

Bazální stimulace a její aplikace do intenzivní ošetrovatelské péče

Jitka Vaculčíková

Bakalářská práce
2009



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav zdravotnických studií
akademický rok: 2008/2009

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Jitka VACULČÍKOVÁ**

Studijní program: **B 5341 Ošetrovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Téma práce: **Bazální stimulace a její aplikace v intenzivní ošetrovatelské péči**

Zásady pro vypracování:

1. Vymezte cíle pro bakalářskou práci.
2. Zpracujte dostupné informační zdroje týkající se konceptu bazální stimulace na pracovištích ARO a JIP.
3. Zmapujte okolní pracoviště ARO a JIP, kde pracují s konceptem bazální stimulace.
4. Provedte kvantitativně-kvalitativní šetření na vybraných pracovištích.
5. Vyhodnoťte výsledky dotazníků, rozhovorů a pozorování.
6. Vypracujte protokol o zavedení konceptu bazální stimulace do praxe na pracovištích ARO a JIP.

Rozsah práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

BÁRTLOVÁ,S.,SADÍLEK,P.,TÓTHOVÁ,V.,Výzkum a ošetřovatelství, 2. přeprac. a dopl.vyd. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2008, 185 s., ISBN 978-80-7013-467-2.

FRIEDLOVÁ,K., Bazální stimulace pro učitele předmětu ošetřovatelství 1. a 2 díl, 2. vyd. Frýdek-Místek: INSTITUT Bazální stimulace s.r.o., 2006, 100 s., ISBN 80-239-6132-3.

FRIEDLOVÁ,K., Bazální stimulace v základní ošetřovatelské péči, 1.vyd. Havlíčkův Brod: Grada Publishing, a.s., 2007, 168 s., ISBN 978-80-247-1314-4.

FRIEDLOVÁ,K., Bazální stimulace u pacientů na ARO a JIP, Ročenka intenzivní medicíny, 1.vyd. Praha: Galén, 2003, 313-316 s., ISBN 80-7262-227.

IVANOVÁ,K., JURÍČKOVÁ,L., Písemné práce na vysokých školách se zdravotnickým zaměřením, 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2005, 98 s., ISBN 80-244-0992-5.

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Monika Dlesková

Ústav zdravotnických studií

Datum zadání bakalářské práce:

30. listopadu 2008

Termín odevzdání bakalářské práce:

12. ledna 2009

Ve Zlíně dne 30. listopadu 2008



prof. PhDr. Vlastimil Švec, CSc.
děkan

L.S.

Mgr. Helena Fremlová
ředitel ústavu

ABSTRAKT

V bakalářské práci shrnuji problematiku aplikace bazální stimulace v intenzivní ošetrovatelské péči do klinické praxe. V teoretické části se snažím objasnit základní principy a teze konceptu se zaměřením na bio-psycho-sociální potřeby kriticky nemocného.

Záměrem praktické části bylo zmapování okolních intenzivních pracovišť, která pracují s bazální stimulací v ošetrovatelské praxi. Cílem a podstatou práce bylo prozkoumat a zjistit podmínky implementace konceptu do intenzivní ošetrovatelské praxe.

Metodologický přístup pro řešení výzkumu jsem záměrně zvolila kvalitativně – kvantitativní strategii. Techniky sběru výzkumných dat jsem si vybrala z kvalitativních metod zúčastněné pozorování a strukturovaný rozhovor. Z kvantitativních metod jsem zvolila dotazníkové šetření.

Zúčastněným pozorováním jsem zkoumala formu, metodiku a míru včlenění konceptu v intenzivní praxi. Tuto metodu jsem vyhodnotila pomocí analýzy dat případové studie. Strukturovaným rozhovorem jsem zjišťovala obecné a finanční podmínky k etablaci konceptu do praxe. Rozhovor jsem vyhodnotila pomocí analýzy dat. Dotazníkovým průzkumem jsem zjišťovala aspekty ovlivňující implementaci konceptu. Dotazníkové šetření bylo založeno na základě cílů a hypotéz, jež bylo statisticky zhodnoceno.

Kvalitativně – kvantitativní průzkum probíhal ve spolupráci s Fakultní nemocnicí Olomouc, Fakultní nemocnicí u svaté Anny v Brně, Fakultní nemocnicí Brno a Nemocnicí Milosrdných Bratří v Brně.

Klíčová slova: Kriticky nemocný, bezvědomí, koncept, stimuly, vnímání, centrální nervová soustava, potřeby, integrace.

ABSTRACT

My bachelor thesis summarizes the issues of application of basal stimulation in intensive nursing care in the clinical practice. The theoretical part is aimed at explaining the fundamental principles and propositions of the concept focused on bio-psycho-social needs of the critically ill.

The practical part is aimed at mapping the intensive care units in the area which apply basal stimulation in nursing practice. My thesis is aimed at and based on exploring and finding out about conditions of implementation of the concept in intensive nursing practice.

As methodological approach to deal with the research, qualitative and quantitative strategy has been selected purposefully. From among qualitative methods, involved observation and structured interview have been used to gather research data. From among quantitative methods, I've chosen questionnaire survey.

Through involved observation, I've examined the form, methods and extent of incorporation of the concept in intensive practice. This method has been evaluated through case study data analysis. By structured interview, general and financial conditions for establishing the concept into practice have been surveyed. The interview was evaluated by data analysis. The aspects which impact the implementation of the concept have been found out through questionnaire. The questionnaire survey is based on objectives and hypotheses which were evaluated statistically.

The qualitative and quantitative survey has been carried out in cooperation with University Hospital Olomouc, St. Anne's University Hospital in Brno, University Hospital Brno and Merciful Brothers' Hospital in Brno.

Keywords: critically ill, unconsciousness, concept, stimuli, perception, central nerve system, needs, integration

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedené informační zdroje. Souhlasím, aby tato práce byla zveřejňována.

V Luhačovicích, leden 2009

.....

“Každý si své Lambaréné musí najít sám. Ale musí o to velmi a velmi usilovat. Není to snadné“.

Albert Schweitzer (1875-1965)

Děkuji Mgr. Monice Dleskové za cenné rady a odborné vedení bakalářské práce. V neposlední řadě děkuji vrchním sestřám za jejich pomoc při realizaci průzkumného šetření z Fakultní nemocnice Olomouc, Fakultní nemocnice u Svaté Anny v Brně, Fakultní nemocnice Brno a Nemocnice Milosrdných Bratří v Brně.

OBSAH

ÚVOD.....	11
I TEORETICKÁ ČÁST.....	12
1 ÚVOD DO KONCEPTU BAZÁLNÍ STIMULACE	13
1.1 UVEDENÍ DO INTENZIVNÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE A BAZÁLNÍ STIMULACE.....	13
1.2 HISTORIE BAZÁLNÍ STIMULACE.....	14
1.3 CHARAKTERISTIKA BAZÁLNÍ STIMULACE	15
1.3.1 Význam vnímání.....	17
1.3.2 Význam pohybu.....	18
1.3.3 Význam komunikace	18
1.3.4 Základní principy bazální stimulace v ošetrovatelské péči.....	19
1.3.5 Cíle bazální stimulace.....	19
1.3.6 Metody bazální stimulace	20
1.3.7 Desatero bazální stimulace	21
1.4 BAZÁLNÍ STIMULACE V ZAHRANIČÍ A ČESKÉ REPUBLICE	22
1.5 BAZÁLNÍ STIMULACE A JEJÍ PROBLEMATIKA IMPLEMENTACE V ČESKÉM OŠETŘOVATELSTVÍ	CHYBA! ZÁLOŽKA NENÍ DEFINOVÁNA.
2 METODIKA BAZÁLNÍ STIMULACE.....	24
2.1 ZÁKLADNÍ PRINCIPY METODIKY BAZÁLNÍ STIMULACE	24
2.1.1 Struktura	24
2.1.2 Tělo a okolí pacienta.....	25
2.1.3 Smysluplnost	25
2.1.4 Individuální normalita	26
2.1.5 Navázání vztahu mezi nemocným a ošetřujícím.....	26
2.1.6 Doprovodná podpůrná péče	27
2.2 OŠETŘOVATELSKÁ DOKUMENTACE BAZÁLNÍ STIMULACE.....	28
2.2.1 Biografická anamnéza	29
3 ZÁKLADNÍ STIMULACE	30
3.1 SOMATICKÁ STIMULACE (BODY STIMULATION).....	30
3.1.1 Iniciální dotek	30
3.1.2 Celkové koupele	31
3.1.3 Polohování	37
3.1.4 Somatická stimulace k podpoře dýchání.....	40
3.2 VESTIBULARNÍ STIMULACE (VESTIBULAR STIMULATION)	43
3.3 VIBRAČNÍ STIMULACE (VIBRATION STIMULATION)	44
4 NADSTAVBOVÁ STIMULACE.....	45
4.1 OPTICKÁ STIMULACE (OPTIC STIMULATION)	45
4.2 AUDITATIVNÍ STIMULACE (AUDITORY STIMULATION).....	46
4.3 ORÁLNÍ STIMULACE (ORAL STIMULATION).....	48
4.4 OLFAKTORICKÁ STIMULACE (OSMESIS STIMULATION).....	49
4.5 TAKTILNĚ HAPTICKÁ STIMULACE (TACTIL AND HAPTICAL STIMULATION)	50
5 BAZÁLNÍ STIMULACE V INTENZIVNÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČI	51
5.1 PORUCHY VĚDOMÍ.....	51
5.2 VNÍMÁNÍ V BEZVĚDOMÍ	52
5.3 CHARAKTERISTIKA BIO-PSYCHO-SOCIÁLNÍCH POTŘEB U KRITICKY NEMOCNÉHO PODLE MASLOWOVA HIERARCHIE V KONCEPTU BAZÁLNÍ STIMULACE.....	53
5.3.1 Fyziologické potřeby	53
5.3.2 Emocionální potřeby.....	54

5.3.3	Společenské potřeby	54
5.3.4	Spirituální potřeby	54
5.3.5	Kognitivní potřeby.....	55
5.3.6	Seberealizační potřeby.....	55
5.4	PÉČE O RODINNÉ PŘÍSLUŠNÍKY A BLÍZKÉ NA INTENZIVNÍCH PRACOVÍŠTÍCH V KONCEPTU BAZÁLNÍ STIMULACE	56
5.4.1	Rodinní příslušníci a ošetřující tým	56
5.4.2	Model krizové situace podle Eriky Schuchart	56
5.4.3	Potřeby rodinného příslušníka před vstupem na intenzivní pracoviště	58
5.4.4	Zásady pro navázání kontaktu s příbuznými	59
II PRAKTICKÁ ČÁST		60
6	VÝZKUMNÝ PROBLÉM A OTÁZKY KVALITATIVNÍ STUDIE	61
6.1	VÝZKUMNÝ PROBLÉM KVALITATIVNÍ STUDIE	61
6.2	VÝZKUMNÉ OTÁZKY KVALITATIVNÍ STUDIE.....	61
7	CÍLE A HYPOTÉZY KVANTITATIVNÍ STUDIE	62
7.1	CÍLE KVANTITATIVNÍ STUDIE.....	62
7.2	HYPOTÉZA K CÍLI 1.....	62
7.3	HYPOTÉZY K CÍLI 2.....	64
7.4	HYPOTÉZY K CÍLI 3.....	65
7.5	HYPOTÉZY K CÍLI 4.....	65
8	METODOLOGIE VÝZKUMU.....	67
9	METODIKA VÝZKUMU	68
9.1	TECHNIKY SBĚRU VÝZKUMNÝCH KVALITATIVNĚ – KVANTITATIVNÍCH DAT	68
9.2	ZÚČASTNĚNÉ POZOROVÁNÍ.....	68
9.2.1	Pracoviště, data a kritérium výběru techniky.....	68
9.2.2	Výzkumný problém vztahující se na výzkumné otázky zúčastněného pozorování	69
9.2.3	Zkoumané objekty a forma zúčastněného pozorování	69
9.2.4	Prostředí zkoumaných pracovišť	69
9.2.5	Sběr dat a zajištění kvality zúčastněného pozorování.....	69
9.2.6	Etická problematika zúčastněného pozorování.....	70
9.2.7	Změny v plánu výzkumu zúčastněného pozorování	70
9.2.8	Analýza dat zúčastněného pozorování.....	70
9.3	STRUKTUROVANÝ ROZHOVOR	71
9.3.1	Data, pracoviště, zkoumaní jedinci a předmět průzkumu strukturovaného rozhovoru	71
9.3.2	Výzkumný problém vztahující se k výzkumným otázkám strukturovaného rozhovoru.....	71
9.3.3	Metody sběru dat a zajištění kvality strukturovaného rozhovoru	71
9.3.4	Prostředí pro strukturovaný rozhovor	72
9.3.5	Etická problematika strukturovaného rozhovoru	72
9.3.6	Změny v plánu výzkumu strukturovaného rozhovoru	72
9.4	DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ	73
9.4.1	Dotazník	73
9.4.2	Metody, místa sběru dat a zajištění kvality dotazníkového šetření	73
9.4.3	Jednotlivé položky dotazníku	74
9.4.4	Metody analýzy dat dotazníkového šetření.....	75
9.4.5	Kritické hodnoty testového kritéria χ^2	76
10	ZPRACOVÁNÍ KVALITATIVNÍCH DAT	77
10.1	SHRNUTÍ DAT ZÚČASTNĚNÉHO POZOROVÁNÍ ANALÝZOU PŘÍPADOVÉ STUDIE	77
10.1.1	Zkoumané jevy v praxi zúčastněného pozorování.....	77
10.2	STRUKTUROVANÉ ROZHOVORY	84

11	STATISTICKÉ ZPRACOVÁNÍ KVANTITATIVNÍCH DAT NA ZÁKLADĚ HYPOTÉZ.....	90
11.1	HYPOTÉZA Č. 1	90
11.2	HYPOTÉZA Č. 2	92
11.3	HYPOTÉZA Č. 3	94
11.4	HYPOTÉZA Č. 4	97
11.5	HYPOTÉZA Č. 5	99
11.6	HYPOTÉZA Č. 6	100
11.7	HYPOTÉZA Č. 7	102
11.8	HYPOTÉZA Č. 8	104
11.9	HYPOTÉZA Č. 9	105
11.10	HYPOTÉZA Č. 10	107
11.11	HYPOTÉZA Č. 11	109
11.12	HYPOTÉZA Č. 12	111
12	VYHODNOCENÍ KVALITATIVNÍCH DAT	113
12.1	ZÚČASTNĚNÉ POZOROVÁNÍ.....	113
13	VYHODNOCENÍ KVANTITATIVNÍCH STATISTICKÝCH DAT	114
13.1	HYPOTÉZA K CÍLI 1.....	114
13.2	HYPOTÉZY K CÍLI 2.....	116
13.3	HYPOTÉZY K CÍLI 3.....	117
13.4	HYPOTÉZY K CÍLI 4.....	118
14	NÁVRHY A ŘEŠENÍ K IMPLEMENTACI BAZÁLNÍ STIMULACE DO PRAXE	119
15	ZÁVĚR.....	120
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	121
	SEZNAM OBRÁZKŮ	CHYBA! ZÁLOŽKA NENÍ DEFINOVÁNA.
	SEZNAM TABULEK.....	124
	SEZNAM PŘÍLOH.....	125

ÚVOD

Koncept bazální stimulace se v českém ošetrovatelství řadí mezi prakticky nové, progresivní koncepty, které v klinické praxi umožňují ošetrovatelskému týmu rozšířit svou erudici a kreativitu v péči o nemocné. Podstatou konceptu je, že navozuje vzájemnou interakci mezi ošetřujícím týmem a nemocným. Především integruje rodinné příslušníky a blízké do péče.

V České republice je koncept stále oblíbenější a vzrůstá počet odborných intenzivních pracovišť, která se snaží s konceptem pracovat v klinické ošetrovatelské péči. Jakou formou aplikovat bazální stimulaci do intenzivní praxe je problém, se kterým se potýká většina pracovišť, co s konceptem plánují, či začínají pracovat.

Z tohoto důvodu a intenzivního zájmu jsem se zaměřila na téma bazální stimulace a její aplikace v intenzivní ošetrovatelské péči.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 ÚVOD DO KONCEPTU BAZÁLNÍ STIMULACE

1.1 Uvedení do intenzivní ošetrovatelské péče a bazální stimulace

Intenzivní ošetrovatelská péče (intensive care nurse) je vědní ošetrovatelský specializovaný obor vycházející z intenzivní medicíny. Tento obor je primárně zaměřen na péči o nemocné s akutními život ohrožujícími stavy. Jedná se o pacienty s nejzávažnějšími poruchami krevního oběhu, dýchání, vědomí a vnitřního prostředí /termín kriticky nemocný/. (Ševčík, Černý, Vítovec, et. al, 2003). Zabývá se a zajišťuje komplexní péči u nemocného o krevní oběh, dýchací cesty, vědomí, vnitřní prostředí, diagnosticko-terapeutické výkony, bio-psycho-sociální potřeby, edukaci a péči o rodinné příslušníky a blízké členy nemocného. (Kapounová, 2007; Trachtová, et al., 1999; Bienstein, 2007).

Anesteziologicko - resuscitační oddělení (dále jen ARO) a jednotky intenzivní péče (dále jen JIP) jsou výrazně odlišné a specifické v charakteru poskytované ošetrovatelské péče o kriticky nemocného a jeho blízké. Pacienti hospitalizováni na těchto pracovištích jsou upoutáni na lůžko a ve velké míře těžce postiženi poruchou vědomí a ztrátou všech životně důležitých schopností, které doposud v běžném životě používali. (Friedlová, 2005). Rodinní příslušníci a blízcí nemocného se náhle ocitají ve zcela nově vzniklé extrémě těžké situaci, ve které jsou zmateni a bezradní. Nevědí, jak se chovat a přistupovat ke svému blízkému, který je najednou obklopen přístroji, hadičkami, alarmujícími zvukovými signály. (Bienstein, 2007).

Díky humánnímu vývoji ošetrovatelství a potřebám na intenzivních pracovištích se začlenil koncept bazální stimulace (dále jen KBS) do intenzivní ošetrovatelské péče. (Bienstein, 2007). Tento koncept umožňuje ošetrujícímu týmu komunikovat i s těžce postiženými nemocnými trpící velmi vážnou poruchou vědomí a centrálně začleňuje rodinné příslušníky a blízké do péče o nemocného. (Friedlová, 2006).

Ošetrovatelská péče v konceptu bazální stimulace poskytuje nové rozměry v péči o pacienty. Bazální stimulace je novým experimentálním pojetím v ošetrování nemocných a otevírá nový směr ošetrovatelství v 21. století.

1.2 Historie bazální stimulace

Koncept bazální stimulace (concept basic stimulation) vznikl v Německu na počátku 70. let 20. století, jehož původ pochází z oboru speciální pedagogiky. Za zakladatele a autora konceptu je považován speciální pedagog, Prof. Dr. Andreas Fröhlich. Zabýval se dlouhý čas problematikou podporou smyslové komunikace u dětí, jež se narodily s těžkými kombinovanými psychosomatickými změnami. (Friedlová, 2006).

První studie a základy konceptu vychází z německého rehabilitačního centra ve Westpfalz/Landstuhlu. Zde A. Fröhlich pracoval s dětmi, které byly postiženy kombinovanými somatickými a intelektovými změnami. Ve své praxi se zaměřoval na děti s těžkými změnami vnímání, které nebyly schopny navázat verbální komunikaci, neboť jejich možnosti v této oblasti byly minimální. Za pomoci metody somatické, vestibulární a vibrační komunikace s těmito dětmi úspěšně kontakt navázal. (Friedlová, 2006). Během svého pětiletého vědeckého projektu a v rámci doktorandského studia vypracoval KBS, který se úspěšně začlenil do oborů speciální pedagogiky a později do ošetrovatelství. (Friedlová, 2007).

V roce 1994 získal A. Fröhlich profesuru na Vysoké škole pedagogické v Heidelbergu. A nyní působí jako profesor na Katedře speciální pedagogiky na univerzitě v Landau. (Friedlová, 2007).

V 80. letech 20. století, zdravotní sestra, Prof. Christel Bienstein se zasloužila o přenesení a včlenění bazální stimulace (dále jen BS) do ošetrovatelské péče. Pracovala mnoho let ve Vzdělávacím německém centru profesního svazu pro ošetrovatelská povolání v Essenu, a také působila v oblasti intenzivní ošetrovatelské péče. (Friedlová, 2007).

V roce 1985 Ch. Bienstein se díky svému bratrovi, speciálnímu pedagogovi, seznámila s BS. Postupně studovala všechny prvky konceptu a pomalu je začala včleňovat do ošetrovatelské péče. (Bienstein, 2007). Ve své praxi na intenzivním pracovišti aplikovala koncept do ošetrovatelské péče u nemocných ve vigilním kómatu a prokázala úspěšnost BS.

V Německu se koncept zpočátku začlenil především do intenzivní ošetrovatelské péče a později do dalších klinických i neklinických oborů. (Friedlová, 2007).

Od poloviny 80. let Ch. Binstein úzce spolupracuje s A. Fröhlichem v problematice ošetrovatelské péče u nemocných, u kterých je schopnost vnímání, komunikace silně omezena. Od roku 1994 je v čele německého Institutu výzkumu ošetrovatelství na lékařské fakultě privátní univerzity ve Witten/Herdecke. (Friedlová, 2007). Friedlová uvádí: „V roce 2003 Ch. Binstein převzala profesuru v oblasti výzkumu v ošetrovatelství v Brémách. V rámci své vědecké práce vede výzkumné projekty v oblasti změn lidského vnímání“¹.

Friedlová tvrdí: „Prof. Ch. Binstein a prof. A. Fröhlich se společně podílejí na vědeckých projektech v oblasti konceptu bazální stimulace (...)“². Také společně vypracovali systém vzdělávání lektorů KBS, aby byl zajištěn kontinuální přesun informací do klinické praxe. (Friedlová, 2007).

1.3 Charakteristika bazální stimulace

Friedlová definuje koncept jako: „Bazální stimulace je vědecký pedagogicko – ošetrovatelský koncept podporující u nemocných vnímání, komunikaci, kognitivní a pohybové schopnosti člověka“³.

Principem konceptu je cílená a pravidelná stimulace smyslových orgánů, která umožňuje aktivizaci vzniku nových dendritických spojení v mozku. Díky této vlastnosti centrální nervová soustava navozuje novou neuronální organizaci v určitých regionech mozkových oblastí. Lidský mozek má výjimečnou schopnost uchovávat své životní návyky v paměťových drahách ve více svých regionech. (Friedlová, 2005).

A to dává šanci, díky denně opakující se stimulaci, znovu aktivovat jeho činnost. (Friedlová, 2005). Koncept je určen pro lidi s omezeným, či postiženým vnímáním.

¹ Friedlová, Karolína. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. 2007, s. 13-14.

² Tamtéž, s. 14.

³ Friedlová, Karolína, Supervize poskytujících týmu péči v konceptu bazální stimulace, *Sestra*. 2008,- (18 roč.), s. 15.

Základní myšlenkou bazální stimulace jsou slova Piageta: „*Život je možný pouze ve vztahu*“⁴.

Což znamená, že základními prvky bazální stimulace jsou podle Friedlové:

„ 1. Vnímání,

2. Pohyb,

3. Komunikace“⁵

Friedlová uvádí o základních prvcích BS: „*Pohyb, vnímání, komunikace se vzájemně ovlivňují. Vnímání umožňuje pohyb a naopak komunikace je umožněna díky pohybu a vnímání. Ztráta schopnosti pohybu vede k sensorické deprivaci a k nedostatečnému vzniku nových dendritických spojení a organizace mozku*“⁶.

Podstata BS je založena podle Friedlové: „*Na potřebě celistvosti, není možno vystihnout rozdíl mezi tělem a duševnem. Úzké propojení vnímání pohybu s prožitkem v základní (...) rovině odráží zkušenosti z prenatální a vývojové psychologie*“⁷.

⁴ Friedlová, Karolína, *Bazální stimulace v ošetrovatelské péči – Skriptum pro základní kurz*. 2005, s. 2.

⁵ Friedlová, Karolína, *Bazální stimulace pro učitele předmětu ošetrovatelství 1. díl*. 2006, s. 14.

⁶ Friedlová, Karolína, *Bazální stimulace v ošetrovatelské péči – Skriptum pro základní kurz*. 2005, s.

⁷ Friedlová, Karolína, *Bazální stimulace pro učitele předmětu ošetrovatelství 1. díl*. 2006, s. 14.

1.3.1 Význam vnímání

„Jednotlivé prvky bazální stimulace se orientují dle vývojového vnímání v prenatálním období“⁸. Ze současných vědeckých studií bylo zjištěno, že zpočátku a v průběhu prenatálního vývoje se postupně utváří 9 primárních druhů vnímání. (Bienstein, 2007).

Friedlová uvádí: „Nejprve se vyvíjí vnímání vlastního těla tzv. **somatické vnímání**, které nás informuje o našem těle (...)“⁹. **Orální vnímání** se vyvíjí již v brzkém prenatálním období. Plod si cucá svůj palec a polyká plodovou vodu. Po narození se k orálnímu vnímání přidává **olfaktorické vnímání**, tzn. schopnost cítit vůně a pachy. Dále **vibrační vnímání**, díky kterému pocítujeme intenzitu vibrací (např. skákání, běh, vibrace, atd,...). A později **vestibulární vnímání** tzv. vnímání rovnováhy, které nás informuje o změně polohy a postavení v prostoru. **Auditivně – rytmické vnímání** se vyvíjí v prenatálním období za pomoci rytmických vibrací. Lidé se sníženou sluchovou percepcí mají tento smysl velmi silně vyvinutý a v posledním trimestru se vyvíjí sluchový smysl..

