a vyhodnocujeme.	Sestry uvádí do oš. dokumentace do hlášení, lékař hodnotí pravidelně několikrát za den, 1x za 7 dnů provádíme hodnocení pacienta (Barthelův test soběstačnosti),	Ano. Monitoring provádí službu konající sestra do archu hodnocení stavu pacienta. Předávání v rámci předávání služeb. Přinosem je kontinuální sledování změn a stavu pacienta.
	26	Myslíte si, že se dokážete vcítit do pacientových pocitů? Pokud ano, využíváte svých pocitů při bazální stimulaci?	"Hrozně moc". Jsem hodně emotivní. Svě pocity využívám při práci na 100% i u lidí, u kterých se bazální stimulace neuplatňuje.	Na hodně procent <i>Poznámka: sestra nejdříve řekla, že na 100% procent, poté odpověď upravila.</i>	Ano. Během péče se neustále snažím zohledňovat předpokládané pacientovy pocity.	Určité ano, při péči jsem schopna si uvědomovat pocity pacienta, například upozorňuji na nepříjemné zvuky, při provádění somatické stimulace (i jiné) chci být sama, abych se věnovala pouze pacientovi a také s ním komunikovala.	Snažím se vcítovat co nejvíce.	Ano. Myslím si, že jsem přehnaně empatický člověk, s pacienty vše prožívám (když jsem začala pracovat na ARO, tak jsem kvůli své empaticčnosti měla velké problémy)	Ano. Na základě osobní zkušenosti v rámci absolvoování základního a nástavbového kurzu bazální stimulace. Svých pocitů určité využívám - snažím se vzpomenout na své pocity a omezovat nepříjemné podněty.
Komunikace při využívání bazální stimulace	27	Jakým způsobem (jakými komunikačními prostředky) pacient nejčastěji komunikuje s okolím?	1) změny výrazu v obličeji; 2) otevírání očí; 3) stisknutí ruky při žádosti; 4) mrknutí (např. při odpovědi ano - 2x mrknout - při odpovědi ne - 1x mrknout); 5) malé pohyby rukou a nohou; 6) při vědomí - zvuk při omezenosti	1) neverbálně, pokud je pacient schopen, tak i verbálně; 2) pomocí tabulky s písmenkami; 3) stiskem ruky; 4) kývnutím hlavy; 5) mrknutím	Je to různé. Pokud v úplném bezvědomí, tak žádná komunikace. Pokud mírně zlepšení, tak většinou mrknutí očí, stisknutí ruky. Může být i pohyb hlavou, pohyb ústy atd.	Jeho komunikačními prostředky jsou reakce na prováděný technik bazální stimulace (začne žmoulat čokoládu, fixuje pohled očí na sestru, pohne prstem ruky, nohy, případně končetinou)	Snažíme se domluvit na nějakém signálu - způsobu komunikace - často - mrknutí očima, stisknutí ruky.	1) Změny fyziologických funkcí (teplota, tlak, pulz, dech), 2) stisk ruky 3) pohyby očí 4) pohyby hlavou	
	28	Jakým způsobem s pacientem nejčastěji komunikujete vy?	Převážně verbálně, bez ohledu na to, zda je při vědomí či nikoliv.	1) iničiálním dotekem; 2) při jakékoliv činnosti komentujeme, co děláme	Snažím se pořád mluvit, co dělám, co bude, co je nového atd. Všechny činnosti v rámci péče zahajuji iničiálním dotekem a oslovením. Ve vhodných případech se snažím navázat komunikaci - smluvit si prostředek komunikace (stisknutí ruky, mrknutí, pohyb končetinou, hlavou atd.)	Iničiální dotek + oslovení, dále pak nejvíce verbálně - během činnosti s pacientem neustále mluvím, popisuji co pacientovi dělám a co budu dělat - důležitě je být při této činnosti úplně sama bez jakýchkoliv rušivých elementů	1) Iničiální dotek; 2) Verbální komunikace - pořád na pacienta mluvím - kdykoliv s ním dělám nějaké činnosti; 3) Dále komunikuji smluvními signály	1) Pozdravím hned ve dveřích a přístupím k lůžku; 2) Iničiální dotek + oslovení; 3) Mluvíím na pacienta, dotýkám se ho; 4) Upozorňuji ho na jakoukoliv změnu (např. rozsvěcení světla);	1) iničiální dotek - přístup k pacientovi+oslovení - upozornění nemocného, že se něco děje 2) doteky během koupeli a masáží i při ostatních činnostech
	29	Jsou komunikační schopnosti pacientů samostatně monitorovány a vyhodnocovány? Pokud ano, tak kým? Jaký je přínos?	hlášení sester v oš. dokumentaci + ústní předání sestře, která střídá a také lékaři	vše píšeme do hodnocení v ošetřovatelské dokumentaci během služby, 1x týdně se přehodnocuje celkový stav pacienta na základě informací, uvedených v ošetřovatelské dokumentaci	Samostatně ne. Vše v rámci ošetřovatelské dokumentace a denních hlášení.	Komunikační schopnosti vyplývají ze zaznamenaných reakcí v dokumentu (záznamu reakcí), který je součástí oš. dokumentace. Jakékoliv změny jsou hlášeny při lék. Vizitě. Přínos dokumentace neustálá kontrola a monitorace, sestra velmi brzy pozná, že se něco děje.	Ústně a do hlášení. Ze dne na den sledujeme i vyhodnocujeme.	1) hlášení sester v ošetřovatelské dokumentaci; 2) Barthelův test soběstačnosti - provádí se při příjmu a pak 1x za 7 dnů	Ano, sestrou konající službu. Přinosem je možnost sledovat příjemné a nepříjemné vjemy.