V posledním trimestru těhotenství je u plodu vyvinuto několik vjemů. Dále schopnost úchopu a hmatu tzv. **taktilně haptické vnímání**. A schopnost vidět tzn. **optické vnímání**. Všechny tyto smysly umožňují člověku poznat sebe sama a okolní svět. (Friedlová, 2006)

⁸ Tamtéž, s. 17.

⁹ Friedlová, Karolína, *Bazální stimulace pro učitele předmětu ošetřovatelství 1. díl.* 2006, s. 17.

1.3.2 Význam pohybu

Pohyb je nejpřirozenější schopnost, kterou každý člověk potřebuje k životu a většinou ho provází prakticky po celý život. (Friedlová, 2007).

Friedlová uvádí: „*Pohyb je důležitý k zajištění chůze, udržení určité pozice těla, k získávání a přijímání potravy, k vyprazdňování, k dýchání, k rozmnožování, k práci, ale je také úzce spjat s komunikací (...) a jinými psychickými projevy člověka. Schopnost pohybovat se umožňuje člověku nejen komunikaci s okolím, ale také vnímat své vlastní tělo*“¹⁰.

Člověk s omezenými možnostmi pohybu je ochuzen o mnoho podnětů z vnitřního a vnějšího světa. (Friedlová, 2007). Friedlová tvrdí: „*Pohybu předchází myšlenka na pohyb, a proto od sebe nelze oddělit vnímání a pohyb*“¹¹.

1.3.3 Význam komunikace

Friedlová definuje komunikaci: „*Komunikovat znamená „být ve spojení“: Komunikace je vědomá činnost lidského chování. Slouží k vytváření a udržování mezilidských vztahů. Pomocí komunikace získáváme nové vědomosti a znalosti a předáváme je dál, dochází k výměně informací, názorů, pocitů a pozorování*“¹².

Komunikační schopnosti a dovednosti závisejí na úrovni vnímání každého člověka. (Friedlová, 2007). Friedlová uvádí: „*(...) Vnímání není možné bez smyslových orgánů, které jsou schopny přijmout a zpracovat podněty z okolního prostředí*“¹³. Komunikačními kanály, díky kterým registrujeme okolní podněty, jsou smyslové orgány. Prostřednictvím smyslových orgánů vidíme, slyšíme, cítíme, vnímáme doteky, uvědomujeme si změny polohy a postavení těla, cítíme chvění vibrace, atd.

¹⁰ Friedlová, Karolína. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. 2007, s. 25.

¹¹ Tamtéž, s. 25.

¹² Tamtéž, s. 29-32.

¹³ Friedlová, Karolína. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. 2007, s. 32.

Koncept bazální stimulace využívá funkce smyslových orgánů jako formu kontaktu u nemocných, kteří jsou v komunikaci omezeni, nebo se nemohou vyjádřit vůbec. (Friedlová, 2007). Principální forma komunikace v konceptu bazální stimulace je dotek. Doteky jsou spojovacími komunikačními mosty mezi lidmi, jenž utvářejí důvěru, klid a uvolnění. Zvláště v kontaktu s nemocnými je tato doteková komunikace důležitá a podstatná. (Friedlová, 2005).

1.3.4 Základní principy bazální stimulace v ošetrovatelské péči

1. Nemocný je rovnocenný partner, člověk s vlastní důstojností a historií.
2. Zvolené metody bazální stimulace se aplikují u nemocného v pravidelných časových intervalech, tím se intervence stane rituálem, který nemocný bude vnímat jako známý podnět.
3. Ošetřující tým centrálně zapojuje do ošetrovatelské péče rodinné příslušníky a blízké.

1.3.5 Cíle bazální stimulace

- podporovat rozvoj vlastní identity nemocného,
- umožnit nemocnému navázání kontaktu se svým vlastním tělem,
- navodit u nemocného pocity bezpečí, jistoty, důvěry a psychické pohody,
- začlenit rodinné příslušníky a blízké do ošetrovatelské péče,
- umožnit nemocnému navázání kontaktu s okolím,
- podporovat a aktivizovat vnímání nemocného,
- udržet nebo zmírnit rozvoj postižení u nemocného,
- zvládnutí orientace v čase i v prostoru u nemocného,
- zlepšit funkce organismu u nemocného. (Friedlová, 2005).

1.3.6 Metody bazální stimulace

Koncept se skládá z 8 forem stimulace, které se rozdělují na základní a nadstavbovou stimulaci.

Základní stimulace

1. **Somatická stimulace** (body stimulation) umožňuje nemocnému vnímání vlastního těla a sebe uvědomění se. (Kapounová, 2007).
2. **Vestibulární stimulace** (vestibular stimulation) je zaměřená na uvědomování si změny polohy, prostorovou orientaci a vnímání pohybu nemocného. (Kapounová, 2007).
3. **Vibrační stimulace** (vibration stimulation) se zaměřuje na posílení stability nemocného a uvědomění si polohy vlastního těla. Lze také ovlivnit dýchání v prohloubení nebo rytmizaci dechu. (Kapounová, 2007).

Nadstavbová stimulace

4. **Optická stimulace** (optic stimulation) umožňuje stimulaci zrakových vjemů za pomoci oblíbených předmětů. (Kapounová, 2007).
5. **Auditivní stimulace** (auditory stimulation) podporuje stimulaci sluchové percepce. (Kapounová, 2007).
6. **Orální stimulace** (oral stimulation) podporuje produkci slinných žláz, aktivizuje rty a receptory chuti. (Kapounová, 2007).
7. **Olfaktorická stimulace** (osmesis stimulation) tento druh stimulace využívá známé vůně a pachy, jenž jsou hlavními spouštěči vzpomínek. (Kapounová, 2007).
8. **Taktilně – haptická stimulace** (tactil and haptical stimulation) se zaměřuje na používání známých a oblíbených předmětů, které vkládáme do rukou nemocného. (Kapounová, 2007).

1.3.7 Desatero bazální stimulace

1. Přivítejte se a rozlučte s nemocným vždy stejnými slovy.
2. Při oslovení se vždy nemocného dotkněte na stejném místě /iniciální dotek/.
3. Hovořte k nemocnému zřetelně, jasně a pomalu.
4. Nezvyšujte hlas, mluvte na nemocného přirozeným tónem.
5. „*Dbejte, aby tón vašeho hlasu, vše mimika a gestikulace odpovídaly významu vašich slov*“¹⁴.
6. Při rozhovoru s nemocným používejte takovou formu komunikace, na kterou byl zvyklý.
7. Nepoužívejte v řeči zdvořiliny.
8. „*Nehovořte s více osobami najednou*“¹⁵.
9. Při komunikaci s nemocným se pokuste minimalizovat rušivé zvuky okolního prostředí.
10. Umožněte nemocnému reagovat na vaše slova. (Friedlová, 2007).

¹⁴ Friedlová, Karolína. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. 2007, s. 39

¹⁵ Friedlová, Karolína. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. 2007, s. 39.

1.4 Bazální stimulace v zahraničí a České republice

V České republice od 70. let 20. století po současnost na intenzivních pracovištích byla rozšířená nespécifikovaná tradice u kriticky nemocných podporovat vnímání. Tyto intervence spočívaly především v dotecích, poslechem hudby z walkmanu, polohování, podávání oblíbeného jídla a tekutin a přítomností dospělých rodinných příslušníků, kteří přinášeli fotografie, obrázky a talismany svému blízkému. Návštěvy rodinných příslušníků se odehrávaly zvláště v 70. – 90. letech ve velmi přísných stanovených časových intervalech.

Jistá podpora vnímání u kriticky nemocných byla zajišťována díky kreativité a nadčasovosti českého ošetřujícího týmu i před příchodem konceptu bazální stimulace na intenzivní pracoviště. A. Fröhlich však tyto intervence vědecky dokázal zkonceptovat za pomoci tělesně i duševně postižených dětí.

Bazální stimulace má v zahraničí za sebou fázi zkoumání vědecké validity a prospěšnosti v praxi v 70. – 80. letech 20. století. Nyní se bazální stimulace mezinárodně ocitá ve fázi implementace a realizace do praxe. (Friedlová, 2006).

Koncept je ceněným a uznávaným pedagogicko – ošetřovatelským konceptem nejen v západních evropských zemích, ale je také oblíbený v Austrálii, Spojených státech amerických a Novém Zélandu. (Bienstein, 2007). V těchto zemích je koncept aplikován do následujících klinických a neklinických oborů: intenzivní medicína, neonatologie, geriatric, onkologie, paliativní medicína, psychiatrie, ústavní péče, speciální pedagogika. (Friedlová, 2006). Především v německých zemích jsou vytvořeny podpůrné studijní texty bazální stimulace pro výše uvedené konkrétní obory. Koncept má v zahraničí vybudovanou dlouholetou tradici. (Bienstein, 2007).

V České republice v roce 2000 KBS oslovila širokou odbornou ošetřovatelskou a lékařskou veřejnost. Ve srovnání se zahraničím, kde se koncept již vědecky efektivně prokázal v praxi. ČR se teprve nyní s konceptem seznamuje, hodnotí zahraniční studie, ověřuje jeho účinnost a postupně integruje bazální stimulace do ošetřovatelské péče. (Friedlová, 2006).

V současné době je bazální stimulace především uplatňována v těchto následujících oborech: intenzivní medicína, neonatologie, geriatric, ústavní péče jako jsou: domovy pro seniory, domovy pro osoby s psycho-somatickým postižením, speciální školy, hospice, domácí péče. (Friedlová, 2008). Zvláště významné postavení koncept nalezl ve specializovaném oboru intenzivní ošetrovatelská péče.

BS do českého ošetrovatelství vnesla do povědomí, zdravotní sestra, PhDr. Karolína Friedlová, která je 1. lektorkou této metody v ČR. V roce 2005 založila ve Frýdku – Místku INSTITUT Bazální stimulace na základě s licenční asociací bazální stimulace. Na tomto pracovišti se realizují vzdělávací aktivity zaměřené na stimulaci vnímání. Institut zajišťuje garanci kvality poskytovaných seminářů a zároveň také zabezpečuje supervize na pracovištích, která pracují s konceptem. (Friedlová, 2008). Friedlová uvádí: „*Od června roku 2008 jsou základní kurzy bazální stimulace akreditovány Ministerstvem zdravotnictví v ČR. Výstupem z kurzů je certifikát vydaný mezinárodní asociací bazální stimulace, jenž je akreditován v celé Evropské unii*“¹⁶.

¹⁶ Friedlová, Karolína, Supervize poskytujících týmu péči v konceptu bazální stimulace, *Sestra*. 2008,- (18 roč.), s. 15.

2 METODIKA BAZÁLNÍ STIMULACE

Základní teze bazální stimulace

1. „Smysly vnímání se utvářejí postupně“,
2. „Schopnosti a činnosti člověka mají společné neuronální propojení“,
3. „Člověka formují jeho zkušenosti“,
4. „Člověk vnímá tak dlouho, pokud dýchá“,
5. „Nejasné podněty vedou ke snížené schopnosti reagovat“¹⁷.

2.1 Základní principy metodiky bazální stimulace

2.1.1 Struktura

„Bazálně stimulující ošetrovatelská péče je strukturovaná v čase“¹⁸. To znamená, že určité ošetrovatelské činnosti se opakují s pravidelností denně ve stejném čase. Jsou realizovány přesně stejným postupem a mají také vybrané prvky, které se během dne rytmicky opakují v pevně definovaných časových intervalech. Ošetřující personál promyšleně a cíleně realizuje strukturu ošetrovatelských postupů. (Friedlová, 2000).

Pravidelná ošetrovatelská péče aktivizuje percepci u nemocného, která navozuje novou neuronální organizaci v mozku. (Friedlová, 2005). Nemocný v takovém realizovaném strukturovaném systému péče nalézá jistotu, orientaci a na ritualizované podněty si zvyká a očekává je. (Friedlová, 2005).

¹⁷ Friedlová, Karolína. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. 2007, s. 45.

¹⁸ Friedlová, Karolína, *Bazální stimulace*, „In: Ošetrovatelství na prahu 3. tisíciletí“. 2000, s. 24.

2.1.2 Tělo a okolí pacienta

Friedlová uvádí: „*Lidé s postiženým vnímáním cítí své tělo i okolí zkresleně nebo nejasně*“¹⁹. Charakteristické je, že nemocní s těžkou poruchou vědomí, necítí hranice svého těla. Neví, kde jejich tělo na lůžku končí a začíná. Svě tělo často pacienti definují nebo malují jako roztahující se hmotu. Takové pocity u nemocného jsou předpokladem pro dezorientaci, frustraci, neklid, či agresi. Na ošetřovatelském personálu záleží, aby napomohli nemocným vnímat své tělo a okolí. (Bienstein, 2007)

Podstatný je prvotní dotek tzv. iniciální dotek, který zprostředkovává nemocnému kontakt s komunikující osobou a signalizuje mu následnou „činnost“, která bude realizována ošetřujícím týmem či rodinným příslušníkem. Iniciální dotek je nejčastěji lokalizován na předloktí, rameni a musí trvat nejméně 5 sekund. (Friedlová, 2007)

2.1.3 Smysluplnost

„*Smysluplná péče je založena na zkušenostech pacienta, které získává opakovaným vnímáním svého těla a okolí*“²⁰. Díky tomu, že intervence ošetřovatelského týmu mají jasný a stále se opakující průběh, nemocný lépe vnímá a zpracovává nové zkušenosti. Proto se nové podněty v ošetřovatelské péči nestávají pro pacienta stresující a zatěžující. Naopak díky bazálně stimulující péči nové intervence mohou probudit u pacienta pozornost a podráždit jeho zájem o nový podnět. (Friedlová, 2000).

¹⁹ Friedlová, Karolína, Bazální stimulace, „In: Ošetřovatelství na prahu 3. tisíciletí“. 2000, s.25

²⁰ Tamtéž, s. 25.

2.1.4 Individuální normalita

Pacient je v konceptu vnímán jako individuální osobnost, která má svoji historii, původ a důstojnost. (Friedlová, 2005). Friedlová uvádí: „*Nejnáročnějším úkolem v ošetrovatelské péči je pochopit potřeby nemocného, porozumět jeho stylu komunikace a na základě toho mu poskytnout prostor pro orientaci, jistotu a další rozvoj jeho osobnost*“²¹. *Abychom mohli pacienta cíleně vést, musíme znát a mít na zřeteli jeho osobitost*“²². To znamená vědět, jaké jsou jeho denní návyky a činnosti. Tato znalost vychází z ošetrovatelské anamnézy konceptu bazální stimulace. Tyto informace získáváme od osob nemocnému nejbližší, nebo přímo od pacienta, je-li schopen komunikace. Činnosti, které pro nemocného byly běžné v denním životě jsou do ošetrovatelské péče aplikovány tak, aby co nejvíce zapadaly do jeho každodenního rytmu života. U nemocného dochází k vyvolání ztracených emocí, pocitů, vzpomínek, pohybů prostřednictvím stejného režimu jako v aktivním životě. Ošetrovatelské intervence se stávají smysluplné a jsou založeny na základě důvěry ošetřujícího týmu s nemocným a jeho blízkými. (Friedlová, 2000).

2.1.5 Navázání vztahu mezi nemocným a ošetřujícím

Podstatou je, že nemocný a jeho bio-psycho-sociální potřeby jsou v centru celého konceptu. Ošetřující tým respektuje pacientův denní biorytmus a zprostředkovává mu podněty, které jsou spjaté s jeho životním stylem. (Friedlová, 2000). Ošetřující tým je spojující komunikační kanál mezi pacientem a rodinným příslušníkem, či blízkou osobou. (Friedlová, 2006). Personál nejenom pomáhá nemocnému, aby vnímal svět kolem něj. Vysoce kvalifikovaně doprovází rodinné příslušníky nově vzniklou kritickou situací.

²¹ Friedlová, Karolína, *Bazální stimulace pro učitele předmětu ošetrovatelství 1. díl*. 2006, s. 13.

²² Friedlová, Karolína, *Bazální stimulace*, „In: Ošetrovatelství na prahu 3. tisíciletí“. 2000, s. 25.

Čím profesionálněji a lidsky naváže ošetřující tým vztah s pacientem a jeho rodinnými příslušníky a blízkými, tím se mnohonásobně znásobí efektivní výsledek ošetřovatelské péče. (Bienstein, 2007).

2.1.6 Doprovodná podpůrná péče

„Bazální stimulace je orientována vývojově“²³. Podle vývojového stádia pacienta a jeho životní situace poskytuje příležitost k dalšímu rozvoji. Ošetřovatelský tým systematicky podněcuje pacienta k cítění a k reakcím. (Friedlová, 2000). V poslední etapě života nemocného je doprovodná ošetřovatelská stimulující péče nesmírně důležitá pro nemocného a jeho blízké. Umožňuje nemocnému důstojné rozloučení s nejbližšími a připravuje na odchod. Podstatou je, aby pacient v terminálních stádiích netrpěl a byl obklopen blízkými.

Jak uvádí Friedlová: „Bazální stimulace má na zřeteli autonomii nemocného, respektuje jeho vlastní rozhodnutí a nabízí mu doprovod“. „Sleduje jasně cíle pacienta a nechává mu čas, aby si je sám našel“²⁴. Friedlová tvrdí: „Bazálně stimulující ošetřovatelská péče je strukturovaná, umožňuje vznik prožitků, je pro pacienta normální, smysluplná a interaktivní“. „Dává mu možnost prožívat čas a prostor zpracovat skutečnost“. „Podporuje jeho osobnost a pomáhá mu rozvíjet jeho uchované schopnosti a rozvíjet jeho individuální reakce“²⁵.

²³ Friedlová, Karolína, Bazální stimulace, „In: Ošetřovatelství na prahu 3. tisíciletí“. 2000, s. 26.

²⁴ Tamtéž, s. 26.

²⁵ Tamtéž, s. 26.

2.2 Ošetřovatelská dokumentace bazální stimulace

J. Juchli, německá autorka mezinárodně publikovaných učebnic ošetřovatelství, uvádí o biografii: „*Biografie je nejlepší základna pro co nejkvalitnější možné uspořádání současného a budoucího*“²⁶. Friedlová uvádí: „*Péče poskytovaná na základě biografické anamnézy znamená porozumět jedinci a umět ho doprovodit až na konec života*“²⁷.

Předpokladem integrace prvků metodiky bazální stimulace do ošetřovatelské péče o nemocné je znalost jejich životních návyků, zvyků a prožitků. (Friedlová, 2007). Friedlová udává: „*Každý člověk je jedinečná bytost s vlastní autonomií, kterou formuje jeho sociální okolí a prožité situace*“. „*Individuální ošetřovatelská péče vyžaduje pochopení pro dobu, periodu, v níž se pacient nachází*“²⁸.

Práce s biografií nemocného patří mezi základní část ošetřovatelského procesu. Sběr informací o nemocném, zhodnocení a zapsání údajů je podstatná část procesu, na které se zakládá kvalita poskytované ošetřovatelské péče. Biografické údaje pacienta jsou výchozím bodem pro individuální péči. Friedlová tvrdí: „*Jak uvádí profesor, vídeňský psychiatr, E. Bohm, který vypracoval autobiografický model péče o nemocné s demencí*“: „*Porozumět biografii znamená nabídnout nemocnému správná a srozumitelná opatření*“²⁹.

Tvorba ošetřovatelské anamnézy v konceptu bazální stimulace je rozdělena na biografickou anamnézu a na senzobiografii. Biografická anamnéza se zaměřuje na základní údaje o pacientovi. Senzobiografie se konkrétně zaměřuje na 8 základních oblastí metod bazální stimulace: somatické, vestibulární, vibrační, auditivní, orální, olfaktorické, taktilně-haptické vnímání. (Procházková, 2007).

²⁶ Friedlová, Karolína. *Bazální stimulace v základní ošetřovatelské péči*. 2007, s. 131.

²⁷ Tamtéž, s. 131.

²⁸ Tamtéž, s. 131.

²⁹ Tamtéž, s. 132.

Pro všechny tyto oblasti je vytvořen dotazník, který je zpracován ošetrovatelským týmem do dokumentace bazální stimulace. (Procházková, 2007).

2.2.1 Biografická anamnéza

- Jméno pacienta /oslovení, přezdívka od blízkých členů. (Procházková, 2007).
- Sociální situace pacienta /v jakém prostředí žije pacient/,
- Profese pacienta,
- Jaký charakteristický typ je pacient (sangvinik, introvert, choleric, flegmatik),
- Denní rytmus pacienta, struktura dne,
- Které doteky má pacient rád a naopak,
- Je pacient pravák nebo levák,
- Jak pacient spí /v jaké poloze usíná, jak je zvyklý se přikrývat/,
- Jaké má charakteristické hygienické návyky /jak si čistí zuby, jak se holí/,
- Jaké jsou oblíbené a neoblíbené jídla a nápoje,
- Jaké zvuky má rád pacient /TV, hudba, rádio/, jaký hudební žánr preferuje /oblíbení interpreti, skupiny,.../,
- „*Oblíbené vůně*“³⁰
- Oblíbené předměty, věci /citového charakteru/,
- Co dělá pacient při bolestech
- Co dělá pacient, aby se cítil dobře /hudba, samota, společnost, procházka, káva/,
- Důležité situace v poslední době a ostatní sdělení,

³⁰ Friedlová, Karolína. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. 2007, s. 134.

3 ZÁKLADNÍ STIMULACE

3.1 Somatická stimulace (body stimulation)

Kůže je největším percepčním orgánem, sdružuje receptory pro chlad, teplo, tlak, dotek a bolet. (Friedlová, 2006). Somatická stimulace využívá dotek jako nejzákladnější formu kontaktu. Je to jednoduchá přirozená forma komunikace beze slov. Friedlová uvádí: „*Doteky utvářejí vztahy a dávají jim význam*“³¹. Ruce ošetřujícího týmu spolu s podložkou, na které nemocný leží, jsou pro pacienta mediem nejčastějšího kontaktu. (Friedlová, 2006).

3.1.1 Iniciální dotek

Nečekané a necílené doteky u nemocných se sníženým vnímáním vyvolávají pocity nejistoty, nepříjemnosti a strachu. (Friedlová, 2007). Ošetřující tým by měl dát vždy nemocnému jasně najevo, kdy začíná a končí jejich přítomnost a ošetřující intervence. (Friedlová, 2006).

BS poskytuje tuto informaci pomocí cíleného doteku tzv. iniciálního doteku. Na základě biografické anamnézy volíme nejvhodnější místo na pacientově těle, a to jsou centrální části těla, např. rameno, předloktí, ruka. Dotek musí být zřetelný a přiměřeného tlaku, bez násilného tlačení pacienta a musí být doprovázen verbálně. Iniciální dotek realizujeme vždy před zahájením intervence a po jejím ukončení. (Friedlová, 2006).

Iniciální dotek dodržuje celý ošetřující tým včetně multidisciplinárního konziliárního týmu. Nezbytným předpokladem je legalizace iniciálního doteku.

³¹ Friedlová, Karolína. *Bazální stimulace v ošetrovatelské péči – Skriptum pro základní kurz*. 2005, s. 9.

Iniciální dotek by měl zapsán do dokumentace nemocného a poté umístit ceduli se zvoleným místem pro iniciální dotek do bezprostřední blízkosti pacientova lůžka. (Friedlová, 2007).

Pravidla pro kvalitní dotek

Důležité je zvolit správnou formu doteků. Některá místa na těle jsou zvláště citlivá na dotek druhého, proto je důležité sledovat reakci nemocného na doteky. Nekvalitně poskytované doteky mohou vést ke zvýšení svalového tonu a k nežádoucím reakcím organismu. (Friedlová, 2005). Následující pravidla minimalizují obranné nežádoucí reakce organismu nemocného. (Friedlová, 2007).

1. Omezovat doteky nekvalitního charakteru – letmé, krátkodobé, chaotické,
2. Dotek musí být klidný, proveden celou plochou ruky,
3. V průběhu doteku by měl být vyvíjen konstantní tlak celou plochou dlaně,
4. Po dohodě s ošetřujícím týmem ritualizujeme iniciální dotek. (Friedlová, 2007).

3.1.2 Celkové koupele

Koupele podle KBS se odlišují od tradičních hygien, které jsou v české ošetrovatelské praxi zakotvené. Koncept dokazuje, že hygiena v nemocnici může znamenat pro nemocného příjemný zážitek s novými podněcujícími stimuly a zároveň pozitivně ovlivnit orgánové funkce.

Prostřednictvím celkové tělesné koupele se dá docílit intenzivního kontaktu u nemocného a to pouhou žínkou a ručníkem. Díky těmto materiálům umožníme pacientovi kvalitnější vjem, protože necítí jen prsty ošetřujícího, ale především velkoplošné dráždění žínkou. Pohybem žínky informujeme nemocného o velikosti, hranicích a formě svého těla. To nemocnému umožňuje uvědomit si povrch svého těla a tělesné hranice. (Friedlová, 2006).

Druhy koupelí

1. Somatická koupel zklidňující,
2. Somatická koupel osvěžující,
3. Neurofyziologická koupel (dle konceptu Bobath),
4. Diametrální koupel,
5. Symetrická koupel,
6. Rozvíjející koupel. (Friedlová, 2006).

Obecné zásady u somatické koupele

- Před aplikací celkové koupele zhodnotíme stav nemocného. Na základě informací z denního záznamu a biografické anamnézy vybereme vhodnou formu koupele pro nemocného. Připravíme si předem všechny potřebné pomůcky do bezprostřední blízkosti pacienta. (Friedlová, 2005).
- Před zahájením koupele aplikujeme u nemocného iniciační dotek, představíme se mu a vysvětlíme následující činnost.
- *„Každá celková koupel by měla být, je-li to možné, poskytována jedním ošetřujícím“³².*
- *„V místnosti by měla být příjemná teplota a klidná atmosféra“³³.*
- Během koupele bychom neměli hovořit s dalšími členy týmu, či pacienty. (Friedlová, 2007).
- U každé koupele se snažíme dotýkat pacientova těla oběma rukama. Na místech, kde to je možné, modelujeme jeho tělesnou formu, tak abychom nemocnému poskytli informaci o jeho těle. Zároveň verbálně komentujeme náš postup nemocnému. (Friedlová, 2006).

³² Friedlová, Karolína, *Bazální stimulace pro učitele předmětu ošetřovatelství II. díl*. 2006, s. 25.

³³ Tamtéž, s. 25.

- Jednotlivé části těla tvoří různé teplotní zóny. Nejteplejší oblastí jsou břišní partie, podpaží a obličej. Relativně nejchladnější jsou končetiny. (Friedlová 2007).
- V průběhu toalety dodržujeme dotekový kontakt s nemocným, který bychom neměli přerušit. (Friedlová, 2005).
- Aktivizujeme nemocného asistovaným umytím, tzn., že vedeme nemocného ruku při toaletě. (Friedlová, 2007).
- Obličej a genitál řadíme mezi intimní zóny na těle. Během terapeutické celkové koupele nemusíme umýt tyto intimní místa, můžeme je vynechat. Zahájení doteku na těchto místech by mohlo u ustrašeného pacienta vyvolat nežádoucí reakci (spasticitě). Obličej můžeme umýt na závěr stimulace. Genitál je doporučováno umýt jindy během dne. (Friedlová, 2007).
- Koupel by neměla trvat déle než 20 minut. (Friedlová, 2006).
- V případě, že nemocný vykazuje negativní reakci, stimulaci přerušíme a nabídneme mu odpočinek. (Friedlová, 2007).

Somatická zklidňující koupel / stimulace

Každý vlas, či chloupek je u kořene obklopen nervovou pletení, která registruje jeho pohyb a ta posílá tuto informaci do mozku. Celková zklidňující koupel je založena na principu, že ošetřující omývá nemocného ve směru chloupků. Pohyby ve směru ochlupení podávají přesnou informaci o tělesné formě. Používáme vodu o 37-40°C. Cílem zklidňující koupele je navodit příjemné tělesné zklidnění a uvolnění., stimulovat vnímání vlastního tělesného schématu, redukovat neklidné a dezorientované stavy. (Friedlová, 2007).

Před stimulací u nemocného aplikujeme iniciační dotek, představíme se mu a vysvětlíme mu následnou činnost. Myjeme ve směru ochlupení. Začínáme na hrudníku, oběma rukama stimulujeme symetricky trup od středu na strany trupu, kde mírným tlakem zvýrazníme hranice trupu. Od hrudníku postupujeme přes paže až k jednotlivým prstům. Horní končetiny modulujeme po obvodu ve směru ochlupení a každé prsty modulujeme zvlášť.

Potom přejdeme na dolní končetiny a opět postupujeme k jednotlivým prstům. Žáda myjeme v poloze na boku a postupujeme směrem od páteře k zevní straně trupu. Obli-

čej a genitál můžeme vynechat a umýt v jinou dobu. Osušujeme nemocného stejně, jako jsme myli, ve směru ochlupení a vyvíjíme dostatečný tlak po celou dobu osušování. Po umytí nemocného přikryjeme a umožníme mu odpočívat a stimulujeme uklidňující hudbou. (Friedlová, 2007).

U nemocných, kde není vhodné realizovat koupele, je možné tuto metodu provádět na sucho stejným postupem, jako výše uvedený. (Friedlová, 2007).

Indikace somatické zklidňující koupele

- u nemocných s těžkým somatickým postižením s cílem stimulovat hybnost a aktivitu,
- u nemocných v komatu,
- u nemocných ve vigilním komatu,
- u neklidných, hyperaktivních nemocných,
- u nemocných s bolestmi využití jako nefarmakologické tlumení bolesti,
- u nemocných s morbus Parkinson a Alzheimer,
- u umírajících (...). (Friedlová, 2007).

Somatická osvěžující koupel / stimulace

Principem celkové osvěžující koupele je opačný postup uklidňující koupele. Podstatou, je, že ošetřující umývá nemocného proti směru chloupků. Pohyb proti vlasovému kořínku je vnímán daleko intenzivněji než pohyb ve směru růstu chlupů. Cílem této metody je u nemocného zvýšit úroveň vědomí, pozornosti, zvýšit hemodynamiku, svalový tonus, podpořit aktivitu a připravit na následnou rehabilitaci. Při aplikaci koupele se mohou zvýšit hodnoty krevního systolického tlaku o 10 – 20 mmHg. Používáme vodu s teplotou nižší než je teplota těla, tedy kolem 23 - 28°C. (Friedlová, 2007)

Myjeme nemocného proti růstu chlupů, začínáme na končetinách a pokračujeme směrem k hrudníku. Postupujeme přes paže na hrudník.

Od hrudníku přejdeme k prstům nohou přes nohy k pánvi. Záda umýváme v poloze na zádech. Obličej a genitál u této metody umýt můžeme. Obličej umýváme oběma rukama proti vlasové čáře. Genitál umýváme asistovaně. Osušujeme proti směru růstu ochlupení a vyvíjíme po celou dobu tlak. Po umytí nemocného přikryjeme a necháme odpočívat. (Friedlová, 2007)

Tato metoda se může také využít stejným postupem na sucho.

Kontraindikace somatické osvěžující koupele

- u nemocných s čerstvým krvácením (jícnové varixy, krvácející vředy, apod.),
- u nemocných se zvýšeným intrakraniálním tlakem,
- u dezorientovaných a neklidných nemocných. (Friedlová, 2005).

Indikace somatické osvěžující koupele

- u nemocných v bezvědomí,
- u nemocných ve vigilním komatu,
- u nemocných trpících depresemi,
- u nemocných s diabetem mellitus,
- u nemocných se sníženou hemodynamikou. (Friedlová, 2005).

Neurofyziologická koupel

Celková koupel podle konceptu Bobatha je určena pro nemocné s poruchami hybnosti. Princip je, že nervová vlákna se ve středu těla nepatrně překrývají. V těchto místech je tato oblast na dotek velmi senzitivní. Prostřednictvím cílených doteků umožníme nemocným s plegiemi integrovat jejich postiženou stranu těla opět do jejich tělesného schématu. Nemocný musí nejprve vnímat svou zdravou stranu těla, aby si mohl představit, jak se cítí jeho druhá postižená strana. (Friedlová, 2005).

Velký důraz během stimulace klademe na zrakovou kontrolu pacienta.

Nemocný by měl být po celou dobu v poloze v sedě a opticky kontrolovat a sledovat stimulaci na svém těle. Nosí-li brýle je nutné mu je nasadit. Tím, že se vidí, stimuluje jeho aktivitu. (Friedlová, 2007).

Cílem nefyziologické koupele je vyvolání vzpomínek na pohyb a pohybové vzory, uvědomění si postižené strany těla a obnovení rovnováhy, integrace nemocného do běžných aktivit a dosažení jeho samostatnosti. (Friedlová, 2005).

U této metody stojí ošetřující na plegické straně těla nemocného. Umýváme asistovaným mytím a to ve směru od zdravé strany k postižené straně těla. Obličej umýváme od zdravé k postižené straně. Poté pokračujeme na hrudník, kde ve středu zvýšíme tlak a myjeme ve směru postižené strany. Dolní končetiny myjeme od zdravé k postižené. Záda umýváme v poloze na boku, ze směru od zdravé strany k postižené. Genitálie se mohou také umýt podle stavu nemocného. Osušujeme opět ve směru od zdravé k postižené straně a využíváme přiměřený tlak. Pokud jsou ideální podmínky v zázemí, umožníme nemocnému optickou kontrolu tzv. zrcadlovou terapii. Zrcadlový efekt zvyšuje účelnost stimulace a aktivitu nemocného. (Friedlová, 2005).

Indikace neurofyziologické koupele

- nemocní s plegiemi a parézami po cévních mozkových příhodách,
- nemocní po mozkolebečních traumatech s následným postižením pohybového aparátu,
- nemocní po operacích mozku,

- u dětí s dětskou mozkovou obrnou, psychomotorickou retardací a vrozenými vadami pohybového aparátu. (Friedlová, 2007).

3.1.3 Polohování

Friedlová uvádí: „*Vnímání vlastního těla se mění při klidném ležení již po 10 minutách*“³⁴. Dochází ke ztrátě pocitu vlastních tělesných hranic, stav se násobí u nemocných dezorientovaných a neklidných. Nepodnětné okolí a nedostatek pohybové aktivity omezuje přísun informací k nemocnému. Vnímání tělesného obrazu a svého okolí se zkresluje a vede k poruchám orientace na vlastním těle a okolí. V extrémních případech může dojít k těžkým změnám vlastní identity. (Friedlová, 2006). Friedlová uvádí: „*A. Fröhlich nazývá tento proces jako degenerativní habitace (habitace – zvyk, návyk). To znamená, že se psychika a vnímání těla nastavily na jednotvárnost*“³⁵.

Ošetřující tým po čase zhodnotí u pasivně imobilního nemocného absolutní stagnaci a celkový nezájem o svět. Anebo naopak tento stav může vyústit v agresi a zmatenost u nemocného. Projevy degenerativní habitace se u nemocného manifestují jako: poruchy vnímání těla, poruchy koordinace, chybná interpretace okolí, dezorientace v čase a prostoru, emocionální poruchy, aj. (Friedlová, 2006).

Je vědecky podloženo, že vnímání vlastního těla se rychleji ztrácí, ležíme-li na měkké podložce. Zvláště měkké a vzduchové matrace podmiňují degeneraci ve změnách vnímání. Pomocí polohování zprostředkováváme nemocnému informace o svém těle, o své poloze a minimalizujeme porušení kožní integrity kůže. Friedlová udává: „*Již zcela minimální změny polohy za pomoci srolovaného ručníku, malých polohovacích polštářků, mohou značně podpořit vnímání svého těla*“³⁶. Toho můžeme docílit také pomocí tzv. částečného polohování – mikropolohování. (Friedlová, 2006).

³⁴ Friedlová, Karolína, *Bazální stimulace pro učitele předmětu ošetřovatelství II. díl.* 2006, s. 34.

³⁵ Tamtéž, s. 34.

³⁶ Tamtéž, s. 35.

Nabídky pro změny tělesné pozice u nemocného

1. „*Propletení prstů rukou*“,
2. „*Položení rukou na hrudní*“,
3. „*Flexi horní končetiny směrem k tělu*“,
4. „*Překřížení dolních končetin*“,
5. „*Uchopení stehna rukou*“,
6. „*Polohování na různě tvrdých a měkkých matracích*“,
7. „*Polohování pomocí perličkových polohovacích polštářů*“,
8. „*Poloha mumie*“,
9. „*Poloha hnízdo*“³⁷.

Poloha mumie

Cílem této formy polohování je umožnit nemocnému zprostředkování vjemů ze svého vlastního těla a umožnit mu pocítit hranice svého těla. (Friedlová, 2006).

Nemocného informujeme o zamýšlené intervenci, použijeme iniciální dotek. (Friedlová, 2006). Friedlová uvádí: „*Máme-li možnost, poskytneme nemocnému nejprve zklidňující koupel*“³⁸. Nejprve nemocnému podložíme hlavu polštářem a polohujeme ho na záda. Horní končetiny pokládáme na hrudník nemocného. Poté ho obložíme srolovanými ručníky, dekami nebo polohovacími polštáři a zavineme ho do prostěradla. Postupně zatahujeme od noh a končíme na trupu. Nemocnému dáme možnost, aby se z této polohy mohl sám vymanit a sledujeme, zda-li vykazuje nelibé reakce. V případě, že ano, mumii uvolníme. Tuto stimulaci můžeme kombinovat s vestibulární stimulací /lineární, rotační, statické pohyby hlavy/, která má umocněný zklidňující účinek. (Friedlová, 2006).

³⁷ Friedlová, Karolína, *Bazální stimulace pro učitele předmětu ošetřovatelství II. díl.* 2006, s. 36.

³⁸ Tamtéž, s. 37.

V poloze mumie pacienta nenecháváme déle než 20 minut. Po této poloze nemocného necháváme odpočívat, popřípadě můžeme dále stimulovat polohou hnízdo. (Friedlová, 2006).

Indikace k poloze mumie

- u neklidných, agresivních, zmatených nemocných,
- u nemocných v dospávací fázi po anestézii,
- nemocní v bezvědomí,
- dlouhodobě imobilní nemocní. (Friedlová, 2006).

Poloha hnízdo

„Tato poloha umožňuje pacientům odpočívat a navozuje u nich příjemné pocity“³⁹. Poloha hnízdo nabízí pocit jistoty a bezpečí, také umocňuje vnímání hranic svého těla. Zároveň podporuje intenzivní somatickou stimulaci a sekundárně stabilizuje vnímání tělesného obrazu. (Friedlová, 2006).

Tuto metodu můžeme u nemocného použít v pozici na zádech, vleže na boku, nebo v poloze na břiše. Nemocného nejprve uvedeme do jeho oblíbené polohy. Dvě deky srolujeme do pevné role a jimi ohraničíme nemocného tělo. Přikryjeme pacienta. V rámci rozšiřující stimulace můžeme nemocnému zapnout hudbu, rádio, televizi.

Indikace k poloze hnízdo

- u nemocných během noci,
- u nemocných po celkové zklidňující koupeli,
- u nemocných po vyšetření,
- u nemocných po dýchací stimulující masáži. (Friedlová, 2006).

³⁹ Friedlová, Karolína, *Bazální stimulace pro učitele předmětu ošetrovatelství II. díl*. 2006, s. 38.

3.1.4 Somatická stimulace k podpoře dýchání

Nedostatek vzduchu vyvolává u každého zdravého člověka pocity tísně, úzkosti a nejistoty. U nemocného člověka upoutaného na lůžku nedostatečná ventilace způsobuje několika násobné pocity paniky a strachu ze smrti. Vede ke snížení tělesné síly a nedostatek energie zapříčiní stagnaci ve vnímání okolního prostředí. Nemocný se stáhne do sebe a není schopen navázat kontakt s okolím. BS se proto podrobněji zabývá podporou dýchání ve formě somatické stimulace. (Friedlová, 2006).

Cílem somatické stimulace v podpoře dýchání je pomoci nemocnému navodit klidné, hluboké a pravidelné dýchání. Zároveň umožníme nemocnému zřetelně uvědomit si své tělo a zvýšit schopnost koncentrace tak, aby mohl reagovat na podněty z okolí. (Friedlová 2007). Podle Friedlové: „*Dosáhneme také sníženého vyplavování stresového hormonu*“⁴⁰.

Techniky somatické stimulace dýchání

1. „*Kontaktní dýchání*“, (dále jen KD)
2. „*Kontaktní vibrační dýchání*“, (dále jen KVD)
3. „*Masáž stimulující dýchání*“⁴¹. (dále jen MSD)

Kontaktní dýchání

Kontaktní metoda má za cíl u nemocného redukovat stavy neklidu a zmatenosti. Umožňuje navodit pravidelné, klidné dýchání, které si nemocný uvědomuje. (Friedlová, 2007).

Tuto formu dechové stimulace je vhodné aplikovat u nemocných s hypoventilací, nepravidelným dechem, depresivními a úzkostlivými stavy. (Friedlová, 2007).

⁴⁰ Friedlová, Karolína. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. 2007, s.103.

⁴¹ Friedlová, Karolína, *Bazální stimulace pro učitele předmětu ošetrovatelství II. díl*. 2006, s. 30.

Formy kontaktního dýchání

1. Forma KD – Ošetřující položí nemocnému ruce na hrudník a doprovází pacienta v nádechu a výdechu. Výdech u nemocného může ošetřující podpořit stlačením hrudníku, a také při zahlenění lze přidat vibrace výdechu. (Friedlová, 2007).

2. Forma KD – Kontaktní dýchání lze nemocnému poskytnout jeho vlastní rukou, kterou ošetřující položí nemocnému na hrudník. Nemocný tak může výrazněji vnímat svůj vlastní dech. (Friedlová, 2007).

3. Forma KD – Tato forma KD je velmi využívána především u dětí po kraniocerebrálních úrazech. Podstata, je že rodič přiloží hrudník dítěte na svůj hrudník a společně dýchají. Dítě i rodič si intenzivně uvědomují pravidelnost dechu. Dochází ke stimulaci vnímání a zvyšuje se také aktivizace paměťové stopy u dítěte díky hlasu a vůni stimulujícího rodiče. (Friedlová, 2007).

Kontaktní vibrační dýchání

KVD se využívá u nemocných se záněty dýchacích cest, s asthma bronchiale a jako prevence u imobilizovaných nemocných, aj. Vibrace zprůchodňují dýchací cesty, uvolňují hleny a podporují vykašlávání. Ošetřující položí nemocnému ruce na hrudník a při výdechu používá jemné vibrace a lehce stlačuje. (Kličková, 2007).

Masáž stimuluje dýchání

MSD je jedna ze stěžejních technik konceptu a má velký význam. Cílem stimulace je dosáhnout u nemocného klidné a hluboké dýchání, redukovat stavy neklidu a zmatenosti. Během masáže dochází k uvolnění psychosomatického napětí a ke srovnání frekvence a rytmu dýchání u pacienta i ošetřujícího. Prostřednictvím tělesného intenzivního kontaktu a díky klidným dotekům se nemocný cítí jistě a bezpečně. (Friedlová, 2006).

Primárně k provedení MSD se volí oblast zad, nebo také ventrální /přední/ strana hrudníku. Způsobů provedení masáže je více, možné techniky MSD zvažují sám ošetřující podle stavu nemocného. Pokud je to možné uvedeme nemocného do polohy vsedě. Necháme pacienta, aby zaujal, co nejpohodlnější pozici a vybídneme ho, aby se opíral horními končetinami o židli, křeslo, nebo lůžko. U ležících nemocných lze volit polohu na břicho nebo na boku. (Friedlová, 2006).

Přiložíme své ruce na zátylí pacienta, pak pomalu spouštíme ruce a vyvíjíme tlak podél páteře dolů až k sakrální oblasti. Tento postup opakujeme nejméně třikrát bez přerušování kontaktu s nemocným. Na každé straně na zádech vytváříme celkem tři kruhy, které stále opakujeme po dobu tří minut. (Friedlová, 2006).

U nemocného dochází k proventilování plic od hrotů plicních až po bázi. Při masáži je nutné vyvinout přiměřenou fyzickou sílu, abychom zvedali hrudník nemocného a pomohli mu manuálně klesnout. V případě, že nemocný kašle, přerušíme krátce masáž a poskytneme mu svými rukama oporu v kašlání. Také můžeme aplikovat prvky vibrační masáže k podpoře vykašlávání sekretu z dýchacích cest. (Friedlová, 2005).

Masáž končí stejně jako začala. Tedy tahy podél páteře, které opakujeme třikrát. Na závěr následuje zatlačení v sakrální oblasti. Je vhodné, aby si nemocný po masáži odpočinul. (Friedlová, 2006).

3.2 Vestibulární stimulace (vestibular stimulation)

Zdravý člověk se v běžném denním životě neustále pohybuje a mění své polohy v důsledku různých vykonaných činností. Vnitřní sluchový orgán s jeho rovnovážným ústrojím tak získává stálý přísun podnětů a informací. Vestibulární aparát zodpovídá za koordinaci pohybu, orientaci v prostoru, rovnováhu a stabilizaci krevního oběhu. (Friedlová, 2005).

U imobilních pacientů, kteří nejsou pravidelně polohováni, dochází ve vestibulárním centru ke ztrátě schopnosti reagovat na změny polohy těla. V důsledku změn ve vestibulárním centru může u nemocného docházet k následujícím nežádoucím komplikacím, jako jsou: kolaps, nauzea, poruchy orientace na vlastním těle a v prostoru. (Friedlová, 2005).

Tato metoda umožňuje zaznamenávat lineární, rotační, statické pohyby hlavy a informuje nás o naší poloze těla a pohybu v prostoru. VS je založena na principu pohybům endolymfy, která převádí informace na vestibulární jádra v mozku. Cílem této techniky je u nemocného zprostředkovat informace o postavení v prostoru, redukovat závrať z otáčivého pohybu, snížit spasmus flexorů a extenzorů a připravit organismus na mobilizaci. (Friedlová, 2005).

Stimulaci realizujeme díky zcela nepatrným pohybům hlavy nemocného, kterou mírně otáčíme do stran. Hlava je ve stálém kontaktu s podložkou. Je důležité dbát, aby ruce ošetřujícího nepřekrývaly obličejovou část nemocného. Tento pohyb stačí provést třikrát až pětkrát. Vestibulární stimulaci je vhodné preventivně využívat u nemocného před každým polohováním. Zabráníme tvorbě nežádoucím komplikacím u nemocného. (Friedlová, 2005).

Indikace vestibulární stimulace

- u imobilizovaných nemocných na lůžku déle než 3 dny,
- u nemocných závislých na umělé plicní ventilaci (dále jen UPV),
- u nemocných ve vigilním komatu. (Friedlová, 2005).

3.3 Vibrační stimulace (vibration stimulation)

Cílem této metody je stimulovat kožní receptory pro vnímání vibrací tzv. Vate-rova Paciniho tělíska a receptory hluboké citlivosti, tzv. Proprioreceptory. Tyto recep-tory jsou uloženy ve svalech, šlachách a vazivovém aparátu kostí a kloubů. Vnímání vibrací se děje ve směru od periferie dovnitř těla. Tvrdé kosti vedou vibrace na skeletu a ty jsou vnímatelné hlouběji v těle i na vnitřních orgánech. Nemocný tyto vibrace cítí a díky nim si může uvědomit existenci svých některých orgánů. Cílem stimulace je, aby nemocný pocítil tělesnou hloubku a vnitřní stabilitu tělesné hranice. **Kontraindi-kace vibrační stimulace** (dále jen VS) je u nemocných s krvácivými stavy, varixy, poruchami integrity kůže, implantovanými klouby. (Friedlová, 2005).

Pomůcky k VS může být hlas, ruce, ladička, dupání, klepání, elektrické přístroje. Hlas využijeme tím, že položíme ruce pacienta na jeho hrudník a necháme ho mluvit. Díky vibračním způsobeným šířením jeho hlasu pocítí své ruce. (Friedlová, 2005).

Ruce můžeme využít ke tvorbě vibrací tak, že ošetřující vibruje oběma rukama na těle nemocného. (Friedlová, 2005).

Elektrické přístroje jako jsou např. vibrax, mobilní telefon, elektrický holící stro-jek aj. Vibrax můžeme využít tak, že ho necháme působit na matraci, na které pacient leží. Vibracemi nemocnému umožníme pocítit jeho vlastní tělo na lůžku. Mobilní tele-fon, elektrický holící strojek vkládáme nemocnému do rukou. (Friedlová, 2005).

Indikace vibrační stimulace

- u nemocných v bezvědomí,
- u nemocných s hemiplegiemi,
- u imobilizovaných nemocných,
- u nemocných s poruchou vnímání svého těla. (Friedlová, 2005).

4 NADSTAVBOVÁ STIMULACE

4.1 Optická stimulace (optic stimulation)

Zrakový vjem umožňuje člověku poznávat okolní svět, orientovat se, uspořádat své okolní prostředí, poznávat lidi a předměty, prožívat pozitivní vjemy, posílit pocit jistoty. Člověk, který nemůže prožívat svůj vlastní zrakový vjem je odkázán na ostatní smysly. Upřeny pohled nemocného nemusí vždy znamenat, že nás pacient vnímá a ví o naší přítomnosti. (Friedlová, 2005).

Prostředí v nemocnicích bývá většinou nudné a prosté. Často lze o něm říci, že je destimulující. Pro optickou stimulaci je velmi důležitá jakákoliv tělesná změna polohy. Třebaže jen díky nepatrnému zvednutí výše pod hlavou pacienta se ihned změní jeho zorné pole vidění. Změnami polohy lze pacientovi nejen umožnit sledovat dění v jeho okolí, ale také se orientovat na svém těle. Tím se posílí jeho pocit jistoty a bezpečí. Polohování znamená současně stimulaci vestibulární a somatickou. Všechny terapeutické intervence, které stimulují smyslové receptory ve vnitřním uchu, v kloubech, kůži mohou přispět ke zlepšení zrakového vnímání. (Friedlová, 2005).

Změny zrakového vnímání

1. Poruchy vidění celistvosti osob, předmětů, detailů,
2. Poruchy vidění prostorových vztahů, pacient si neumí dát do souvislosti předměty v okolí,
3. Porucha konstantnosti barev,
4. Porucha vizomotoriky, nedostatečná koordinace mezi zrakovým vjemem a motorikou,
5. Porucha vnímání lokalizace v prostoru. (Friedlová, 2007).