Indikátor	Ot. č.	Otázky	Respondentka č. 1	Respondentka č. 2	Respondentka č. 3	Respondentka č. 4	Respondentka č. 5	Respondentka č. 6	Respondentka č. 7
			Roky praxe/ z toho na ARO - 18/12	Roky praxe/ z toho na ARO - 16/7	Roky praxe/ z toho na ARO - 7/5	Roky praxe/ z toho na ARO - 20/10	Roky praxe/ z toho na ARO - 11/11	Roky praxe/ z toho na ARO - 20/2	Roky praxe/ z toho na ARO - 7,5/5
Význam a přínos bazální stimulace	30	Jak se nejčastěji projevuje uplatňování bazální stimulace u pacientů? Dochází u nich k nějakým změnám? Pokud ano, tak k jakým?	Na pacienty má dobrý vliv: 1) zlepšují se jejich pohybové schopnosti; 2) dokážou vnímat sebe i okolí; 3) Orální stimulace - pacienti začínají ve spolupráci sami jíst; 4) nácvik sebezpěče - hygiena → zvyšování soběstačnosti; 5) Zlepšování komunikačních schopností - učí se číst (při některých diagnózách), případně se učí mluvit (stavy po tracheostomii)	1) celkové zlepšování zdravotního stavu; 2) zlepšování uvědomování si sama sebe; 3) postupný návrat do běžného života;	Zdravotní stav se rychleji zlepšuje, pokud je šance.	podněcuje probouzení, jsou schopni omezeně komunikovat, začínají hýbat končetinami, změny v pozornosti,	Zdravotní stav se rychleji lepší. U mladších bývá rychlejší postup pozitivních změn ve všech oblastech.	Zlepšování zdravotního stavu, pokud má člověk předpoklad zlepšování	Pocit rychlejšího zlepšení stavu - opakování známých činností dochází podněcuje uvědomování si sebe sama, uvědomování si času a prostoru, pacientům umožňuje předvídat opakované denní činnosti.
	31	Jaký má uplatňování bazální stimulace pro pacienty přínos? V jakých oblastech?	Pohybové schopnosti, vnímání, komunikace, SOBĚSTAČNOST	Bazální stimulace má přínos v oblasti vnímání a komunikace, zvyšování úrovně soběstačnosti (např. aktivní spolupráce při hygieně) - celkově řečeno u pacientů dochází ke zvyšování kvality života.	Zvyšování kvality života ve všech oblastech, např. komunikace, soběstačnost, vnímání, pohyby, myšlení, atd.	1) pacienti v kómatu - rychlejší proces probouzení, když jsou při vědomí - díky podnětnému okolí se snaží komunikovat - i když na omezené úrovni, mají zhoršenou pozornost - krátkodobé sledování okolí - chvíli jsou na tom lépe, chvíli hůře - při uplatňování bazální stimulace se jejich stav a schopnosti rychleji zlepšují; 2) u pacientů již probuzených a při vědomí se často stává, že jejich vývoj se zastaví - bazální stimulace musí být stále uplatňována - s pomocí metody je totiž možné pacienta znovu "nastartovat" 3) souhrnně: pokud existuje u pacienta šance, tak bazální stimulace podporuje proces zlepšení - vše jde rychleji 3)oblasti přínosu - týká se celkového stavu - nejvíce vnímání sebe i okolí, komunikační schopnosti, pohybové schopnosti, psychický stav	Bazální stimulace přináší pacientům zvyšování kvality života ve všech oblastech -, např. vnímání, sebeobsluha, zlepšování hrubé i jemné motoriky, komunikace atd.	Přínos má z mého pohledu ve všech oblastech. Pokud má člověk předpoklad zlepšování, tak je velmi přínosná, pokud člověk potenciál nemá - je možné brát bazální stimulaci jako rehabilitační techniku	Vnímání okolí i sebe sama.