Zásady optické stimulace

1. Nabízet nemocnému podněty, které jsou zřetelně světlé nebo tmavé,
2. Nabídnout nemocnému možnost uvědomit si denní dobu, rozdíl mezi dnem a nocí,
3. Umožnit nemocnému sledovat hodiny – umístit do jeho zorného pole,
4. Obličej nemocného vystavit, alespoň krátce, sluneční expozici,
5. Barevně ladit interiér oddělení – barevné záclony a závěsy, barevné ložní prádlo, personální barevné uniformy,
6. Barevné obrázky, fotografie pro pacienta musí být dostatečného formátu minimálně A3 a dbát na to, aby byly umístěny do pacientova zorného pole,
7. U obrázků, fotografií, pohlednic dáváme pozor na negativní asociace,
8. Pozorování stále stejných objektů vyvolává halucinace a dezorientaci,
9. Pro stimulaci pohybové aktivity u pacienta je vhodné umístit fotografie a obrázky na okraj jeho zorného pole, aby byl nucen vyvinout pohybovou aktivitu,
10. Používá-li nemocný brýle, pravidelně mu je nasazujeme. (Friedlová, 2007).

Možnost optické stimulace, tak jako u jiných stimulací, by měly ošetřující zohlednit autobiografickou anamnézu nemocného. Variabilita a možnosti jen záleží na kreativitě ošetřujícího týmu.

4.2 Auditivní stimulace (auditory stimulation)

Auditivní stimulace (dále jen AS) se zaměřuje na aktivizaci sluchového vnímání a rozlišovacích schopností pro jednotlivé zvuky. V praxi to znamená maximalizovat význam poskytnutých slovních sdělení nemocnému a naopak minimalizovat nejasné zvuky okolního světa. Ošetřující by měli volit zcela jednoduchou a zřetelnou formu slovního kontaktu. A také poskytnout nemocnému možnost jasně rozlišit, kdy se hovoří s ním a kdy s jeho okolím. (Friedlová, 2007).

Cílem AS je u nemocných stimulovat vnímání, zvýšit rozlišovací schopnosti sluchového aparátu, navázat kontakt s nemocným, zprostředkovat informace o nemocném a jeho těle, vyvolat vzpomínky, budovat pocit jistoty a umožnit orientaci.

Možnosti auditivní stimulace

1. Řeč

- vyprávění,
- předčítání,
- reprodukce řeči ze záznamu /lze nahrát hlasy příbuzných a kamarádů, aj.

(Friedlová, 2007).

Nejvhodnější pro stimulaci paměťových stop je hlas příbuzných. Efektivní je vyprávění z reality. Např. Co je nového v rodině, zaměstnání, ve škole. Jak se daří rodinným příslušníkům a co dělají, Jaké je počasí. (Friedlová, 2007).

Vyprávění je často aplikováno v pediatrické intenzivní péči v kombinaci s předčítáním pohádek a příběhů. (Friedlová, 2007).

2. Hudba a zpěv

- reprodukováná (z přehrávače, rádia, televize, aj.),
- produkovaná u nemocného hrou na hudební nástroj

(Friedlová, 2007).

Hudební nástroje mohou být výborné prostředky k navázání komunikace u nemocných, u kterých je kontakt minimalizován. S hudebními nástroji pracují v Německu muzikoterapeuti. Využívají speciálně upravené nástroje k současné aplikaci somatické, vestibulární, vibrační stimulace. Zvláště v oblasti speciální pedagogiky jsou děti pokládány na tyto nástroje. Takovou formou mohou zvuky vnímat celým tělem. Na hudební nástroje může nemocný hrát sám, nebo jemu blízká osoba. (Friedlová, 2007).

Zpěv, pobrukování, zpívání oblíbených písniček. Integrujeme rodinu a blízké.

4.3 Orální stimulace (oral stimulation)

Ústa představují nejcitlivější tělesnou intimní zónu. Ústa a ruka patří mezi nejaktivnější místa na těle. Dutina ústní umožňuje člověku příjem potravy, dýchání, vnímání chutí, vůni a konzistence, komunikaci, vyjádření emocí a prožitek a může také sloužit jako pracovní nástroj. (Friedlová, 2007).

Zavřená ústa chrání dutinu ústní před vysycháním. Čím více je ale vnímání postiženo, tím více jsou ústa otevřená, nemocný méně pohybuje jazykem, padá dolní čelist a sliny vytékají z úst. Podle aktivity dutiny, tedy lze posuzovat stav vědomí nemocného. (Friedlová, 2005).

Cílem orální stimulace je zprostředkovat nemocnému vjemy ze svých vlastních úst a stimulovat jeho vnímání. (Friedlová, 2005).

Zásady orální stimulace

1. Před orální stimulací je vhodné zhodnotit u nemocného stav rtů a dutiny ústní. Zaměřujeme se na defekty, afty, trhlínky, defektní zuby, opary, trhlínky, či jiné anomálie. Hodnotíme zároveň stav hydratace. Zjišťujeme z bibliografické anamnézy hygienické zvyky,
2. Nemocnému umožníme pohodlnou polohu, ve které se bude na své požitky a vjemy nejlépe koncentrovat,
3. Umožníme nemocnému ochutnat jídlo a tekutiny, které má oblíbené,
4. Neaplikujeme orální stimulaci, je-li pacient unavený. (Friedlová, 2005).

Důležitá je poloha pacienta při jídle a orální stimulaci. Nejprve uvedeme pacienta do sedu. U imobilizovaných pacientů zachovááme polosed, tak aby tělo nemocného bylo v symetrii. Zvláště je vhodné dodržovat středové postavení hlavy nemocného. Hlava, zátylek a záda pacienta mají být v jedné rovině. Hlava nesmí být v hyperextenzi. Ramena by měly být mírně nahnutá vpřed. (Friedlová, 2007).

Správná pozice pánve, obě hýždě musí nést stejně váhu těla. Eventuelně za hrbol sedací kosti položit srolovaný ručník s cílem stabilizovat pánev. Dolní končetiny jsou v abdukci a flexi - kyčelní kloub ve flexi pravého úhlu, chodidla opřena o podložku. (Friedlová, 2005).

Horní končetiny by měly být opřeny o stolek. Před podáváním stavy je důležité navodit příjemnou atmosféru – např. vyvětrat pokoj, umožnit nemocnému umytí rukou, aj. Při asistenci u jídla přistupujeme k nemocnému před pacienta. Lžičky podáváme mírně ze strany. Po ukončení příjmu potravy by měl pacient zůstat 30 minut ve zvýšené poloze, aby se zmírnilo potencionální riziko aspirace a reflexu. Potrava netlačí směrem k páteři, ale k duodenu. (Friedlová, 2005).

4.4 Olfaktorická stimulace (osmesis stimulation)

Vůně a pachy jsou pro lidský organizmus hlavními spouštěči pozitivních i negativních vzpomínek. Určité vůně asociují roční období - např. když cítíme vůni perníku vybavíme si automaticky Vánoce, situace - např. když cítíme kávu představíme si příjemnou chvíli, nebo lidi - např. osobní vůně aj. (Friedlová, 2005).

Každý člověk má své oblíbené konkrétní vůně a pachy. Orální a olfaktorická stimulace úzce společně souvisí a navzájem se prolínají. Předtím než se pacient začne konfrontovat s konkrétními vůněmi je nezbytné se informovat, jaké vůně nemocný upřednostňuje. Zabráníme tím negativní stimulaci, to znamená, že u pacienta nevyvoláme nepříjemné vzpomínky a nedojde k navázání nežádoucího kontaktu. Olfaktorické stimuly se nenabízejí kontinuálně, jelikož by si na ně pacient zvykl. Stejně nepravidelně podáváme další tyto stimulující podněty jako je hudební kulisa, obrázky, fotografie, aj. Pro olfaktorickou stimulaci jsou vhodné oblíbené vůně a pachy nemocného. Doporučují se oblíbené prostředky k toaletě, parfémy, vůně oblíbených květin, lesu – větvička, vůně z oblíbeného jídla, atd. (Friedlová, 2005).

4.5 Taktilně haptická stimulace (tactil and haptical stimulation)

Schopnost lidské ruky rozpoznávat předměty umožňuje během života získávat zkušenosti a ty ukládat do paměti. Friedlová uvádí: „*Funkce ruky pohybovat se trojrozměrně perfekcionalizuje její schopnost poznávání*“⁴².

Neklidní, hyperaktivní pacienti, jejichž ruce jsou aktivní, většinou potřebují identifikovat předmět, který nahmatali. Poněvadž ruce a ústa se řadí mezi nejaktivnější části těla a pacienti většinou nemají v ruce objekt, na který by zaměřili svou pozornost. Jejich aktivita se projevuje například těmito činnostmi: vytrhávají si flexily, zavedené močové katetry, drény a jiné invazivní vstupy, stahují ze sebe neustále deku, rolují povlečení apod. V podstatě ve své paměti se snaží tyto nové předměty zařadit. Protože je však neznají, vyvolávají u nich pocity nejistoty a nebezpečí. Taktilně haptická stimulace umožňuje nemocným poskytnout smysluplnou stimulaci ve formě jim známých předmětů a materiálů. „*Taktilně – haptickou stimulaci můžeme provádět u nemocného asistovaně, pokud není schopen sám pohybovat prsty*“⁴³.

Předměty používané k taktilně haptické stimulaci

- „*oblíbené předměty, hračky, talismany*“,
- „*předměty používané k výkonu povolání*“, např. vařečka, klávesnice k PC, volant aj.,
- „*předměty spojené s hobby*“, např. mikrofon, tenisová raketa, kytara,
- „*teplo a chlad*“⁴⁴,
- hygienické potřeby, např. zubní kartáček, hřeben, holící strojek, make-up, aj.
- předměty denního života např. mobilní telefon, klíčky, aj. (Friedlová, 2007).

⁴² Friedlová, Karolína. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. 2007, s. 128.

⁴³ Tamtéž, s. 130.

⁴⁴ Tamtéž, s. 129.

5 BAZÁLNÍ STIMULACE V INTENZIVNÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČI

5.1 Poruchy vědomí

Kapounová definuje poruchu vědomí: „*Porucha vědomí může být navozena vratným nebo nevratným postižením mozku, které může být globální či ložiskové*“⁴⁵. Poruchy vědomí se dělí na kvantitativní a kvalitativní. Příčiny bezvědomí jsou multifaktoriální. Velmi stručně lze příčiny rozdělit na strukturální či funkční postižení aktivačního systému mozkového kmene a difúzní poruchy metabolismu neuronů. (Ševčík, Černý, Vítovec, et al., 2003)

Kvalitativní poruchy pojednávají o poruchách obsahu vědomí. Touto problematikou se zabývá psychiatrický obor. Avšak i tyto stavy se mohou vyskytovat u kriticky nemocných. U pacientů může být přítomen psychomotorický neklid, zmatenost a delirium. (Ševčík, Černý, Vítovec, et al., 2003).

Kvantitativní poruchy vědomí, zde se jedná o poruchy bdělosti – vigily. Dělíme kvantitativní poruchu na 3 typy. První typ je somnolence, stav kdy pacient zdánlivě spí, reaguje na zvukové, dotykové a zrakové podněty. Druhým typem je sopor, stav, kdy pacient reaguje pouze na bolestivé podněty. (Ševčík, Černý, Vítovec, et al., 2003). Třetím typem je kóma, stav, kdy pacient postupně ztrácí reaktivitu na zevní podněty. Podle Ševčíka, Černého a Vítovce: „*Při silných bolestivých podnětech se zpočátku objevuje dekortikační nebo decerebrační odpověď, případně vegetativní odpověď: tachypnoe, tachykardie, v nejhlubším kómatu není přítomná žádná reakce*“⁴⁶.

⁴⁵ Kapounová, Gabriela. *Ošetřovatelství v intenzivní péči*. 2007, s. 196.

⁴⁶ Ševčík, Pavel, Černý, Vladimír, Vítovec, Jiří, et al. *Intenzivní medicína*. 2003, s. 272.

5.2 Vnímání v bezvědomí

Výzkumník v oblasti bezvědomí Doc. Dr. Andreas Ziegler nazírá na stav v komatu jako na strategii přežití v extrémní situaci. Vědomí jako by se stáhlo zpět na nějakou nedefinovatelnou rovinu, kterou nemůžeme funkčně změřit. Zastává však názor, že každý člověk s těžkou poruchou vědomí je schopen svými smysly vnímat něco ze svého zevního okolí. (Friedlová, 2006).

Od 90. let po současnost světové výzkumy potvrzují, že nemocní v bezvědomí vnímají okolní svět. Vědecké tvrzení o průkazu vnímání u nemocných v kritickém stavu dokazuje i lékařská studie z newyorské presbyteriánské kliniky z roku 2005. Vědci uvádí, že pacienti po těžkých kraniocerebrálních úrazech často nejeví známky toho, že vnímají dění kolem sebe. Studie vypovídá, že mnozí pacienti slyší a vnímají, avšak nemohou to dát najevo svému okolí.

Studie probíhala pomocí magnetické rezonance, kterou vyšetřili dva pacienti v bezvědomí po úrazu mozku a dalších sedm zdravých mužů a žen. Mozková aktivita pacientů byla většinou o víc než polovinu nižší, než ve skupině zdravých lidí. Poté všem účastníkům byla přehrána nahrávka, na které blízká osoba popisovala společně prožité chvíle. V těchto okamžicích se na záznamu mozková aktivita obou nemocných lišila od zdravé skupiny jen minimálně. Výsledkem studie bylo, že jazyková mozková centra obou pacientů těžce postižených poruchou vědomí pracovala téměř srovnatelně s mozky zdravých lidí. Jeden z výzkumníků Joseph Fins uvedl: „Nahání to husí kůži, protože to naznačuje, v jaké izolaci se tyto lidé ocitají ve chvílích, kdy my s nimi zacházíme, jako kdyby vůbec nic nevnímali“.

(<http://zdravi.doktorka.cz/pacienti-urazech-mozku-nas/>.4.12, 22.05)

A. Ziegler uvádí, že organizmus nemocných v komatózním stavu prochází velkým šokem a ztrácí orientaci nad svou hranicí vlastního těla. (Friedlová, 2006). Sami nemocní, kteří se úspěšně probudili z bezvědomí, udávají vzpomínky na pocity rozpínaví těla na lůžku, které nemělo začátek ani konec. Také na pocity pohybujících se hadů a pavouků na svém těle, nebo dokonce se cítili být i napadáni. A to tehdy, když ošetřující tým vykonával diagnosticko – terapeutické výkony bez možných nabízejících se forem komunikace. (Bienstein, 2007).

5.3 Charakteristika bio-psycho-sociálních potřeb u kriticky nemocného podle Maslowova hierarchie v konceptu bazální stimulace

5.3.1 Fyziologické potřeby

1. Potřeba zachování vitálních funkcí, stimulace centrální nervové soustavy (dále jen CNS),
2. Potřeba dýchání, stimulace odkašlávacího reflexu a stimulace CNS,
3. Potřeba výživy a zachování polykacího, sacího reflexu a produkce slin. Potřeba vnímat chuť ústy a stimulace CNS,
4. Potřeba vyprazdňování a zachování střevní peristaltiky a stimulace CNS,
5. Potřeba vnímat své tělo a cítit jeho ohraničení, tzn. tělesný začátek a konec, stimulace CNS,
6. Potřeba uvědomění si změny polohy, prostorové orientace,
7. Potřeba čistoty a pohodlí,
8. Potřeba somatického kontaktu, který zprostředkovává kontakt se svým vlastním tělem a zevním okolím,
9. Potřeba pohybu. Imobilizační syndrom je fyziologickou zpětnou odpovědí na imobilitu. Orgánové systémy reagují na ztrátu pohybové aktivity. (Trachtová, 1999),
10. Potřeba slyšet,
11. Potřeba cítit,
12. Potřeba hmatat předměty,
13. Potřeba zrakových vjemů,
14. Potřeba klidu a spánku. (Trachtová, 1999).

5.3.2 Emocionální potřeby

1. Potřeba pocitu jistoty, bezpečí, důvěry, empatie a sounáležitosti,
2. Potřeba autonomie, sebeúcty,
3. Potřeba milovat a býti milován,
4. Potřeba komunikace ve všech formách,
5. Potřeba vnímat a komunikovat se svou rodinou, blízkými a přátely,
6. Potřeba vnímat oblíbené podněty,
7. Potřeba integrace. (Trachtová, 1999).

5.3.3 Společenské potřeby

1. Potřeba společenské integrace,
2. Potřeba zachování lidské důstojnosti bez ohledu na společenské postavení a zdravotní stav nemocného,
3. Potřeba úcty, respektu, taktu, slušnosti od ošetřujícího týmu a blízkých nemocného. (Trachtová, 1999).

5.3.4 Spirituální potřeby

1. Potřeba své víry – rozhovor s duchovní osobou, modlitba, poslední pomazání, zpověď, atd.,
2. Potřeba smířit se s nemocí a se situací,
3. Potřeba rozloučit se s blízkými.

5.3.5 Kognitivní potřeby

1. Potřeba rozumět,
2. Potřeba chápat,
3. Potřeba vědět,
4. Potřeba poznávat. (Trachtová, 1999).

5.3.6 Seberealizační potřeby

1. Potřeba seberealizace,
2. Potřeba realizovat vlastní potenciál,
3. Potřeba vidět výsledky ve zdravotním stavu,
4. Potřeba motivace a cíle. (Trachtová, 1999).

5.4 Péče o rodinné příslušníky a blízké na intenzivních pracovištích v konceptu bazální stimulace

5.4.1 Rodinní příslušníci a ošetřující tým

Rodinní příslušníci a blízcí popisují ve většině případů svůj první kontakt se svým příbuzným hospitalizovaným na intenzivním pracovišti, jako zážitek nahánějící strach a hrůzu (Anastasiadou, 2007). Pohled na blízkého, ze kterého se najednou stal ležící nekomunikující pacient obklopený alarmujícími přístroji, hadičkami vyvolává u rodinných příslušníků pocity nejistoty, stresu a zmatků. Nevědí, na koho se mají nejlépe obrátit, mají velký strach o život svého blízkého a jsou zmatení.

Přírozeně se rodinní příslušníci upínají v kritické situaci na ošetřující tým a očekávají, že personál bude bezprostředně reagovat na jejich aktuální situaci a bezmocnost. (Anastasiadou, 2007).

5.4.2 Model krizové situace podle Eriky Schuchart

Rodinní příslušníci nemusí projít všemi fázemi. Může se lišit jejich pořadí a délka prožívaného období, míra zastoupenosti a intenzity. K některým fázím postižení nemusí nikdy dospět. Jejich znalost je však důležitá pro terapeutický tým.

1. Nejistota

Co se děje?!

Na začátku stojí strach, chaos a šok. Krizi vyvolávající zpráva rodinného příslušníka zasáhne jako blesk z čistého nebe naprosto nepřipraveného. Má strach a nemůže v danou chvíli realitu přijmout. V této chvíli je nezbytné navázat s rodinným příslušníkem kontakt. (Anastasiadou, 2007).

2. Jistota

Chápeme, ale to snad není možné?!

Na prožitou nejistotu navazuje touha po osvobozující jistotě ukončující nesnesitelné napětí. Příbuzní jsou již na racionální úrovni přijmout pravdu. Emocionálně stále doufají v naději, že vše je omyl a brzy se probudí ze zlého snu. (Anastasiadou, 2007).

3. Agrese

Proč zrovna já?!

Příbuzní si začínají uvědomovat realitu. Muka spojená s tímto uvědoměním přináší návaly velmi silných až dusivých emocí. S příčinou agrese nelze svést boj, a proto jsou vyhledávány jiné ventily. Náhradními cílovými objekty se může stát cokoliv a kdokoliv v bezprostřední blízkosti lůžka nemocného. (Anastasiadou, 2007).

4. Vyjednávání

Anastasiadou uvádí: „*Agresí uvolněné síly směřují k činu. Příbuzní stále hledají a shromažďují informace od všech členů terapeutického týmu*“. „*Prakticky každého se ptají na pokroky, změny a novinky*“⁴⁷.

5. Deprese

Všechno je zbytečné ?!

Porážku z předchozí fáze rodinní příslušníci prožívají jako své osobní selhání a stávají se depresivními pro své okolí. Uvědomění a vstřebání smutku je důležitým procesem v životě dotyčných, umožňuje připravit se na konečnou fázi přijetí osudu. (Anastasiadou, 2007).

⁴⁷ Anastasiadou, Hana, *Cesta k humánnímu ošetřovatelství*. 2007, s. 6.

6. Přijetí

Příbuzní jsou z prožitých předchozích fází vyčerpaní a vysílení. Cítí se prázdní a přijímají nezměnitelné. (Anastasiadou, 2007).

7. Aktivita

Přijetím osudu na základě vlastního rozhodnutí se uvolní potlačovaná energie, která byla dříve zaměřována na boj proti nezměnitelné skutečnosti. (Anastasiadou, 2007)

8. Solidarita

Fázi úspěšného zpracování krizové situace nemusí být vždy dosaženo, protože ne vždy můžeme zbavit příbuzné zátěže osudu. V kritických chvílích je někdy řešením nebojovat proti nepřízni osudu, nýbrž přijmout skutečnost a naučit se s jejím omezením žít. (Anastasiadou, 2007).

5.4.3 Potřeby rodinného příslušníka před vstupem na intenzivní pracoviště

1. Potřeba představení ošetřujícího lékaře a sestry,
2. Potřeba zklidnění ze strachu o svého blízkého,
3. Potřeba jistoty v ošetřující personál, že rodinu provede nově vzniklou kritickou situací s vysoce kvalifikovanou a stabilní péčí,
4. Potřeba uvedení do problematiky a charakteru intenzivního pracoviště,
5. Potřeba seznámení s aktuálním zdravotním stavem a prognózou blízkého,
6. Potřeba připravenosti na kritický stav blízkého obklopeného přístroji a hadičkami,
7. Potřeba seznámení rodiny, jak se ke svému blízkému chovat a přistupovat,
8. Potřeba vysvětlení harmonogramu návštěv intenzivního pracoviště a sdělování informací,

9. Potřeba seznámení s konceptem bazální stimulace a s dalšími možnostmi v komplexní péči o blízkého,
10. Potřeba integrace do péče o blízkého.

5.4.4 Zásady pro navázání kontaktu s příbuznými

Prvním krokem k realizaci procesu integrace do péče o blízkého je navázání kontaktu s rodinnými příslušníky.

1. Vyzvednout příbuzné u vchodu intenzivního pracoviště, přivítání se a představení se,
2. Seznámení s prostředím a charakterem pracoviště,
3. Lidská gesta, jako jsou nabídnutí sklenky vody, šálku kávy jsou velmi přínosná,
4. Následuje informování o zdravotním stavu a ošetrovatelské péči jejich blízkého od ošetřujícího lékaře a sestry. Cílem věcného, citlivého rozhovoru v důstojném prostředí je získat pocit bezpečí, důvěry a jistoty. Zároveň zjišťujeme úroveň tělesného a duševního stavu příbuzných. (Anastassiadou, 2007).
5. V rámci rozhovoru vysvětlujeme a domlouváme se na harmonogramu návštěv u nemocného. Seznamujeme a vysvětlujeme příbuzným koncept bazální stimulace a zdůrazňujeme možnost zapojení se do péče o nemocného.
6. Odebíráme biografickou anamnézu bazální stimulace od rodiny,
7. Na závěr rozhovoru předáváme edukační materiál o charakteru péče na intenzivních pracovištích, vizitku s kontaktem. Zde patří péče a starost o rodinného příslušníka v kritické situaci. Ptáme se např.: Máte se jak dopravit domů? Jste v pořádku? Nechcete si zatelefonovat? (Bientein, 2007).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

6 VÝZKUMNÝ PROBLÉM A OTÁZKY KVALITATIVNÍ STUDIE

6.1 Výzkumný problém kvalitativní studie

1. Aplikace bazální stimulace do klinické intenzivní ošetrovatelské praxe.

6.2 Výzkumné otázky kvalitativní studie

1. Jakou formou a metodikou pracuje ošetrovatelský tým s konceptem bazální stimulace (dále jen KBS) v praxi?
2. Jakou mírou je včleněn KBS do ošetrovatelské praxe na zkoumaných intenzivních pracovištích?
3. Jaké jsou podmínky pro aplikaci KBS do ošetrovatelské praxe?

7 CÍLE A HYPOTÉZY KVANTITATIVNÍ STUDIE

7.1 Cíle kvantitativní studie

1. Posoudit práci multidisciplinárního týmu s KBS a míru proškolenosti ošetřujícího týmu společně s jeho metodikou a formou v praxi.
2. Posoudit názor ošetřujícího týmu na KBS v praxi.
3. Zjistit aspekty ovlivňující zavedení KBS do praxe.
4. Posoudit rozdíl v kvalitě poskytované ošetrovatelské péče po implementaci KBS.

7.2 Hypotéza k cíli 1

7.2.1 Hypotéza č. 1

H_A Domnívám se, že na ARO budou všeobecné sestry v KBS proškoleny ve větším počtu základními a nadstavbovými kurzy, než na JIP.

H_0 Domnívám se, že na ARO nebudou všeobecné sestry v KBS proškoleny ve větším počtu základními a nadstavbovými kurzy, více než na JIP.

7.2.2 Hypotéza č. 3

H_A Předpokládám, že proškolené všeobecné sestry základními a nadstavbovými kurzy budou více pracovat pravidelně a kontinuálně s metodikou a začleňovat osvědčené prvky KBS do ošetrovatelské péče u nemocných, než proškolené všeobecné sestry od kolegů na pracovišti.

H₀ Předpokládám, že proškolené všeobecné sestry základními a nadstavbovými kurzy nebudou více pracovat pravidelně a kontinuálně s metodikou a nebudou začleňovat osvědčené prvky KBS do ošetrovatelské péče u nemocných, více než proškolené všeobecné sestry od kolegů na pracovišti.

7.2.3 Hypotéza č. 4

H_A Domnívám se, že na ARO budou všeobecné sestry aplikovat KBS u všech kriticky nemocných a indikované metody konceptu budou využívat v plném rozsahu, více než na JIP.

H₀ Domnívám se, že na ARO nebudou všeobecné sestry aplikovat KBS u všech kriticky nemocných a indikované metody konceptu budou využívat v plném rozsahu, více než na JIP.

7.2.4 Hypotéza č. 5

H_A Předpokládám, že na ARO využívají všeobecné sestry kvalitnější zpracování doporučené dokumentace KBS, více než na oborových JIP.

H₀ Předpokládám, že na ARO nevyžívají všeobecné sestry kvalitnější zpracování doporučené dokumentace KBS, více než na oborových JIP.

7.2.5 Hypotéza č. 6

H_A Domnívám se, že na ARO budou využívat všeobecné sestry informační propagaci o KBS pro rodinné příslušníky a blízké ve větším rozsahu než na JIP.

H₀ Domnívám se, že na ARO nebudou využívat všeobecné sestry informační propagaci o KBS pro rodinné příslušníky a blízké ve větším rozsahu, více než na JIP.

7.3 Hypotézy k cíli 2

7.2.6 Hypotéza č. 7

H_A Předpokládám, že ošetřující pracovníci proškolení základními a nadstavbovými kurzy z velké většiny budou považovat KBS za smysluplný koncept v akutní ošetrovatelské péči více, než ošetřující pracovníci proškolení od kolegů, nebo v rámci studia.

H₀ Předpokládám, že ošetřující pracovníci proškolení základními a nadstavbovými kurzy z velké většiny nebudou považovat KBS za smysluplný koncept v akutní ošetrovatelské péči více, než ošetřující pracovníci proškolení od kolegů, nebo v rámci studia.

Hypotéza č. 8

H_A Domnívám se, že všeobecné sestry, které jsou minimálně vzdělány specializací v oboru a vyšším stupněm vzděláním, nepovažují KBS v rámci poskytované akutní ošetrovatelské péče za nadstandardní, než všeobecné sestry se středoškolským stupněm vzděláním.

H₀ Domnívám se, že všeobecné sestry, které jsou minimálně vzdělány specializací v oboru a vyšším stupněm vzděláním, považují KBS v rámci poskytované akutní ošetrovatelské péče za nadstandardní stejně jako všeobecné sestry se středoškolským stupněm vzděláním.

7.2.7 Hypotéza č. 9

H_A Domnívám se, že všeobecné sestry na ARO budou sledovat návaznost ošetrovatelské péče v KBS na pokračujících jednotkách v další léčbě nemocného více, než na JIP.

H₀ Domnívám se, že všeobecné sestry na ARO nebudou sledovat návaznost ošetrovatelské péče v KBS na pokračujících jednotkách v další léčbě nemocného více, než na JIP.

7.2.8 Hypotéza č. 10

H_A Předpokládám, že lékaři na ARO budou akutní ošetrovatelskou péči v KBS lépe tolerovat a akceptovat v provozu oddělení, než lékaři na JIP.

H₀ Předpokládám, že lékaři na ARO nebudou akutní ošetrovatelskou péči v KBS lépe tolerovat a akceptovat v provozu oddělení, než lékaři na JIP.

7.4 Hypotézy k cíli 3

7.2.9 Hypotéza č. 11

H_A Předpokládám, že všeobecné sestry, které jsou minimálně vzdělány specializací v oboru a vyšším stupněm vzděláním, považují odlišné důvody, které ovlivňují implementaci KBS do akutní ošetrovatelské praxe, než všeobecné sestry se středoškolským a nižším stupněm vzděláním.

H₀ Předpokládám, že všeobecné sestry, které jsou minimálně vzdělány specializací v oboru a vyšším stupněm vzděláním, nepovažují odlišné důvody, které ovlivňují implementaci KBS do akutní ošetrovatelské praxe, než všeobecné sestry se středoškolským a nižším stupněm vzděláním.

7.5 Hypotézy k cíli 4

7.2.10 Hypotéza č. 12

H_A Domnívám se, že všeobecné sestry, které působí na vyšším intenzivním pracovišti déle než 5 let, zaznamenali rozdíl v poskytované akutní ošetrovatelské péči více, než všeobecné sestry, které působí na témže pracovišti 1 – 5 let.

H₀ Domnívám se, že všeobecné sestry, které působí na vyšším intenzivním pracovišti déle než 5 let, nezaznamenali rozdíl v poskytované akutní ošetrovatelské péči více, než všeobecné sestry, které působí na témže pracovišti 1 – 5 let.

7.2.11 Hypotéza č. 13

H_A Předpokládám, že na ARO, kde je implementován v akutní klinické ošetrovatelské praxi KBS, budou všeobecné sestry začleňovat rodinné příslušníky a blízké do péče o kriticky nemocného více, než na JIP.

H_0 Předpokládám, že na ARO, kde je implementován v akutní klinické ošetrovatelské praxi KBS, nebudou všeobecné sestry začleňovat rodinné příslušníky a blízké do péče o kriticky nemocného více, než na JIP.

8 METODOLOGIE VÝZKUMU

Metodologický přístup pro řešení výzkumu aplikace bazální stimulace do intenzivní ošetrovatelské péče jsem cíleně zvolila kvalitativně – kvantitativní strategii.

Využití tohoto kombinovaného metodologického přístupu vyplynulo po pečlivé studii a analýzy charakteru hloubky aktuálního problému implementace bazální stimulace v českém ošetrovatelství.

Záměrem bylo získat podrobný náhled do problému, identifikovat překážky, zkoumat a porozumět probíhajícím procesům v ošetrovatelské péči, přímočarý a podrobný sběr dat a analýzu velkých skupin.

9 METODIKA VÝZKUMU

9.1 Techniky sběru výzkumných kvalitativně – kvantitativních dat

Pro sběr výzkumných dat jsem vybrala z kvalitativních technik zúčastněné pozorování a strukturovaný rozhovor. Z kvantitativních možností jsem zvolila dotazníkovou techniku.

Výzkum byl z etického – právního hlediska ošetřen žádostí o umožnění kvalitativně – kvantitativního výzkumného šetření na zkoumaných intenzivních pracovištích před zahájením výzkumu. Samotný průzkum probíhal od listopadu 2007 do března 2008 na vybraných intenzivních pracovištích ve spolupráci s Fakultní nemocnicí Olomouc, Fakultní nemocnice u Svaté Anny v Brně, Fakultní nemocnice Brno a Nemocnice Milosrdných Bratří. Výběr intenzivních pracovišť pro průzkum byl limitován na úzkou skupinu pracovišť, která používají bazální stimulaci v praxi.

9.2 Zúčastněné pozorování

9.2.1 Pracoviště, data a kritérium výběru techniky

Zúčastněné pozorování probíhalo v rámci studijní blokované praxe na vybraných intenzivních pracovištích ve spolupráci s Anesteziologicko – resuscitační klinikou (dále jen ARK) z Fakultní nemocnicí u Svaté Anny v Brně (dále jen FNUSA) a s Oddělením anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny (dále jen OARIM) z Nemocnice Milosrdných Bratří v Brně (dále jen NMB). Průzkumná stáž probíhala od 3. – 20. prosince 2008. Tuto formu techniky jsem si vybrala z důvodu, abych se stala součástí ošetřujícího týmu a mohla díky intenzivnímu zkoumání na pracovištích proniknout do hlubších souvislostí a úrovní problematiky implementace bazální stimulace v praxi.

9.2.2 Výzkumný problém vztahující se na výzkumné otázky zúčastněného pozorování

Otázka č. 1 se zabývá aplikací konceptu do praxe se zaměřením na používanou formu a metodiku.

Otázka č. 2 se zaměřuje na míru včlenění konceptu v plném provozu na odděleních.

9.2.3 Zkoumané objekty a forma zúčastněného pozorování

Předmětem průzkumu byla na obou pracovištích různá skupinka ošetřujícího týmu, ke které jsem byla přidělena každou službu staniční sestrou. Zabývala jsem se mírou včlenění a metodikou bazální stimulace v praxi. Forma zúčastněného pozorování byla neskrytá. Ošetřující tým byl seznámen s důvodem mé přítomnosti na pracovištích. Tuto formu jsem zvolila cíleně se záměrem získat individuální, konkrétní data od různých ošetřujících informátorů.

9.2.4 Prostředí zkoumaných pracovišť

Celkové prostředí na intenzivních pracovištích je nově zrekonstruované, na stěnách je použita bílá, žlutá, šedá barva v kombinaci kachlového obkladu. Lůžka jsou řešena do boxů a dvě z nich jsou v prostoru oddělena plentou na každém pracovišti. Vybavenost lůžek je na špičkové úrovni, nejmodernější technikou na obou pracovištích. Ve Fakultní nemocnici u Svaté Anny na intenzivním pracovišti je určené lůžko pro následnou péči do dárcovského programu.

9.2.5 Sběr dat a zajištění kvality zúčastněného pozorování

Sběr dat byl průběžně z poznámek zaznamenáván do deníku, dále formou fotografií a rozhovorů.

Zajištění kvality zúčastněného pozorování jsem se snažila zvýšit redundantními otázkami tzv. komunikativním ověřováním z oblastí zkoumaných výzkumných jevů. Kvalita pozorování byla znásobena souvislostí průzkumné stáže, která byla zabezpečena 12-ti hodinovými směnami, které byly předem domluveny.

9.2.6 Etická problematika zúčastněného pozorování

Etická problematika v rámci fotografování kriticky nemocných byla předem průzkumné stáže ošetřena žádostí o umožnění kvalitativně – kvantitativního výzkumného šetření a v průběhu průzkumné stáže na pracovištích.

U fotografování kriticky nemocných byly dodrženy práva pacienta o ochraně identity. Nesměl se fotografovat obličej/skrytá identita nemocného černým proužkem.

Při rozhovorech jsem informátory vždy předem ujistila o anonymitě poskytnutých informací.

9.2.7 Změny v plánu výzkumu zúčastněného pozorování

V průběhu průzkumné stáže ve Fakultní nemocnici u Svaté Anny jsem dospěla k novému podnětu v průzkumu. Pozorováním jsem zjistila, že v praxi existuje jistá forma a oblíbená metodika bazální stimulace, kterou každý ošetřující ve své péči o nemocného aplikoval. Výzkum se rozšířil o průzkum formy bazální stimulace v praxi.

9.2.8 Analýza dat zúčastněného pozorování

K rozboru dat zúčastněného pozorování jsem se rozhodla použít analýzu dat případové studie s její metodou porovnávání případů.

Hendl se vyjadřuje k analýze: *“Stake (1995) tvrdí, že nelze přesně identifikovat okamžik, kdy analýza začíná. Analýzou podle něho je již přiřazení významu prvního dojmu v terénu, ale také to je konečná kompilace dat a poznatků. Kvalitativní studie se opírá o zcela běžné uvažování (...). Výzkumník se snaží dát smysl shromážděným údajům z případové studie.”*⁴⁸ Obecně nejpoužívanější způsob je analýza pomocí kódování, tedy systematickým prohledáváním dat s cílem nalézt pravidelnosti a klasifikovat jejich jednotlivé části. Na tuto fázi navazuje snaha výsledky této analýzy interpretovat jako celek, aby bylo možné o nich vyprávět určitý příběh. (Hendl, 2005)

⁴⁸ Hendl, Jan. *Kvalitativní výzkum*. 2005, s. 226.

9.3 Strukturovaný rozhovor

9.3.1 Data, pracoviště, zkoumaní jedinci a předmět průzkumu strukturovaného rozhovoru

Strukturované rozhovory probíhaly 30. ledna a 17. prosince 2008, po předchozí telefonické a e-mailové domluvě, ve spolupráci s vrchními sestrami intenzivních pracovišť Fakultní nemocnice Olomouc, Fakultní nemocnice Brno a Nemocnicí Milosrdných Bratří v Brně. Rozhovory byly realizovány v odlišných časových horizontech pro zhodnocení analytické časové řady a aktuálního vývoje výzkumného problému. Rozhovor byl zaměřen na aplikaci bazální stimulace z perspektivy středního managementu. Tuto metodu jsem si vybrala z důvodu významné tematiky, která je směřována na aplikaci výzkumných zpracovaných dat z praxe do teorie.

9.3.2 Výzkumný problém vztahující se k výzkumným otázkám strukturovaného rozhovoru

Otázka č. 3 se zaměřuje na konkrétní podmínky implementace konceptu do praxe.

Otázka č. 4 se zabývá finančními podmínkami k aplikaci konceptu do praxe.

Podotázka č. 4.1 se zaměřuje na náklady konceptu po zavedení do praxe.

9.3.3 Metody sběru dat a zajištění kvality strukturovaného rozhovoru

Rozhovor byl uskutečněn pomocí předem zpracovaných otázek. Interview byly zaznamenány po předchozích telefonických a e-mailových souhlasech vrchních sester na diktafon.

Kvalita byla zajištěna přípravou vrchních sester týden před samotným uskutečněním rozhovoru. Formou e-mailovým zasláním okruhů zkoumaných jevů.

9.3.4 Prostředí pro strukturovaný rozhovor

Rozhovory probíhaly v klidných a soukromých kancelářích vrchních sester.

9.3.5 Etická problematika strukturovaného rozhovoru

Etická problematika udávání jména vrchních sester byla ošetřena před samotnými rozhovory. Po domluvě s vrchními sestrami a laskavým souhlasem uvádím iniciály jména.

9.3.6 Změny v plánu výzkumu strukturovaného rozhovoru

Díky předchozí průzkumné stáži, kde jsem získala praktické zkušenosti s výzkumným problémem jsem zpracované okruhy pro strukturovaný rozhovor nezměnila.

9.4 Dotazníkové šetření

Z kvantitativních technik jsem si vybrala pro svůj výzkum dotazníkové šetření z důvodu velkého počtu respondentů, cíleného sběru informací za relativně krátký časový úsek a dále z ohledu na statistické zpracování výsledků.

Abych zodpověděla stanovené cíle práce a hypotézy zvolila jsem respondenty, místo a způsob sběru informací. Data byla zpracována sumárně a popsána. Následně byly zkoumány vztahy mezi proměnnými.

9.4.1 Dotazník

Dotazník byl navržen na základě cílů a hypotéz práce. V úvodu dotazníku se krátce představuji a jasně popisuji předmět výzkumu. Respondentům sděluji, že jimi vyplněné informace jsou zcela anonymní a budou využity ke studijním účelům. Následuje stručné poučení o možnostech vyplňování. Na závěr jsem vložila kontaktní údaje v případě nejasností v průběhu vyplňování a poděkování.

Dotazník obsahuje 25 položek. Druhy otázek jsem použila uzavřené, polytomické, polouzavřené. Dotazník je rozdělen na tři části. První část je zaměřená na kontaktní údaje respondenta. Druhá část se zabývá proškolením v bazální stimulaci, používanou formou a metodikou konceptu. Třetí část se specifikuje na překážky implementace konceptu do praxe.

9.4.2 Metody, místa sběru dat a zajištění kvality dotazníkového šetření

Sběr dat jsem získala za pomoci dotazníku, které jsem rozdávala na intenzivních pracovištích ve Fakultní nemocnici Olomouc, Fakultní nemocnice u Svaté Anny v Brně, Fakultní nemocnici Brno a Nemocnici Milosrdných Bratří v Brně. Dotazník byl určen především pro ošetrovatelský tým, ale zahrнула jsem do respondentů také pomocný a lékařský tým. Zajištění návratnosti dotazníku jsem se snažila zabezpečit osobní domluvou s vrchními sestrami na pracovištích. Žádala jsem o cílené taktizování v rozdávání jednotlivých dotazníků pracovníkům na oddělení.

V průběhu dotazníkového šetření jsem e-mailově kontaktovala vrchní sestry o informaci průběhu dotazníkového vyplňování. I přes tuto snahu byla dotazníková návratnost 78%. Z počtu 100 rozdaných dotazníků se mi vrátilo nazpět 78 vyplněných dotazníků.

9.4.3 Jednotlivé položky dotazníku

9.4.3.1 Kontaktní otázky

Otázky č. 1, 2, 3, 4, 5 udávají demografické informace o respondentovi tzn. pohlaví, věk, nejvýše dosažené vzdělání, zařazení v oboru, počet let praxe v oboru.

9.4.3.2 Otázky vztahující se k cílům a hypotézám

Otázka k cíli 1, hypotéze č. 1 tj. otázka číslo 8 se zabývá délkou aplikace konceptu v praxi na konkrétních pracovištích.

Otázky k cíli 2, hypotéze č. 2 tj. otázky číslo 4, 9 zjišťují proškolenost všeobecných sester v základních a nadstavbových kurzech konceptu v závislosti na pracoviště.

Otázky k cíli 2, hypotéze č. 3 tj. otázky číslo 9, 10 se zaměřují na práci s metodikou konceptu v závislosti na proškolení všeobecných sester.

Otázky k cíli 2, hypotéze č. 4 tj. otázky číslo 12, 13 se zabývají zvoleným systémem konceptu v praxi v závislosti na pracoviště.

Otázka k cíli 2, hypotéze č. 5 tj. otázka číslo 15 zjišťuje kvalitu zpracování doporučené dokumentace konceptu v závislosti na pracoviště.

Otázka k cíli 2, hypotéze č. 6 tj. otázka číslo 17 zjišťuje použití informační propagace v závislosti na pracoviště.

Otázka k cíli 3, hypotéze č. 7 tj. otázka číslo 9, 16 zjišťuje vztah ošetřujících pracovníků ke konceptu v ošetrovatelské péči v závislosti na proškolení v základních a nadstavbových kurzech.

Otázky k cíli 3, hypotéze č. 8 tj. otázky číslo 3, 25 se zabývají názorem na poskytovanou ošetrovatelskou péči v konceptu v závislosti na vzdělání.

Otázky k cíli 3, hypotéze č. 9 tj. otázky číslo 4,23 zjišťují návaznost konceptu v ošetrovatelské péči na dalších navazujících jednotkách v závislosti na pracoviště.

Otázky k cíli 3, hypotéze č. 10 tj. otázky číslo 4, 22 se zabývají spoluprací mezi lékařským týmem a ošetrovatelským v rámci dodržování kontinuity konceptu v péči o nemocného v závislosti na pracoviště

Otázky k cíli 4, hypotéze č. 11 tj. otázky číslo 3, 21 se zaměřují na překážky implementace konceptu do praxe z pohledu všeobecných sester v závislosti na vzdělání.

Otázky k cíli 5, hypotéze č. 12 tj. otázky číslo 4, 5 se zaměřují na rozdíl v poskytované ošetrovatelské péči v závislosti na délce praxe všeobecných sester.

Otázky k cíli 5, hypotéze č. 13 tj. otázky číslo zjišťují integraci rodinných příslušníků a blízkých do péče o nemocného v závislosti na pracoviště.

9.4.4 Metody analýzy dat dotazníkového šetření

Ke zpracování dat kvantitativních údajů jsem se rozhodla použít statistickou metodu test shody Chí kvadrát (dále jen χ^2), který se zabývá ověřováním shody rozdělení. Jedná se o ověření nulové hypotézy v podobě tvrzení, že empirická pozorování jsou v souladu s předpoklady o pravděpodobnostním rozdělení určitého znaku. Při aplikaci tohoto kritéria se porovnávají rozdíly mezi skutečně zjištěnými (empirickými) a očekávanými (teoretickými), vypočítanými četnostmi. (Bártlová, Sadílek, Tóthová, 2005).

Ve fázi statistického vyhodnocování se porovnávají dvě hypotézy, tzv. nulová hypotéza (H_0) a tzv. alternativní hypotéza (H_A), která je testovaná. V případě, že jsou rozdíly mezi empirickými a teoretickými četnostmi v jednotlivých řádcích tabulky příliš výrazné (velké) nabývá platnosti hypotéza alternativní. Tato hypotéza (H_A) tvrdí, že jde o veličiny, které se navzájem ovlivňují a jsou tedy na sobě závislé. Jsou-li rozdíly blízké nule (malé), pak se závislost (asociaci) veličin nepodařilo prokázat. Rozhraní tvoří tzv. kritické hodnoty, které jsou vypočítány pro zvolenou hladinu významnosti. (Bártlová, Sadílek, Tóthová, 2005; Bártlová, Sadílek, Tóthová, 2008).

9.4.5 Kritické hodnoty testového kritéria χ^2

Tabulka č. 1 - Tabulka kritických hodnot testového kritéria χ^2

Kritické hodnoty testového kritéria χ^2

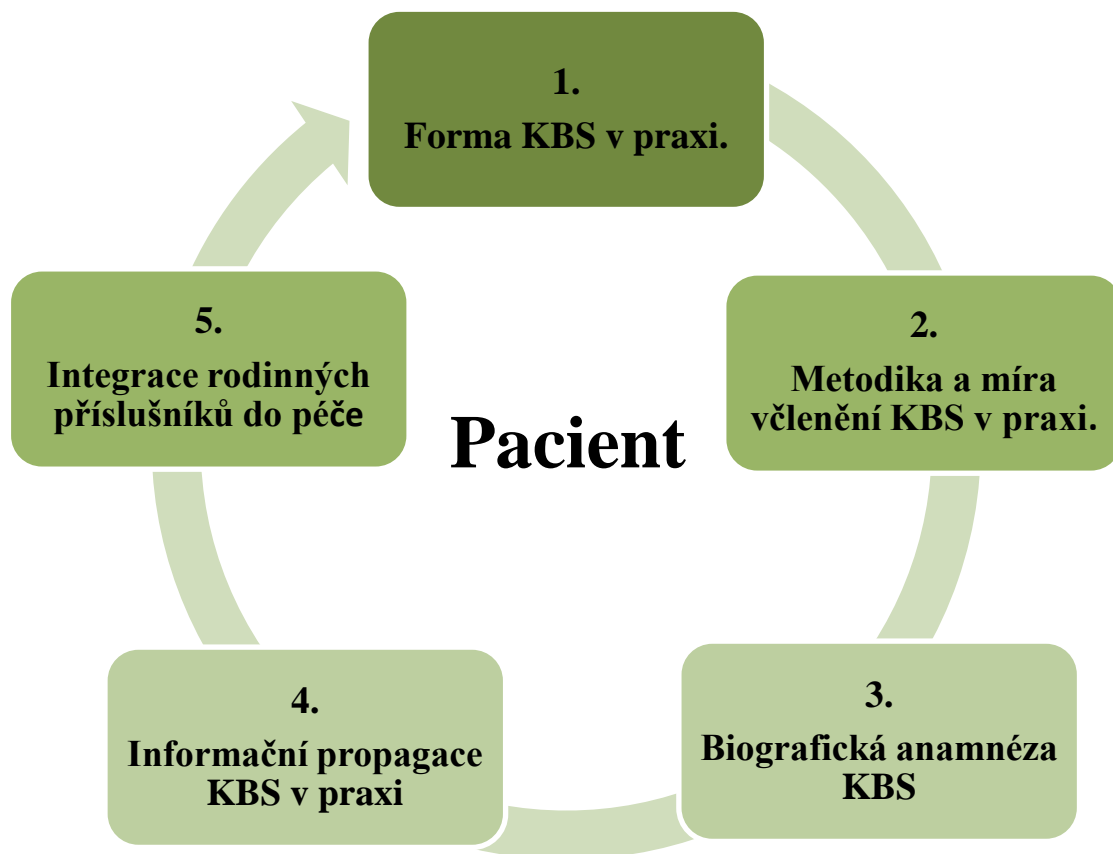
Stupně volnosti	Hladina významnosti	
	0,05	0,01
1	3,841	6,635
2	5,991	9,21
3	7,815	11,341
4	9,483	13,277
5	11,07	15,086
6	12,592	16,812
7	14,067	18,475
8	15,507	20,09
9	16,919	21,666
10	18,307	23,209
11	19,675	24,725
12	21,026	26,217

10 ZPRACOVÁNÍ KVALITATIVNÍCH DAT

10.1 Shrnutí dat zúčastněného pozorování analýzou případové studie

10.1.1 Zkoumané jevy v praxi zúčastněného pozorování

Obrázek č. 1 – Zkoumané jevy zúčastněného pozorování



10.1.1.1 Forma konceptu bazální stimulace v praxi

Forma bazální stimulace v praxi je odvislá od výběru nemocných ke stimulaci. Může být celková forma, tzn., že stimulujeme všechny pacienty. Druhá varianta je částečná forma, tzn., že stimulujeme jen některé nemocné. Tato forma podléhá kritériu výběru nemocného pro aplikaci stimulace. Jasná kritéria stanovují lékaři společně s vrchní sestrou a odborníky na koncept bazální stimulace.