	32	Prosím Vás o srovnání, vycházející z Vaší praxe na pracovišti ARO: pacient v době před uplatňováním bazální stimulace a pacient v současnosti při uplatňování bazální stimulace.	Určitě je velký rozdíl - péče nebyla tak podnětově bohatá, člověk přistupoval k pacientovi spíše mechanicky naučenými postupy, osobnost a individualita pacienta nebyla respektována. Při bazální stimulaci se pacienti často rychleji lepší, bazální stimulace má pozitivní vliv na psychiku pacientů i rodiny. Je velmi důležitá.	Pokud se bazální stimulace nedělá, je u pacientů vyšší míra rizika stagnace jejich stavu, zastavení vývoje kupředu v oblasti vědomí a uvědomování si sama sebe.	Bazální stimulace poskytuje mnoho příležitostí při péči o nemocné - vytvoření maximálně podnětného prostředí, zohledňujícího individualitu a osobnost nemocného (především v spolupráci s rodinou). Zapojení rodiny dříve nebylo tak kreativní.	pacienti bez bazální stimulace - horší stavy, pomalejší zlepšování x pacienti při bazální stimulace - rychlejší zlepšování jejich stavu	Změna k lepšímu v přístupu k pacientů - u pacientů v bezvědomí jsme nedělali orální stimulaci (ani by nás to nenapadlo); místo současně používané vibrační stimulace (např. při zahlenění) jsme pacientům poklepalí na tělo - muselo to být velmi nepříjemné.	Jsem zde krátce a s obdobím před uplatňováním bazální stimulace nemám zkušenost - nemohu se k tomu vyjádřit.	
	33	Vnímáte při uplatňování bazální stimulace úskali a nedostatky? Pokud ano, tak jaké? Vše návrhy na jejich řešení?	Ano. 1) Návažnost péče na dalších odděleních nemocnice; 2) Bazální stimulaci vnímám jako nezbytnou při péči o pacienty bez ohledu na typ péče (intenzivní, běžná ošetrovatelská atd.), proto by měla minimálně základním kurzem projít každá zdravotní sestra - určitě by se změnil jejich přístup k pacientům → bazální stimulaci	Ano. 1) V naší nemocnici není následná péče (jde o celorepublikový problém); 2) Na oddělení nemáme z ekonomických důvodů dostatek pomůček pro uplatňování metody bazální stimulace (je jich spousta).	Návažnost péče v nemocnici, vim, že některé sestry na odděleních už prošly základním kurzem bazální stimulace, nicméně na žáném z oddělení nemocnice nebyla tato metoda doposud zavedena.	Žádná úskali a nedostatky nevnímám.	Žádná úskali a nedostatky nevnímám.	Ano. 1) Navazující oddělení nepracují s metodou bazální stimulace; 2) Je škoda, že bazální stimulaci si nemohou udělat všichni z oddělení; 3) mělo by to být tak, že základní kurz bazální stimulace by si měly sestry udělat ihned při nástupu na oddělení - bazální stimulace by byla správně prováděna. Mluvíím ze své zkušenosti - sama jsem	V rámci oddělení: nedostatek klidu v okolí, rušení přístroji a světlem. V rámci nemocnice: chybějící návazná péče.
	34	Co bazální stimulace znamená pro Vás?	Pro mě je to jedna z nejdůležitějších přístupů v péči o pacienta. Má velký vliv na jeho uzdravení a pokroky - přispívá ke zlepšování pacientova celkového stavu.	Mohu člověku hodně pomoci, aby se vrátil do života. Bazální stimulace mi přináší uspokojení z toho, že dělám pro pacienty něco přínosného - něco navíc.	Bazální stimulace velice pomáhá. Umožňuje chápat potřeby pacientů.	Přínos zejména pro pacienty.	Bazální stimulace mi umožňuje udělat pro pacienty něco navíc. Větší a bližší vztahy s rodinou - díky nim o pacientovi víc víme a můžeme tak adekvátně upravovat přístupy.	Přijde mi jako něco, co do života běžně patří.	Rozšíření znalostí v péči o pacienta - rozšíření péče o pacienta.
	35	Jak byste bazální stimulaci co nejvýšší specifikovali Vy?	Maximální včítění se do role pacienta, což obohacuje můj přístup k němu.	Metoda pomáhající k návratu do života.	Bazální stimulace je životní přístup, který pomáhá nejen nemocným.	Bazální stimulace umožňuje vracet člověka zpět do života.	Bazální stimulace - snaha o zlepšení kvality života pacientů.	Přirozenost, empatie.	Metoda přístupu k pacientovi.