Tab. č. 2 – Forma bazální stimulace na ARK ve FNUSA

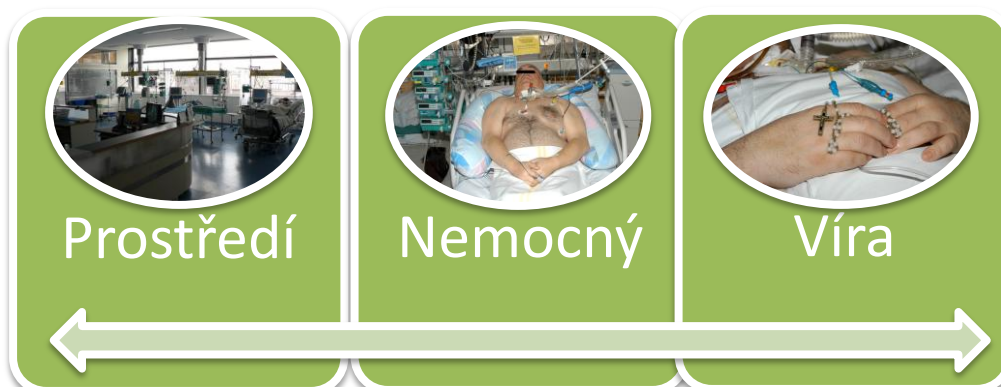
Fakultní nemocnice u Svaté Anny v Brně
Anesteziologicko-resuscitační klinika
FORMA BAZÁLNÍ STIMULACE
Forma:
Všechny nemocné

Tab. č. 3 - Forma bazální stimulace na OARIM v NMB

Nemocnice Milosrdných Bratří v Brně
Oddělení anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny
FORMA BAZÁLNÍ STIMULACE
Forma:
Jen některé nemocné
Kritérium pro výběr nemocného pro aplikaci KBS:
U nemocných v bezvědomí
U nemocných na umělé plicní ventilaci
U nemocných s polytraumaty
U nemocných s koma vigile
U umírajících nemocných

Obr. č. 2 – Bazální stimulace v praxi

®Fotografie: Z archivu Anesteziologicko – resuscitační kliniky, Fakultní nemocnice u Svaté Anny v Brně.



10.1.1.2 Metodika a míra včlenění konceptu bazální stimulace v praxi

Metody konceptu se v praxi mohou aplikovat kompletní nebo částečnou formou. Kompletní forma stimulace je u nemocných využívána všemi dostupnými prvky konceptu. Částečná forma je používána jednotlivými osvědčenými prvky. Do této formy také patří oblíbená kreativní kombinace metodiky, kterou si zvolí sám ošetřující přímo speciálně pro nemocného. Tato forma je využívána u nemocných, o které ošetřující pečuje s pravidelností. Volí se metody, které nemocnému svědčí a jsou pro něho příjemné.

Míra implementace bazální stimulace je odvislá od aplikované formy, metodiky, biografické anamnézy, využívání edukačních materiálů, integrace rodinných příslušníků a blízkých. Samotnou míru včlenění bazální stimulace hodnotím ve výsledcích zúčastněného pozorování.

Tab. č. 4 – Metodika bazální stimulace na ARK ve FNUSA

Fakultní nemocnice u Svaté Anny v Brně	
Anesteziologicko-resuscitační klinika	
METODIKA a MÍRA VČLENĚNÍ BAZÁLNÍ STIMULACE	
Forma:	
Částečná	
Somatické stimulace	Vestibulární stimulace
Iniciální dotek	Otáčivé pohyby hlavy
Zklidňující, osvěžující koupele	
Poloha mumie a hnízdo	Auditivní stimulace
Masáže stimulující dýchání	Hudba, zpěv, hlasy
Optická stimulace	Olfaktorická stimulace
Obrázky, fotografie, barevné stěny	Oblíbené vůně, pachy
Orální stimulace	Taktilně-haptická stimulace
Cucací váčky a špejle, oblíbené nápoje	Klávesnice PC, oblíbené předměty

Tab. č. 5 – Metodika bazální stimulace na OARIM

Nemocnice Milosrdných Bratří v Brně	
Oddělení anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny	
METODIKA BAZÁLNÍ STIMULACE	
Forma:	
Celková	
Somatické stimulace	Vestibulární stimulace
Iniciální dotek	Otáčivé pohyby hlavy /endolymfa/
Zklidňující, osvěžující koupele	
Poloha mumie a hnízdo	Auditivní stimulace
Masáže stimulující dýchání	Hudba, zpěv, hlasy
Kontaktní dýchání	
Kontaktní vibrační dýchání	
Optická stimulace	Olfaktorická stimulace
Obrázky, fotografie,	Oblíbené vůně, pachy
Oblíbené předměty	
Orální stimulace	Taktilně-haptická stimulace
Cucací váčky a špejle,	Klávesnice PC, oblíbené předměty
oblíbené nápoje	sportovní přilba
Vibrační stimulace	
ruce, elektrické přístroje, hlasy	

Obr. č. 3 – Metodika bazální stimulace na ARK ve FNUSA

®Fotografie: Z archivu Anesteziologicko – resuscitační kliniky, Fakultní nemocnice u Svaté Anny v Brně.

Poloha hnízdo



**Toaleta dutiny ústní
oblíbeným nápoj**



Osvěžující koupel



10.1.1.3 Aplikace biografické anamnézy v praxi

Doporučená biografická anamnéza umožňuje sběr informací o pacientovi. Zde jsem se zaměřovala, zda zkoumaná pracoviště vlastní vypracovanou biografickou anamnézu a používají jí v praxi.

Tab. č. 6 – Aplikace biografické anamnézy na ARK ve FNUSA

Fakultní nemocnice u Svaté Anny v Brně
Anesteziologicko-resuscitační klinika
APLIKACE BIOGRAFICKÉ ANAMNÉZY BAZÁLNÍ STIMULACE
Biografická anamnéza na pracovišti:
Ano
Odběr biografické anamnézy:
Ano

Tab. č. 7 - Aplikace biografické anamnézy na OARIM v NMB

Nemocnice Milosrdných Bratří v Brně
Oddělení anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny
APLIKACE BIOGRAFICKÉ ANAMNÉZY BAZÁLNÍ STIMULACE
Biografická anamnéza na pracovišti:
Ano
Odběr biografické anamnézy:
Ne

10.1.1.4 Informační propagace bazální stimulace v praxi

Edukační propagace o konceptu bazální stimulace je nezbytným zdrojem informací pro návštěvníky na intenzivních pracovištích. Na pracovištích jsem zkoumala informační materiály určené pro rodinné příslušníky a blízké.

Tab. č. 8 – Informační propagace KBS na ARK ve FNUSA

Fakultní nemocnice u Svaté Anny v Brně
Anesteziologicko-resuscitační klinika
INFORMAČNÍ PROPAGACE BAZÁLNÍ STIMULACE V PRAXI
Informační propagace na pracovišti:
Ano
Forma informační propagace:
Nástěnka, leták, dotazník

Tab. č. 9 - Informační propagace KBS na OARIM v NMB

Nemocnice Milosrdných Bratří v Brně
Oddělení anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny
INFORMAČNÍ PROPAGACE BAZÁLNÍ STIMULACE V PRAXI
Informační propagace na pracovišti:
Ano
Forma informační propagace:
Leták

10.1.1.5. Integrace rodinných příslušníků do péče o nemocného

Začlenit rodinné příslušníky a blízké do péče o nemocného patří mezi základní teze bazální stimulace v praxi. Během průzkumné stáže jsem pozorovala integraci rodinných příslušníků a blízkých do péče o nemocného.

Tab. č. 10 – Integrace rodinných příslušníků na ARK ve FNUSA

Fakultní nemocnice u Svaté Anny v Brně
Anesteziologicko-resuscitační klinika
INTEGRACE RODINNÝCH PŘÍSLUŠNÍKŮ DO PÉČE O NEMOCNÉHO
Integrace rodinných příslušníků do péče
Ano
Forma integrace rodinných příslušníků do péče:
Návštěvy v kteroukoli denní dobu

Tab. č. 11 – Integrace rodinných příslušníků na ARK ve FNUSA

Nemocnice Milosrdných Bratří v Brně
Oddělení anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny
INTEGRACE RODINNÝCH PŘÍSLUŠNÍKŮ DO PÉČE O NEMOCNÉHO
Forma integrace rodinných příslušníků do péče:
Ano
Forma integrace rodinných příslušníků do péče:
Návštěvy v kteroukoli denní dobu
Školení pro rodinné příslušníky v KBS

10.2 Strukturované rozhovory

30. ledna 2008, 9:00 hodin

Fakultní nemocnice Olomouc

Vrchní sestra: L. L.

Ve kterém roce jste se seznámila s bazální stimulací a při jaké příležitosti to bylo?

Tak je to myslím tři, čtyři roky a bylo to, když mi přišla sestřička na oddělení, které se bazální stimulací zabývala. Asi tak. (úsměv)

Jak jste seznámila Vašeho pana primáře s tímto konceptem?

On věděl, o co se jedná (zdůraznění). Já jsem mu jenom řekla, že jsem děvčatům zajistila kurzy, nebo kurz jeden, ten základní. A potom to viděl na oddělení.

Jaký měl názor na bazální stimulaci v praxi?

Nevyjádril se, nebo nemluvili jsme o tom nějak blíž spolu.

A souhlasil, nebyl žádným problémem s prosazováním bazální stimulace?

Ano souhlasil hned, nebyl proti.

Jakým způsobem jste seznámila pracovníky s tímto konceptem?

To spíš jsem neseznamovala já, ale byly to vlastně ty děvčata, nebo ta jedna z těch sester, která vlastně přišla s bazální stimulací. Ona už s děvčatama prováděla nějaké techniky, tak že to bylo spíš ze strany té sestřičky. Protože ta o tom věděla mnohem víc a byla do toho taková zapálená.

A měli jste např. nějaký seminář, či proškolení o bazální stimulaci?

Potom tato sestřička měla semináře, jak pro sestřičky s ukázkami, které si tady s děvčatama nafotily sami na sobě, nebo taky na pacientech. A měla přednášku i potom pro lékaře a mělo to strašně velké úspěchy, tedy musím říct.

Kolik času jste musela věnovat přípravnému období než jste zavedli bazální stimulaci do praxe?

Těžko, těžko říct, na to vám asi přesně neodpovím. Zhruba tři měsíce, půl roku než tak trošinku se do toho ty děvčata trochu dostaly. Ale nedokážu to říct s přesností.

Musela jste u vrcholového managementu obhajovat začlenění bazální stimulace na Vašem pracovišti?

Nebyl problém. Když jsme začali se stimulací, tak došlo k výměně na vrcholovém postu. Máme manažera ošetrovatelské péče. A ohledně bazálky jsem si dala do ročních cílů, certifikaci pracoviště pro bazální stimulaci. Jinak jsem s vrcholovým managementem nic neřešila.

Navyšovali jste v rámci bazální stimulace personál?

Personál jsme vůbec navyšovali, to všechno bylo v rámci těch pracovníků, kteří tady byli. Nebylo to, že by jsme to dělali u všech pacientů, měli jsme vybrané pacienty. Vlastně ani žádný pomůcky jsme neměli, spoustu věcí jsme si ponakupovali sami z našich vlastních peněz. Ale určitě nemáme všechno vybavení na bazální stimulaci, které jsou potřeba, to jako určitě ne.

Jaký jste zvolili systém bazální stimulace?

Zvolili jsme si určité pacienty a stimulujeme ověřenými metodami, který ty techniky sestřička ovládá. A spíš se stimuluje v odpoledních hodinách, kdy ta sestřička už má na to prostor a trochu i klid.

Proškolili jste jenom sestry, nebo i lékařský a pomocný personál?

Proškolili jsme jen všeobecné sestry. A děvčata si už sami proškolili pomocný personál v základních věcech.

Jakým způsobem jste proškolili personál?

Byla to samostatná akce. Děvčata si platily kurzy sami. Když to šlo, tak jsem děvčatům přidávala na základě vystavené účtenky, nějakou korunu z našeho fondu oddělení.

Jste proškolená i Vy v bazální stimulaci?

Bohužel už nebyla příležitost, já jsem byla ráda, že aspoň šly holky. Co si budeme vykládat, ten kurz je moc drahej.

Kolik máte oficiálně proškoleného personálu?

Ty děvčata, co byly na prvním základním kurzu, tak těch bylo čtyři a jedna sestřička si už dál platila sama kurzy. A teď uvažuju, že bych je přihlásila na ten certifikovanej kurz, kterej bychom jim chtěly zaplatit, kdyby se to podařilo v rámci nemocnice.

Máte informační pomůcky pro rodinné příslušníky a blízké?

Děvčata si nakopírovaly ten dotazník, kterej byl už hotovej a dávají ho rodinným příslušníkům. S něma to vyplní a pak už je máme u těch pacientů a dělá se podle toho. Letáčky žádný nemáme. Děvčata všechno vysvětlí, spíš se jedná o takové ústní předání informací při tom styku s těma příbuznýma

A máte nařízení pro personál v rámci dodržení bazální stimulace?

Vlastně ne, nic jsem nenařizovala. Jenom vlastně dotekový místo je nařízený (smích).

Děkuji Vám za rozhovor.

Já Vám taky děkuju.

30. ledna 2008, 10:00 hodin

Fakultní nemocnice Olomouc

Vrchní sestra: M.H.

Ve kterém roce jste se seznámila s bazální stimulací a při jaké příležitosti to bylo?

Já jsem se seznámila s bazálkou, když jsem si dodělávala specializaci pro ARO a anestézii. Rok vám neřeknu, protože to už je minimálně určitě 5 let. Tak že dlouho, ale už i dříve jsem se seznámila s články, které byly na internetu, tak že poměrně před dlouhou dobou.

Jak jste seznámila Vašeho pana primáře s tímto konceptem?

Tak náš primář je naštěstí poměrně pokrokový, tak že já si myslím, že on už o tom určitě někdy slyšel, ale každopádně mu cokoliv nového, co se týká pacientů mu stačí říct seznámit ho s tím. A pokud to má být pro dobro pacienta v podstatě vždy vychází vstříc. Mluvím jen o primáři, nemluvím o ostatních lékařích, samozřejmě. Tak že seznámen byl, minimálně tak před rokem a s touto formou souhlasil.

Z jakého důvodu jste se rozhodli začlenit bazální stimulaci do praxe?

Protože si jednoznačně myslíme, že to je dobré pro naše pacienty. A já osobně si myslím, že to je dobré pro tu sestru samotnou, protože u pacientů Na ARO můžou velmi rychle spadnout do takového automatického ošetřování, kdy nevidijou člověku, ale nějakou figurínu. A myslím si, že tadytakle bazální stimulace je může udržet u toho, že si budou vědomi, že ošetřují člověka a ne někoho, kdo je jim vlastně zcela podvočen. Tak že si myslím, že sestry si můžou udržet takový ten lidskej přístup k tomu člověku, pokud s pacientem budou komunikovat, i když je v bezvědomí. Což je na ARO, myslím si obecně velkej problém.

Spolupracovali jste s vrcholovým managementem v rámci zavádění bazální stimulace do praxe?

Ne, vůbec ne, to všechno probíhalo v podstatě na našem oddělení s bývalou vrchní sestrou. Kdy ona poslala, myslím osm holek, které byly na školení v Ostravě u té paní

Friedlové. Tak že byly na tom semináři u ní. S tím že, pomocí těchto holek bude bazální stimulace zavedena u nás na ARO. Spolupráce ohledně financí s vrcholovým managementem to vám neřeknu. Ale odněkud musela vrchní získat prostředky, ale bylo to v rámci nemocnice, to školení. Ta paní tenkrát přijela sem a bylo to dělané přímo pro nás, pro ARO a samozřejmě měla za to zapláceno. Holky mají základní kurz a pak se plánoval ještě jeden kurz, „ale pak už na něho nemohly jet, protože byl nedostatek sester, tak že pak z toho sešlo. Ale rozhodně ten základní kurz osm holek mají.

Koho jste z multidisciplinárního personálu zapojili do realizace bazální stimulace?

Především jsme začlenili sestry. Hlavně pacienti, kteří byli vybráni pro stimulaci byli převezeni na samostatný box. Box byl přesně označen, že tam probíhá koncept bazální stimulace. Tak že každý, kdo tam vešel měl s tím být obeznámen a podle toho se k pacientovi chovat. Tak že v podstatě všichni. Jak lékaři, tak uklízečky, sanitárky, tak sestry. Upozorňuju, že vždy pouze s různým úspěchem. Sestry samozřejmě tohle tolerovaly, pacienta víceméně ošetřovaly ty sestřičky, které mají bazálku za sebou. Uklízečky a naši sanitáři spolupracují. A od lékařů to je s různým úspěchem, bohužel ještě s tím tak nejsou srovnáni.

Jakým způsobem jste seznámily zbytek personálu s konceptem?

Holky si připravují seminář pro ostatní. Jaký si koncept už mají hotový, jak se pacientů dotýkat, jak vést rozhovor s rodinou, dotazník – rodina nám vyplňuje dotazník. Tady tohle už mají vypracovaný, jde jenom o to, rozšířit to na ostatní holky. Abychom byly všechny schopny poskytnout adekvátní péči nemocnému, co se bazální stimulace týče.

Kolik času jste museli věnovat přípravnému období, než jste zavedli bazální stimulaci do praxe?

Já neříkám, že u nás je tento proces ukončen, je to dlouhodobá záležitost. Přípravná fáze, hmmm..., ježíš, já jsem v té době byla ještě sestra. Mně to přišlo strašně rychlé. Nejdéle trvalo zařízení kurzů. Pak, jak se holky vrátily, tak během čtyřech měsíců mě-

ly pro nás a rodinné příslušníky vypracované informace, měly tabulky. To už pak šlo velmi rychle, spíš šlo o iniciativu holek. Ale ten samotnej proces zavádění bazální stimulace, ten už je delší. Další seminář se pro ostatní teprve připravuje. A ta přípravná samotná fáze trvala tři měsíce.

Jaký systém bazální stimulace jste zvolili ohledně metod a stimulovaných pacientů?

Metody holky pojali především z kurzů, všechno co je naučila paní Friedlová, tak to děláme i my. Z výběru pacientů, abychom se to naučily, protože pořád beru, že jsme ve fázi učení. Tak holky začaly vybírat apaliky, nebo pacienty s dlouhodobým bezvědomí. A právě u těchto nemocných se nám podařily jisté úspěchy.

Co se týče mě, já si myslím, že bazálka se dá aplikovat u všech nemocných, co jsou na ARO v bezvědomí. Je to všechno o systému doteků u našich pacientů.

Máte nějaké osvědčené metody pro nemocné?

Pokud já vím, tak holky často obkládají tělo pacienta, často pouštějí hudbu. Nebo uveďte příklad, dávaly mladému klučínovi volant do ruky, protože měl moc rád auta, taky boty mu nechávaly, tak že něco takovýho. Zásadní problém je u nás pomůckami, bohužel jich prozatím máme nedostatek.

Máte nařízení pro personál k uchování bazální stimulace v chodu oddělení?

Prozatím nemáme nařízení.

Je na směně někdo zodpovědný za dodržování postupů bazální stimulace?

Prozatím nemáme.

Děkuji Vám za rozhovor.

11 STATISTICKÉ ZPRACOVÁNÍ KVANTITATIVNÍCH DAT NA ZÁKLADĚ HYPOTÉZ

11.1 Hypotéza č. 1

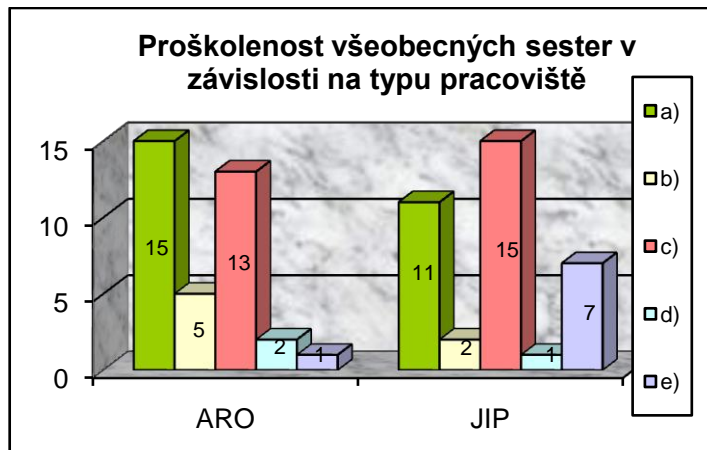
Otázka č. 9

Jste proškolen/a v BS?

- a) ano, základním kurzem
- b) ano, základním nadstavbovým kurzem
- c) ano, od kolegy/ů na Vašem pracovišti v rámci rozšiřování kvality v ošetrovatelské péči
- d) ano jiné, prosím uveďte:
- e) ne

Tab. č. 12 Kontingenční tabulka

Otázka č. 9	ARO	JIP
a)	15	11
b)	5	2
c)	13	15
d)	2	1
e)	1	7



Graf č. 1 Proškolenost všeobecných sester v závislosti na typu pracovišti

Tab. 13 Tabulka očekávaných četností

"O"	ARO	JIP
a)	13,00	13,00
b)	3,50	3,50
c)	14,00	14,00
d)	1,50	1,50
e)	4,00	4,00

Tab. 14 Tabulka dle vzorce $(P - O)^2/O$

χ^2	ARO	JIP
a)	0,3077	0,3077
b)	0,6429	0,6429
c)	0,0714	0,0714
d)	0,1667	0,1667
e)	2,2500	2,2500

$\chi^2 = 6,8773$ tabulková hodnota pro počet stupňů volnosti

stupňů volnosti $f = (r-1) \cdot (s-1) = 4 \cdot 9,483$

r – počet řádků s – počet sloupců

Vypočítaná χ^2 je menší než hodnota testového kritéria pro stupeň volnosti 4.

Neexistuje statistická významná závislost mezi zkoumanými jevy, a proto se přikláním k platnosti nulové hypotézy.

11.2 Hypotéza č. 2

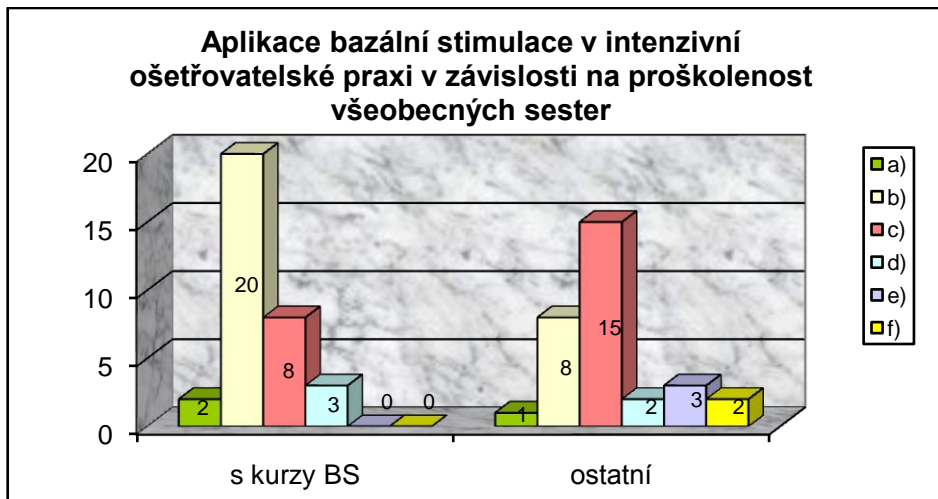
Otázka č. 10

Pracujete s metodikou BS v péči o nemocného?

- a) ano, snažím se využívat všechny prvky BS pravidelně a kontinuálně ve své péči o nemocného.
- b) ano, snažím se využívat osvědčené prvky BS pravidelně a kontinuálně ve své péči o nemocného.
- c) často se snažím využívat prvky BS, když mám čas a situace na oddělení to dovoluje.
- d) méně často, mám málo prostoru a času k využití BS.
- e) zřídka, BS považuji za časově náročný a nezvladatelný ve svém harmonogramu práce.
- f) ne, nepovažuji ho za prvořadý ve své péči o nemocného.
- g) ne, jiný důvod, prosím uveďte:

Tab. č. 15 Kontingenční tabulka

Otázka č. 10	s kurzy BS	ostatní
a)	2	1
b)	20	8
c)	8	15
d)	3	2
e)	0	3
f)	0	2



Graf č. 2 Aplikace bazální stimulace v praxi v závislosti na proškolenost všeobecných sester.

Tab. č. 16 Tabulka Očekávaných četností "O"

"O"	s kurzy BS	ostatní
a)	1,55	1,45
b)	14,44	13,56
c)	11,86	11,14
d)	2,58	2,42
e)	1,55	1,45
f)	1,03	0,97

Tab. č. 17 Tabulka dle vzorce $(P - O)^2/O$

χ^2	s kurzy BS	ostatní
a)	0,1327	0,1413
b)	2,1431	2,2814
c)	1,2559	1,3370
d)	0,0690	0,0735
e)	1,5469	1,6467

$$\chi^2 = 12,7566$$

tabulková hodnota pro počet stupňů volnosti

$$\text{stupňů volnosti } f = (r-1) \cdot (s-1) \quad 5 \quad 11,07$$

r – počet řádků s – počet sloupců

Vypočítaná hodnota je větší než hodnota testového kritéria pro stupeň volnosti 5. Existuje statisticky významná závislost mezi testovanými hodnotami, a proto se přikláníme k platnosti alternativní hypotézy.

11.3 Hypotéza č. 3

Otázka č. 12

U jakých pacientů používáte systém BS?

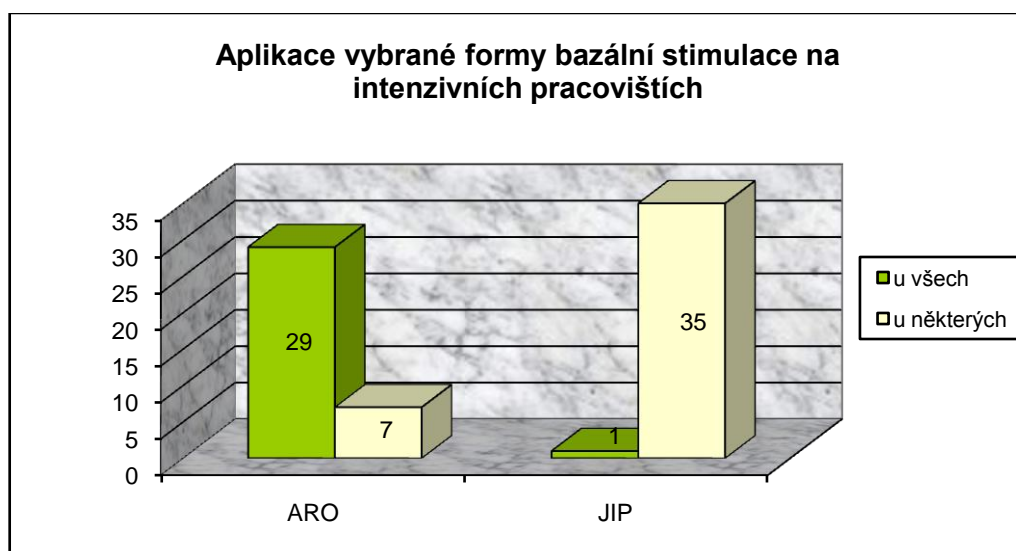
a) u všech nemocných

b) jen u některých, prosím uveďte kritérium výběru nemocného pro aplikaci BS

c) u žádných

Tab. č. 18 Kontingenční tabulka

Otázka č.12	ARO	JIP
u všech	29	1
u některých	7	35



Graf č. 3 Aplikace vybrané formy bazální stimulace na intenzivních pracovištích

Tab. č. 19 Tabulka očekávaných četností "O"

"O"	ARO	JIP
u všech	15,00	15,00
u některých	21,00	21,00

Tab. č. 20 Tabulka dle vzorce $(P - O)^2/O$

χ^2	ARO	JIP
<i>u všech</i>	13,0667	13,0667
<i>u některých</i>	9,3333	9,3333

$\chi^2 = 44,8000$ tabulková hodnota pro počet stupňů volnosti

stupňů volnosti $f = (r-1) \cdot (s-1) = 1 \cdot 3,841$

r – počet řádků s – počet sloupců

Vypočítaná hodnota je větší než hodnota testového kritéria pro stupeň volnosti 1. Existuje statisticky významná závislost mezi testovanými hodnotami, a proto se přikláníme k platnosti alternativní hypotézy.

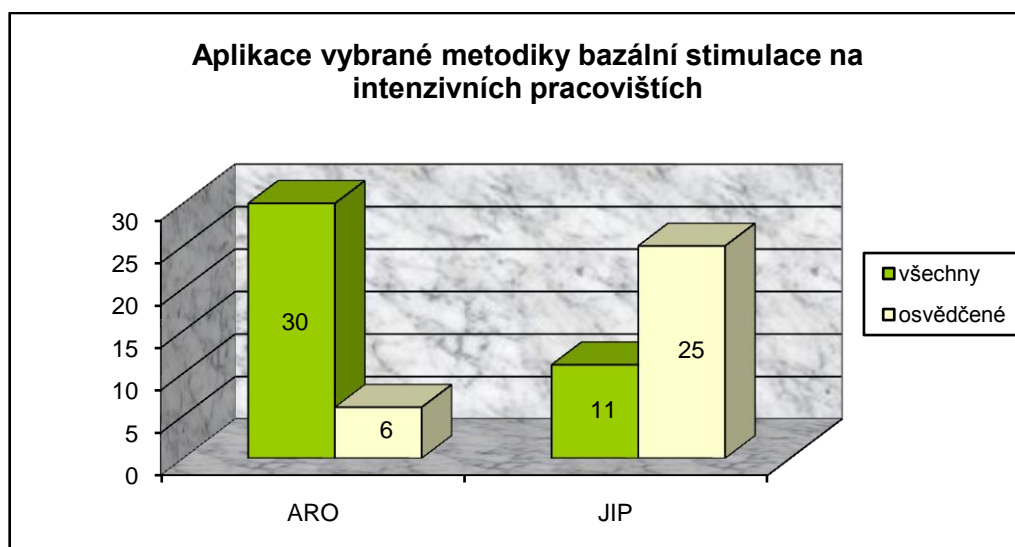
Otázka č. 13

V jakém rozsahu používáte BS v praxi?

- a) používáme v plném rozsahu všechny metody, které jsou vhodné pro pacienty na ARO a JIP
- b) používáme jen osvědčené metody, prosím uveďte jaké:
- c) nepoužíváme žádné

Tab. č. 21 Kontingenční tabulka

Otázka č. 13	ARO	JIP
<i>všechny</i>	30	11
<i>osvědčené</i>	6	25



Graf č. 4 Aplikace vybrané metodiky bazální stimulace na intenzivních pracovištích.

Tab. 22 Tabulka tabulka očekávaných četností "O"

"O"	ARO	JIP
všechny	20,50	20,50
osvědčené	15,50	15,50

Tab. 23 Tabulka dle vzorce $(P - O)^2/O$

χ^2	ARO	JIP
všechny	4,4024	4,4024
osvědčené	5,8226	5,8226

$\chi^2 = 2,450$ tabulková hodnota pro počet stupňů volnosti

stupňů volnosti $f = (r-1) \cdot (s-1) = 1 \cdot 3,841$

r – počet řádků s – počet sloupců

Vypočítaná hodnota je větší než hodnota testového kritéria pro stupeň volnosti 1. Existuje statisticky významná závislost mezi testovanými hodnotami, a proto se přikláníme k platnosti alternativní hypotézy.

Celkově se lze přiklonit k platnosti alternativní hypotézy, protože obě otázky korepondují, vykazují výraznou statistickou závislost mezi sledovanými hodnotami. (χ^2 je výrazně větší, než hodnota testového kritéria)

11.4 Hypotéza č. 4

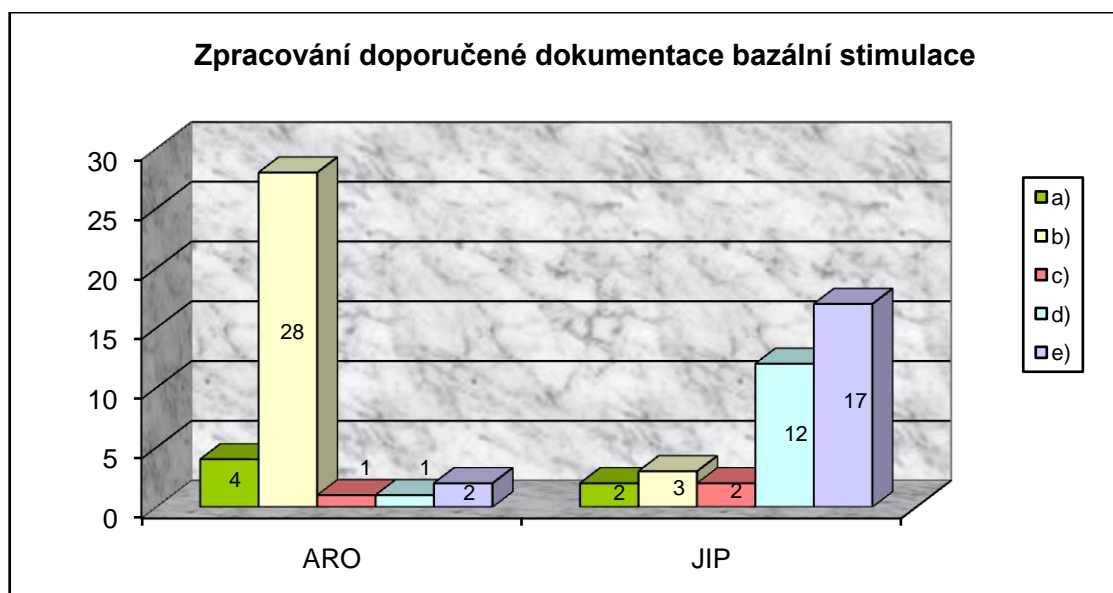
Otázka č. 15

Používáte na svém pracovišti doporučenou dokumentaci BS?

- a) ano, máme ji specificky včleněnou do resuscitační, intenzivní dokumentace
- b) ano, ale máme dokumentaci BS oddělenou od resuscitační, intenzivní dokumentace
- c) ano, máme dokumentaci, ale nepoužíváme
- d) bohužel ne, prozatím ji naše oddělení vytváří
- e) ne, nemáme k dispozici

Tab. č. 24. Tabulka kontingenční

Otázka č. 15	ARO	JIP
a)	4	2
b)	28	3
c)	1	2
d)	1	12
e)	2	17



Graf č. 5 Zpracování doporučené dokumentace bazální stimulace

Tab. č. 25 Tabulka očekávaných četností "O"

"O"	ARO	JIP
a)	3,00	3,00
b)	15,50	15,50
c)	1,50	1,50
d)	6,50	6,50
e)	9,50	9,50

Tab. č. 26 tabulka dle vzorce $(P - O)^2/O$

χ^2	ARO	JIP
a)	0,3333	0,3333
b)	10,0806	10,0806
c)	0,1667	0,1667
d)	4,6538	4,6538
e)	5,9211	5,9211

$\chi^2 = 42,3111$ tabulková hodnota pro počet stupňů volnosti

stupňů volnosti $f = (r-1) \cdot (s-1) = 4 \cdot 9,483$

r – počet řádků s – počet sloupců

Vypočítaná hodnota je větší než hodnota testového kritéria pro stupeň volnosti 4. Existuje statisticky významná závislost mezi testovanými hodnotami, a proto se přikláníme k platnosti alternativní hypotézy.

11.5 Hypotéza č. 5

Otázka č. 17

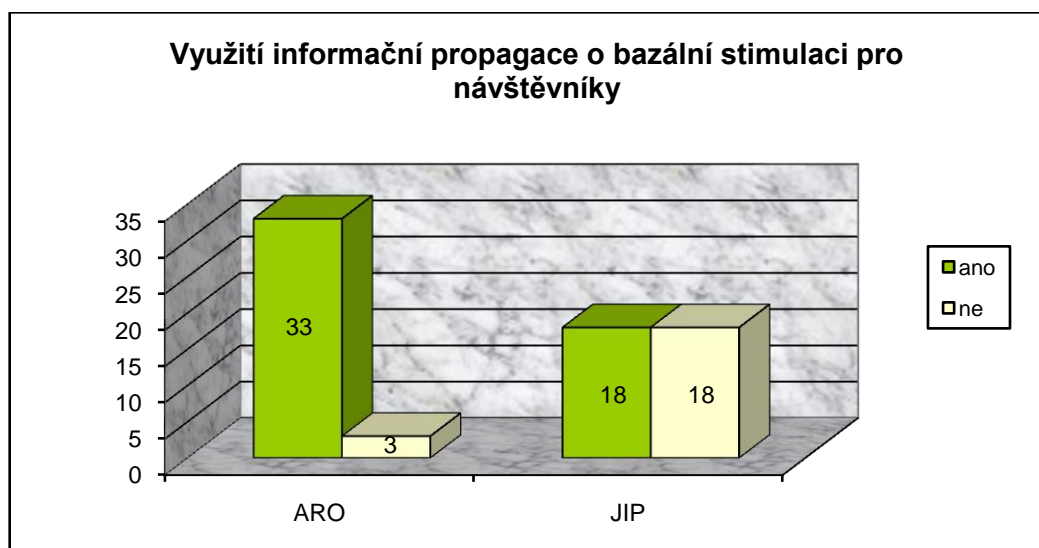
Využíváte na svém pracovišti informační propagaci o BS pro návštěvníky?

a) ano, prosím uveďte v jaké formě:

b) ne

Tab. č. 27 Tabulka kontingenční

Otázka č. 17	ARO	JIP
<i>ano</i>	33	18
<i>ne</i>	3	18



Graf č. 6 Využití informační propagace o bazální stimulaci pro návštěvníky

Tab. č. 28 Tabulka očekávaných četností "O"

"O"	A	B
<i>ano</i>	25,50	25,50
<i>ne</i>	10,50	10,50

Tab. č. 29 Tabulka dle vzorce $(P - O)^2/O$

χ^2	A	B
ano	2,2059	2,2059
ne	5,3571	5,3571

$\chi^2 = 15,1261$ tabulková hodnota pro počet stupňů volnosti

stupňů volnosti $f = (r-1) \cdot (s-1) = 1 \cdot 3,841$

r – počet řádků s – počet sloupců

Vypočítaná hodnota je větší než hodnota testového kritéria pro stupeň volnosti 1. Existuje statisticky významná závislost mezi testovanými hodnotami, a proto se přikláníme k platnosti alternativní hypotézy.

11.6 Hypotéza č. 6

Otázka č. 16

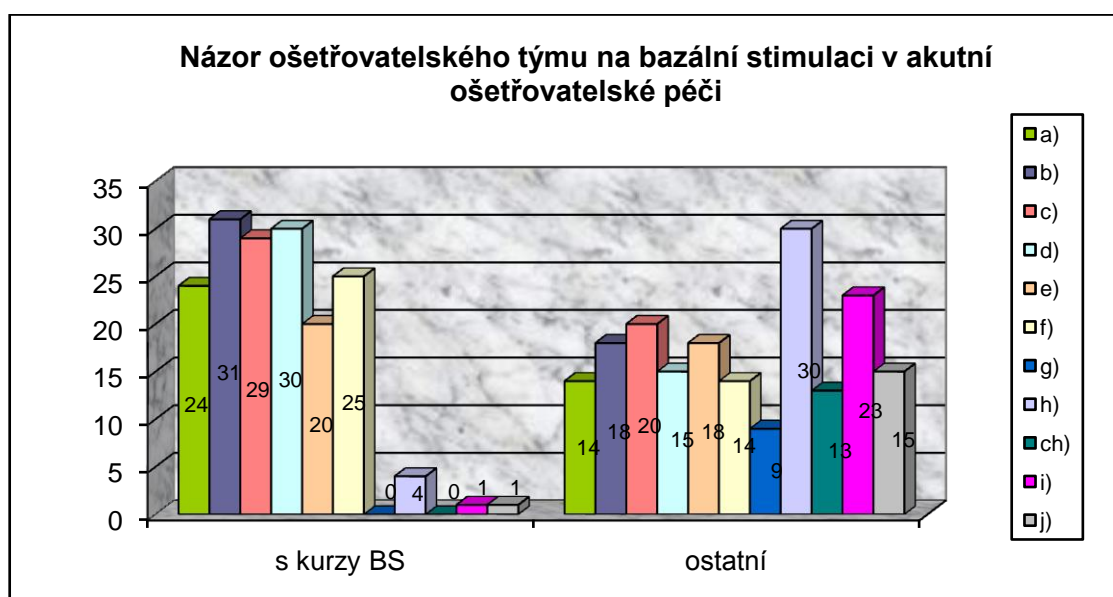
Zaškrtněte, která slovní spojení Vám nejlépe vyjadřují Váš vztah k BS

Vyberte si z následujících možností 5 položek a seřadte je podle hodnotové prioritní hierarchie dle Vašeho názoru. 1 - nejvýše u vedená priorita, 5 - nejnižší uvedená priorita v žebříčku

- a) pozitivní úspěšné zkušenosti
- b) komplexní péče založená na individuálním přístupu
- c) humanita, empatie, důvěra
- d) smysluplnost a profesionální spokojenost poskytované péče
- e) efektivní koncept vhodný pro ARO a JIP
- f) motivující koncept k poskytování specializované ošetrovatelské péče
- g) nevhodnost pro ARO a JIP
- h) časová náročnost
- ch) neefektivnost konceptu
- i) nadměrná práce
- j) stres, únava, nespokojenost

Tab. č. 30 Tabulka kontingenční

Otázka č. 16	s kurzy BS	ostatní
a)	24	14
b)	31	18
c)	29	20
d)	30	15
e)	20	18
f)	25	14
g)	0	9
h)	4	30
ch)	0	13
i)	1	23
j)	1	15



Graf č. 7 Názor ošetrovateľského tímu na bazálnu stimuláciu v akútnej ošetrovateľskej starostlivosti

Tab. č. 31 Tabulka očakávaných četností "O"

"O"	vyšší vzdelání	střed. vzdelání
a)	18,55	21,25
b)	23,92	27,40
c)	23,92	27,40
d)	21,97	25,16
e)	18,55	21,25
f)	19,04	21,81
g)	4,39	5,03
h)	16,60	19,01
ch)	6,35	7,27
i)	11,72	13,42
j)	7,81	8,95

Tab. č. 32 Tabulka dle vzorce $(P - O)^2/O$

χ^2	vyšší vzdělání	střed. vzdělání
a)	1,6010	2,4727
b)	2,0955	3,2245
c)	1,0788	1,9983
d)	2,9372	4,1045
e)	0,1133	0,4966
f)	1,8667	2,7953
g)	4,3935	3,1278
h)	9,5616	6,3508
ch)	6,3462	4,5179
i)	9,8013	6,8385
j)	5,9387	4,0956

$\chi^2 = 75,7221$ tabulková hodnota pro počet stupňů volnosti

stupňů volnosti $f = (r-1) \cdot (s-1)$ 10 18,307

r – počet řádků s – počet sloupců

Vypočítaná hodnota je větší než hodnota testového kritéria pro stupeň volnosti 10. Existuje statisticky významná závislost mezi testovanými hodnotami, a proto se přikláníme k platnosti alternativní hypotézy.

11.7 Hypotéza č. 7

Otázka č. 25

Považujete bazální stimulaci v rámci poskytované ošetrovatelské péče jako nadstandardní péči?

a) ano

b) ne

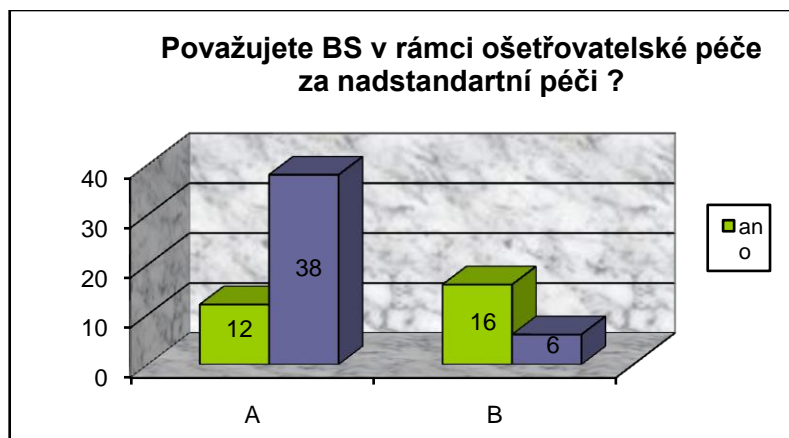
c) jiné, prosím uveďte:

Tab. 33 Tabulka kontingenční

Otázka č. 25	A	B
ano	12	16
ne	38	6

A - Všeobecné sestry specialistky v oboru a s vyšším vzděláním

B - Všeobecné sestry středoškolsky vzdělané



Graf č. 8 Bazální stimulace versus nadstandardní péče

Tab. č. 34 Tabulka očekávaných četností "O"

"O"	A	B
ano	19,44	8,56
ne	30,56	13,44

Tab. č. 35 Tabulka dle vzorce $(P - O)^2/O$

χ^2	A	B
ano	2,8502	6,4776
ne	1,8137	4,1221

$\chi^2 = 15,2637$ tabulková hodnota pro počet stupňů volnosti

stupňů volnosti $f = (r-1) \cdot (s-1) = 1 \cdot 3,841$

r – počet řádků s – počet sloupců

Vypočítaná hodnota je větší než hodnota testového kritéria pro stupeň volnosti 1. Existuje statisticky významná závislost mezi testovanými hodnotami, a proto se přikláníme k platnosti alternativní hypotézy

11.8 Hypotéza č. 8

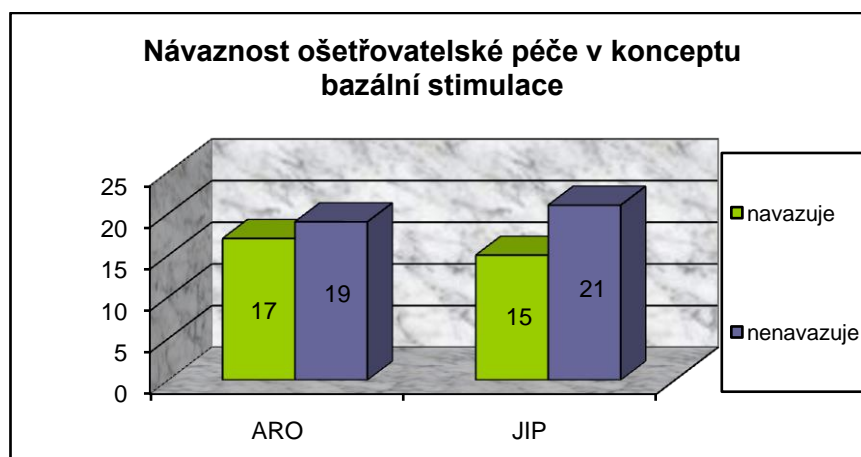
Otázka č. 23

Navazuje započatá ošetrovatelská péče v BS poskytnutá Vaším ošetrujícím týmem na následujícím pracovišti?

- a) ano navazuje
- b) ano navazuje na některých jednotkách/odděleních, prosím uveďte konkrétně pracovi
- c) ne, nenavazuje

Tab. 36 Tabulka kontingenční

Otázka č. 23	ARO	JIP
navazuje	17	15
nenavazuje	19	21



Graf č. 9 Návaznost ošetrovatelské péče v konceptu bazální stimulace

Tab. 37 Tabulka očekávaných četností "O"

"O"	ARO	JIP
a)	16,00	16,00
b)	20,00	20,00

Tab . 38 tabulka dle vzorce $(P - O)^2/O$

χ^2	ARO	JIP
a)	0,0625	0,0625
b)	0,0500	0,0500

$\chi^2 = 0,2250$ tabulková hodnota pro počet stupňů volnosti

stupňů volnosti $f = (r-1) \cdot (s-1) = 1 \cdot 3,841$

r – počet řádků s – počet sloupců

Vypočítaná hodnota χ^2 je menší než hodnota testového kritéria pro stupeň volnosti 4.

Neexistuje statistická významná závislost mezi testovanými hodnotami, a proto se přikláním k platnosti nulové hypotézy.

11.9 Hypotéza č. 9

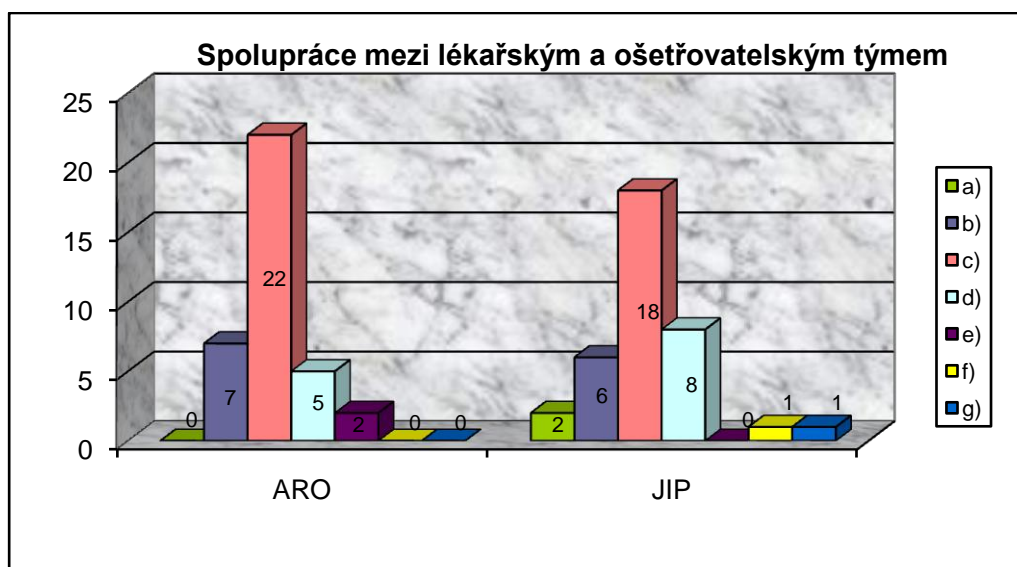
Otázka č. 22

Jaká je spolupráce mezi lékařským a ošetrovatelským týmem v rámci dodržení kontinuity bazální stimulace v péči o nemocného?

- výborná, BS je v plném rozsahu využívána a respektována, dodržují se zásady
- velmi dobrá, BS je v plném rozsahu využívána, dodržují se zásady
- dobrá, BS se využívá částečně, zásady nebývají s pravidelností dodržovány
- dostatečná, BS prozatím na pracovišti není plně včleněna ze strany týmu
- nedostatečná, prosím uveďte z jakého důvodu:

Tab. 39 Tabulka kontingenční

Otázka č. 22	ARO	JIP
a)	0	2
b)	7	6
c)	22	18
d)	5	8
e)	2	0
f)	0	1
g)	0	1



Graf č. 10 Spolupráce mezi lékařským a ošetrovatelským týmem

Tab. č. 40 Tabulka očekávaných četností "O"

"O"	ARO	JIP
a)	1,00	1,00
b)	6,50	6,50
c)	20,00	20,00
d)	6,50	6,50
e)	1,00	1,00
f)	0,50	0,50
g)	0,50	0,50

Tab. č. 41 Tabulka dle vzorce $(P - O)^2/O$

x^2	ARO	JIP
a)	1,0000	1,0000
b)	0,0385	0,0385
c)	0,2000	0,2000
d)	0,3462	0,3462
e)	1,0000	1,0000
f)	0,5000	0,5000
g)	0,5000	0,5000

$x^2 = 7,1692$ tabulková hodnota pro počet stupňů volnosti

stupňů volnosti $f = (r-1)*(s-1)$ 6 12,592

r – počet řádků s – počet sloupců

Vypočítaná hodnota χ^2 je menší než hodnota testového kritéria pro stupeň volnosti 6.