Tělesný kontakt:

Je zvyklí na tělesný kontakt? ANO NE

Na kterém místě nemá rád dotek?

Spánek:

Obvykle spí na: záda břicho pravý bok levý bok

Jak spí? chodí časně spát chodí pozdě spát v noci se budí

vstává velmi časně spí ráno dlouho odpolední spánek

Má nějaký oblíbený polštář, deku, jiné?

Přineseno: ANO NE

Přikrývá se tak, že si dá deku až za ramena? ANO NE

Kolik hodin denně spí? Má hodně zatemněno při spánku? ANO NE

Jídlo a pití:

Upřednostňuje chutě: sladké kyselé ostré slané

Teplota jídla? teplé vlažné studené

Konzistence: měkké pevná strava tekutá strava

Oblíbený nápoj oblíbený pokrm

Nesnází

Přinesené vlastní předměty (např. hrnek)

Vlastní přinesené

poživatiny

Potíže při polykání? ANO NE specifikujte



NEMOCNICE NOVÉ MĚSTO NA MORAVĚ, p. o.
Nové Město na Moravě, Žďárská 610, 592 31
Tel.: 566 801 111; e-mail: sekretariat@nmm.cz

**OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA V KONCEPTU BAZÁLNÍ
STIMULACE PRO ANESTEZIOLOGICKO RESUSCITAČNÍ
ODDĚLENÍ**

Vyprazdňování:

Močení: spontánní poruchy mikce léčba medikamenty

Jaké poruchy?

Při inkontinenci užívá: ink. vložky plen. Kalhotky perm. katetr

Stolice: bez problémů obstipace průjem

Specifikujte problémy:

Sluch:

Sluch postižen: ANO NE

vpravo vlevo

Specifikujte postižení:

Sluchadlo: ANO NE

Oblíbená hudba, popř. rozhlasové či TV pořady:

Zvuky, na které je zvyklý:

Přinesené předměty:

Zrak:

Porucha zraku: ANO NE

vpravo vlevo

Specifikujte:

Brýle: ANO NE **Čočky:** ANO NE

Medikace: oční kapky oční masti

Přinesené předměty:

Regulace tělesné teploty:

Trpí na: pocení je mu často zima nic zvláštního

Jiné, specifikujte:

Pohyb, tělesná aktivita:

Zvyklý na aktivní pravidelnou tělesnou aktivitu? ANO NE

Jakou?

Specifikujte postižení: poruchy rovnováhy hemiplegie poruchy citlivosti
 hypotonie elasticita kontraktury

Lokalizace, popř. jiná specifikace:

Kompenzační pomůcky:

Způsob života:

Povolání:

Koníčky, zájmy:

Děti, vnoučata:

Zvířata:

Přinesené předměty vztahující se k povolání, zájmům:

Víra:

Jak snáší bolesti?

Jak zvládá zátěžové situace?

Má relaxační techniky?

Důležitý zážitek v poslední době?

Jiné:


Přinesené předměty k uspořádání jeho okolí:

.....

Anamnézu sepsal/la: Dne:

Dotazy zodpověděl/la: Je v poměru k pacientovi:

PŘÍLOHA P VII: REALIZACE VÝKONŮ BAZÁLNÍ STIMULACE - VZOR

	Nemocnice Nové Město na Moravě, příspěvková organizace Žďárská 610 592 31 Nové Město na Moravě	<h3 style="margin: 0;">REALIZACE VÝKONŮ BAZÁLNÍ STIMULACE</h3>
-----------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------

Pacient:	RČ:	ODD:
Datum		
Směna		
Iniciální dotek		
Tlumení		
Zklidňující koupel		
Aktivující koupel		
Kontaktní dýchání		
Masáž stimulující dýchání		
Poloha hnízdo		
Poloha mumie		
Mikropolohování		
Propletení prstů rukou		
Překřížení dolních končetin		
Otáčení hlavy		
Polohování		
Pohyb ovesného klasu		
Orální stimulační pomoci:		
Obrázky		
Fotky		
Televize		
Rádio		
Mp3		
Hlas příbuzného		
Rozhovor		
Oblíbený předmět		
Osobní prádlo		
Podpis sestry D		
Podpis sestry N		