Neexistuje statistická významná závislost mezi testovanými hodnotami, a proto se přikláním k platnosti nulové hypotézy.

11.10 Hypotéza č. 10

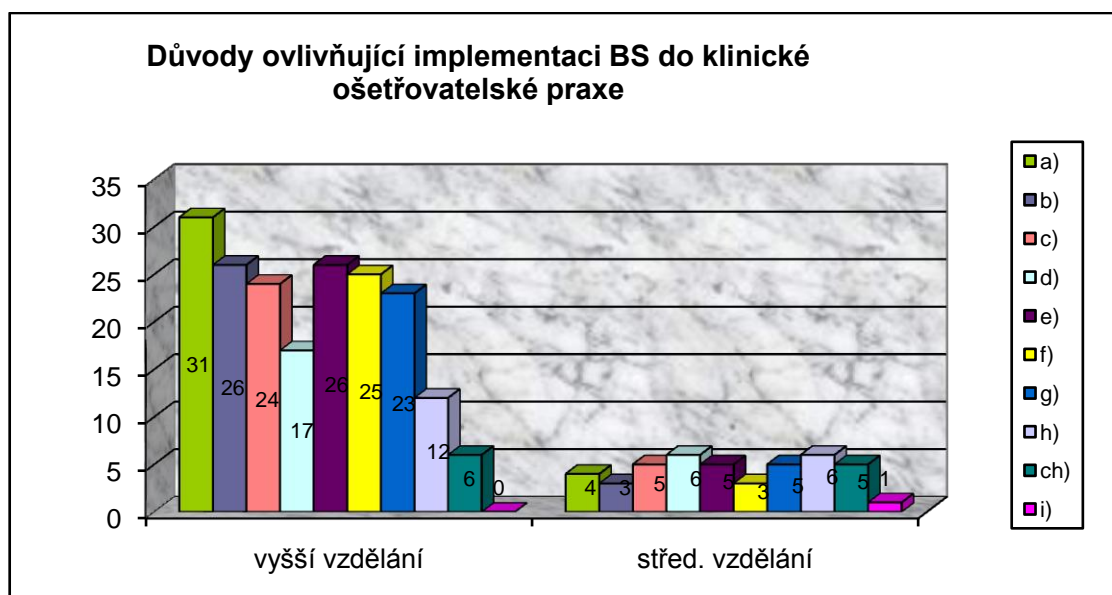
Otázka č. 21

Které důvody podle Vás ovlivňují zavedení BS do praxe? *(Můžete zaškrtnout více odpovědí).* ***Vysvětlivka: Vedení oddělení- primář, vrchní sestra, staniční sestra**

- a) podpora personálu ze strany *vedení oddělení k zajištění ekonomických podmínek pro zavedení BS
- b) osobní angažovanost *vedení ve fázích zavádění BS do praxe na pracovišti
- c) kontinuální podpora personálu v dodržování zásad BS ze strany *vedení
- d) nedostatek personálu pro včlenění konceptu do každodenní praxe
- e) finanční náročnost k proškolení personálu – drahé kurzy pro jednotlivce
- f) neproškolenost
- g) časová náročnost a pocit nezvladatelnosti nebo zbytečnosti v poskytované péči s BS
- h) pasivita
- ch) neochota vzdát se ověřeného harmonogramu v poskytované ošetrovatelské péči

Tab. 42 Tabulka kontingenční

Otázka č. 21	vyšší vzdělání	střed. vzdělání
a)	31	4
b)	26	3
c)	24	5
d)	17	6
e)	26	5
f)	25	3
g)	23	5
h)	12	6
ch)	6	5
i)	0	1



Graf č. 11 Důvody ovlivňující implementaci bazální stimulace do praxe

Tab. č. 43 Tabulka očekávaných četností "O"

"O"	vyšší vzdělání	střed. vzdělání
a)	28,54	6,46
b)	23,65	5,35
c)	23,65	5,35
d)	18,76	4,24
e)	25,28	5,72
f)	22,83	5,17
g)	22,83	5,17
h)	14,68	3,32
ch)	8,97	2,03
i)	0,82	0,18

Tab. č. 44 Tabulka dle vzorce $(P - O)^2/O$

χ^2	vyšší vzdělání	střed. vzdělání
a)	0,2119	0,9363
b)	0,2339	1,0336
c)	0,0052	0,0231
d)	0,1643	0,7259
e)	0,0206	0,0909
f)	0,2057	0,9091
g)	0,0012	0,0054
h)	0,4886	2,1591
ch)	0,9834	4,3451
i)	0,8155	3,6032

$\chi^2 = 16,9619$ tabulková hodnota pro počet stupňů volnosti

stupňů volnosti $f = (r-1) \cdot (s-1)$ 9 16,919

r – počet řádků s – počet sloupců

11.11 Hypotéza č. 11

Otázka č. 24

Zaznamenali jste rozdíl v poskytované ošetrovatelské péči po zavedené bazální stimulace do každodenní praxe?

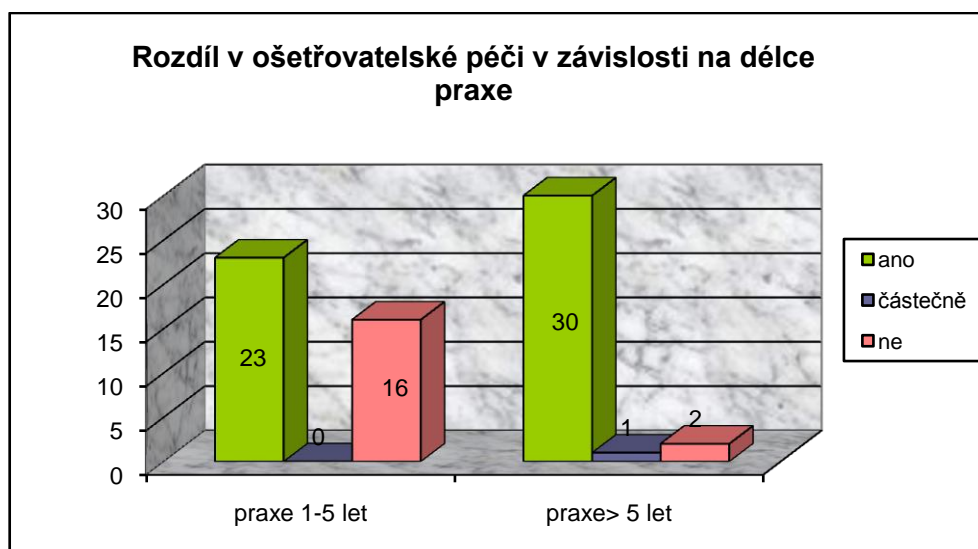
a) ano

b) částečně ano, prosím doplňte v čem:

c) ne

Tab. č. 45 Tabulka kontingenční

Otázka č. 24	praxe 1-5 let	praxe > 5 let
ano	23	30
částečně	0	1
ne	16	2



Graf č. 12 Rozdíl v ošetrovatelské péči v závislosti na délce praxe

Tab. č. 46 Tabulka očekávaných četností "O"

"O"	praxe 1-5 let	praxe > 5 let
ano	28,71	24,29
částečně	0,54	0,46
ne	9,75	8,25

Tab. č. 47 Tabulka dle vzorce $(P - O)^2/O$

χ^2	praxe 1-5 let	praxe > 5 let
ano	1,1350	1,3414
částečně	0,5417	0,6402
ne	4,0064	4,7348

$\chi^2 = 12,3995$ tabulková hodnota pro počet stupňů volnosti

stupňů volnosti $f = (r-1) \cdot (s-1) = 2 \cdot 5,991$

r – počet řádků

s – počet sloupce

Vypočítaná hodnota je větší než hodnota testového kritéria pro stupeň volnosti 2. Existuje statisticky významná závislost mezi testovanými hodnotami, a proto se přikláníme k platnosti alternativní hypotézy

11.12 Hypotéza č. 12

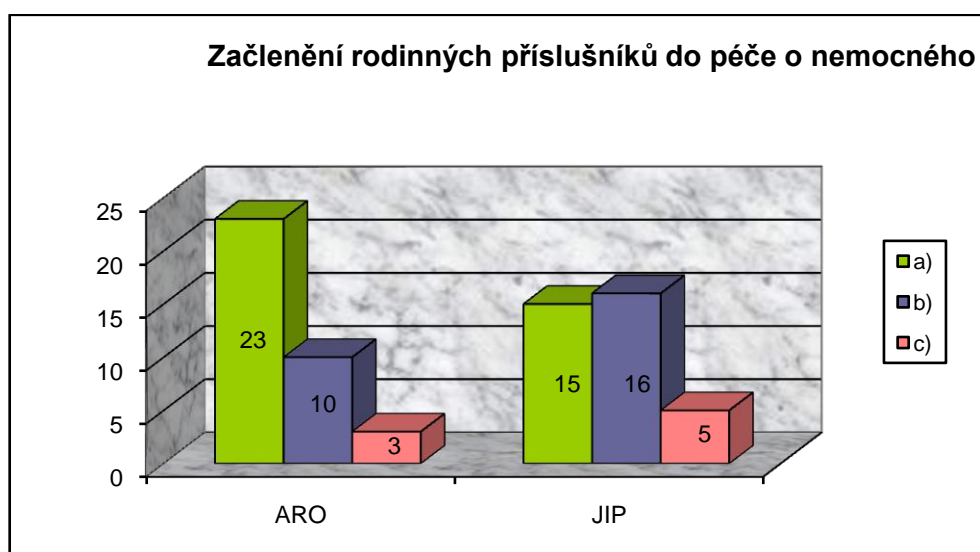
Otázka č. 19

19. Začleňujete rodinné příslušníky do péče v BS o nemocného?

- a) ano, vždy se snažíme zapojit rodinné příslušníky do péče o nemocného
- b) ano, ale začlenění záleží na iniciativě rodinných příslušníků a blízkých
- c) ne
- d) jiné, prosím uveďte:

Tab. č. 48 Tabulka kontingenční

	<i>ARO</i>	<i>JIP</i>
<i>a)</i>	23	15
<i>b)</i>	10	16
<i>c)</i>	3	5



Graf č. 13 Začlenění rodinných příslušníků do péče o nemocného

Tab. č. 49 Tabulka očekávaných četností "O"

"O"	<i>ARO</i>	<i>JIP</i>
<i>a)</i>	19,00	19,00
<i>b)</i>	13,00	13,00
<i>c)</i>	4,00	4,00

Tab. č. 50 Tabulka dle vzorce $(P - O)^2/O$

χ^2	ARO	JIP
a)	0,8421	0,8421
b)	0,6923	0,6923
c)	0,2500	0,2500

$\chi^2 = 3,5688$ tabulková hodnota pro počet stupňů volnosti

stupňů volnosti $f = (r-1)*(s-1) \quad 2 \quad 5,991$

r – počet řádků s – počet sloupců

Vypočítaná hodnota je větší než hodnota testového kritéria pro stupeň volnosti 2. Existuje statisticky významná závislost mezi testovanými hodnotami, a proto se přikláníme k nulové hypotézy.

12 VYHODNOCENÍ KVALITATIVNÍCH DAT

12.1 Zúčastněné pozorování

12.1.1 Anesteziologicko – resuscitační klinika, Fakultní nemocnice u Svaté Anny v Brně

- Na pracovišti využívají KBS ve formě celkové tzn., že koncept používají u všech nemocných,
- Metodiku KBS využívají ve formě částečné, tzn., že aplikují jen vybrané prvky,
- Biografickou anamnézu mají k dispozici a využívají ji,
- Informační propagace je na pracovišti ve formě nástěnky, letáku a dotazníku,
- Rodinné příslušníky integrují do péče o nemocného.

12.1.2 Oddělení anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny, Nemocnice Milosrdných Bratří v Brně

- Na pracovišti využívají KBS ve formě částečné tzn, že koncept aplikují jen u některých nemocných a řídí se vybranými kritériemi.
- Metodiku KBS využívají ve formě celkové, tzn., že aplikují všechny prvky konceptu,
- Biografickou anamnézu mají k dispozici, v průběhu průzkumné stáže se anamnéza neodebírala,
- Informační propagace je na pracovišti ve formě letáku,
- Rodinné příslušníky integrují velmi intenzivně. Zřizují pro rodinné příslušníky přímo kurz bazální stimulace.

13 VYHODNOCENÍ KVANTITATIVNÍCH STATISTICKÝCH DAT

13.1 Hypotéza k cíli 1

7.2.12 Hypotéza č. 1

H_A Domnívám se, že na ARO budou všeobecné sestry v KBS proškoleny ve větším počtu základními a nadstavbovými kurzy, než na JIP.

H₀ Domnívám se, že na ARO nebudou všeobecné sestry v KBS proškoleny ve větším počtu základními a nadstavbovými kurzy, více než na JIP.

Přikláním se k platnosti nulové hypotézy.

7.2.13 Hypotéza č. 2

H_A Předpokládám, že proškolené všeobecné sestry základními a nadstavbovými kurzy budou více pracovat pravidelně a kontinuálně s metodikou a začleňovat osvědčené prvky KBS do ošetrovatelské péče u nemocných, než proškolené všeobecné sestry od kolegů na pracovišti.

H₀ Předpokládám, že proškolené všeobecné sestry základními a nadstavbovými kurzy nebudou více pracovat pravidelně a kontinuálně s metodikou a nebudou začleňovat osvědčené prvky KBS do ošetrovatelské péče u nemocných, více než proškolené všeobecné sestry od kolegů na pracovišti.

Přikláním se k platnosti alternativní hypotézy.

7.2.14 Hypotéza č. 3

H_A Domnívám se, že na ARO budou všeobecné sestry aplikovat KBS u všech kriticky nemocných a indikované metody konceptu budou využívat v plném rozsahu, více než na JIP.

H_0 Domnívám se, že na ARO nebudou všeobecné sestry aplikovat KBS u všech kriticky nemocných a indikované metody konceptu budou využívat v plném rozsahu, více než na JIP.

Přikláním se k platnosti alternativní hypotézy

7.2.15 Hypotéza č. 4

H_A Předpokládám, že na ARO využívají všeobecné sestry kvalitnější zpracování doporučené dokumentace KBS, více než na oborových JIP.

H_0 Předpokládám, že na ARO nevyžívají všeobecné sestry kvalitnější zpracování doporučené dokumentace KBS, více než na oborových JIP.

Přikláním se k platnosti alternativní hypotézy.

7.2.16 Hypotéza č. 5

H_A Domnívám se, že na ARO budou využívat všeobecné sestry informační propagaci o KBS pro rodinné příslušníky a blízké ve větším rozsahu než na JIP.

H_0 Domnívám se, že na ARO nebudou využívat všeobecné sestry informační propagaci o KBS pro rodinné příslušníky a blízké ve větším rozsahu, více než na JIP.

Přikláním se k platnosti alternativní hypotézy.

13.2 Hypotézy k cíli 2

7.2.17 Hypotéza č. 6

H_A Předpokládám, že ošetřující pracovníci proškolení základními a nadstavbovými kurzy z velké většiny budou považovat KBS za smysluplný koncept v akutní ošetrovatelské péči více, než ošetřující pracovníci proškolení od kolegů, nebo v rámci studia.

H₀ Předpokládám, že ošetřující pracovníci proškolení základními a nadstavbovými kurzy z velké většiny nebudou považovat KBS za smysluplný koncept v akutní ošetrovatelské péči více, než ošetřující pracovníci proškolení od kolegů, nebo v rámci studia.

Přikláním se k platnosti alternativní hypotézy.

Hypotéza č. 7

H_A Domnívám se, že všeobecné sestry, které jsou minimálně vzdělány specializací v oboru a vyšším stupněm vzděláním, nepovažují KBS v rámci poskytované akutní ošetrovatelské péče za nadstandardní, než všeobecné sestry se středoškolským stupněm vzděláním.

H₀ Domnívám se, že všeobecné sestry, které jsou minimálně vzdělány specializací v oboru a vyšším stupněm vzděláním, považují KBS v rámci poskytované akutní ošetrovatelské péče za nadstandardní stejně jako všeobecné sestry se středoškolským stupněm vzděláním.

Přikláním se k platnosti alternativní hypotézy.

7.2.18 Hypotéza č. 8

H_A Domnívám se, že všeobecné sestry na ARO budou sledovat návaznost ošetrovatelské péče v KBS na pokračujících jednotkách v další léčbě nemocného více, než na JIP.

H_0 Domnívám se, že všeobecné sestry na ARO nebudou sledovat návaznost ošetrovatelské péče v KBS na pokračujících jednotkách v další léčbě nemocného více, než na JIP.

Přikláním se k platnosti nulové hypotézy.

7.2.19 Hypotéza č. 9

H_A Předpokládám, že lékaři na ARO budou akutní ošetrovatelskou péči v KBS lépe tolerovat a akceptovat v provozu oddělení, než lékaři na JIP.

H_0 Předpokládám, že lékaři na ARO nebudou akutní ošetrovatelskou péči v KBS lépe tolerovat a akceptovat v provozu oddělení, než lékaři na JIP.

Přikláním se k platnosti nulové hypotézy.

13.3 Hypotézy k cíli 3

7.2.20 Hypotéza č. 10

H_A Předpokládám, že všeobecné sestry, které jsou minimálně vzdělány specializací v oboru a vyšším stupněm vzděláním, považují odlišné důvody, které ovlivňují implementaci KBS do akutní ošetrovatelské praxe, než všeobecné sestry se středoškolským a nižším stupněm vzděláním.

H_0 Předpokládám, že všeobecné sestry, které jsou minimálně vzdělány specializací v oboru a vyšším stupněm vzděláním, nepovažují odlišné důvody, které ovlivňují implementaci KBS do akutní ošetrovatelské praxe, než všeobecné sestry se středoškolským a nižším stupněm vzděláním.

Přikláním se k platnosti alternativní hypotézy.

13.4 Hypotézy k cíli 4

7.2.21 Hypotéza č. 11

H_A Domnívám se, že všeobecné sestry, které působí na vyšším intenzivním pracovišti déle než 5 let, zaznamenali rozdíl v poskytované akutní ošetrovatelské péči více, než všeobecné sestry, které působí na témže pracovišti 1 – 5 let.

H_0 Domnívám se, že všeobecné sestry, které působí na vyšším intenzivním pracovišti déle než 5 let, nezaznamenali rozdíl v poskytované akutní ošetrovatelské péči více, než všeobecné sestry, které působí na témže pracovišti 1 – 5 let.

Přikláním se k platnosti alternativní hypotézy.

7.2.22 Hypotéza č. 12

H_A Předpokládám, že na ARO, kde je implementován v akutní klinické ošetrovatelské praxi KBS, budou všeobecné sestry začleňovat rodinné příslušníky a blízké do péče o kriticky nemocného více, než na JIP.

H_0 Předpokládám, že na ARO, kde je implementován v akutní klinické ošetrovatelské praxi KBS, nebudou všeobecné sestry začleňovat rodinné příslušníky a blízké do péče o kriticky nemocného více, než na JIP.

Přikláním se k platnosti nulové hypotézy.

14 NÁVRHY A ŘEŠENÍ K IMPLEMENTACI BAZÁLNÍ STIMULACE DO PRAXE

1. Přípravná fáze středního managementu

- Proškolení vrchní sestry, staniční sestry,
- Zajištění ekonomických prostředků k proškolení personálu / sponzoring, dary, .. /
- Oslovení vrcholového managementu v rámci finanční podpory implementace bazální stimulace do praxe.

2. Přípravná fáze proškolenosti ošetřujícího týmu

- Seznamující seminář o bazální stimulaci pro ošetřující tým na pracovišti,
- Diskuse a návrhy středního managementu s ošetřujícím týmem,
- Zvolení metodiky a formy aplikace bazální stimulace do ošetřovatelské praxe,
- Nařízení od středního managementu pro ošetřující tým,
- Příprava ošetřovatelské dokumentace a informační propagace bazální stimulace,
- Příprava jednotlivých pomůcek k polohování,
- Konzultace s pracovišti, kde je zavedena bazální stimulace v ošetřovatelské péči.

3. Praktická fáze realizace bazální stimulace do praxe

- Zvolení zodpovědných vedoucích, kteří budou dohlížet na dodržování kontinuity bazální stimulace v ošetřovatelské péči na jednotlivých směnách,
- Kontrola středního managementu v udržení kontinuity bazální stimulace v praxi.

15 ZÁVĚR

Teoretická část bakalářské práce se zaměřuje na základní charakteristiku konceptu se zaměřením na potřeby kriticky nemocných, problematiku implementace bazální stimulace v českém ošetrovatelství, samotnou metodiku bazální stimulace.

Praktická část je založena na kvalitativně – kvantitativní strategii. Zúčastněné pozorování jsem zhodnotila pomocí případové analýzy dat. Strukturovaný rozhovor jsem obecně vyhodnotila a z informací jsem vypracovala návrhy k řešení implementace bazální stimulace. Dotazníkové šetření jsem vyhodnotila pomocí statistické metody Chí kvadrát.

Z kvalitativně – kvantitativního výzkumu vyplynulo a potvrdilo se, že bazální stimulace je pro intenzivní pracoviště významný koncept, který ve velké většině zkoumaných pracovišť prochází fázemi včlenění do ošetrovatelského procesu. Pozorováním a dotazníkovým šetřením se prokázalo, že ARO a JIP se staví k systému metodiky a formy odlišnými způsoby. Tento ukazatel je dán, odlišným harmonogramem práce na pracovištích a charakteristikou ošetrovatelské péče.

Zvýšená kvalita ošetrovatelské péče s bazální stimulací byla potvrzena hypotézou č. 11. Sestry, které pracují na téže oddělení přes pět let potvrzují pozitivní rozdíl v poskytované péči. Podnětný faktor je také integrace rodinných příslušníků, který zvyšuje důvěru v ošetřující personál.

Překážky, které ovlivňují zavedení bazální stimulace do praxe byly jasně vyznačeny: finanční náročností k proškolení personálu, nedostatkem personálu a sníženou podporou ze strany vedení v zajištění ekonomických podmínek. Cílem práce bylo jasně vyznačit problémy, které spočívají v nezdárných pokusech zavést bazální stimulaci na pracovištích.

Z výzkumu se mi potvrdil názor, že aplikace bazální stimulace v intenzivní ošetrovatelské péči do praxe je dlouhodobý projekt. Proto, aby se bazální stimulace postupně a efektivním účelovým způsobem aplikovala do ošetrovatelské péče je třeba krok po kroku realizovat fáze implementace.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**Bibliografické zdroje:**

- [1] BÁRTLOVÁ, S., SADÍLEK, P., TÓTHOVÁ, V., *Výzkum a ošetrovatelství*. 1.vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. 146 s. ISBN 80-7013-416-X.
- [2] BÁRTLOVÁ, S., SADÍLEK, P., TÓTHOVÁ, V., *Výzkum a ošetrovatelství*. 2.vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2008. 185 s. ISBN 978-80-7013-467-2.
- [3] FRIEDLOVÁ, K., *Ročenka intenzivní medicíny: Bazální stimulace u pacientů v základní ošetrovatelské péči*. 1.vyd. Praha: Galén, 2003. 313 – 316 s. ISBN 80-7262-227.
- [4] FRIEDLOVÁ, K., *Bazální stimulace v ošetrovatelské péči – Skriptum pro základní kurz*. 3. vyd. Frýdek Místek: INSTITUT Bazální stimulace s.r.o., 2005. 32 s.
- [5] FRIEDLOVÁ, K., *Bazální stimulace v ošetrovatelské péči – Skriptum pro nadstavbový kurz*. 3.vyd. Frýdek Místek: INSTITUT Bazální stimulace s.r.o., 2005. 30 s.
- [6] FRIEDLOVÁ, K., *Bazální stimulace pro učitele předmětu ošetrovatelství 1. a 2 díl*. 2.vyd. Frýdek Místek: INSTITUT Bazální stimulace s.r.o., 2006. 100 s. ISBN 80-239-6132-2.
- [7] FRIEDLOVÁ, K., *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. 1. vyd. Havlíčkův Brod: Grada Publishing, a.s., 2007. 168 s. ISBN 978-80-247-1314-4.
- [8] HENDL, J., *Kvalitativní výzkum – Základní metody aplikace*. 1.vyd. Praha: Portál, 2005. 408 s. ISBN 80-7367-040-2.
- [10] IVANOVÁ, K., JUŘÍČKOVÁ, K., *Písemné práce na vysokých školách se zdravotnickým zaměřením*. 1.vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2005. 98 s. ISBN 80-244-0992-5.
- [11] KAPOUNOVÁ, G., *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 1.vyd. Havlíčkův Brod: Grada Publishing, a.s., 2007. 352 s. ISBN 978-80-247-1830-9.
- [12] KOLEKTIV AUTORŮ, *Cesta k humánnímu ošetrovatelství: Sborník příspěvků historicky II. národní konference s mezinárodní účastí*. 1vyd. Frýdek Místek: INSTITUT Bazální stimulace s.r.o., 2007. 88 s. ISBN 978-80-254-0757-8.

- [13] MAREČKOVÁ, J., VRÁNOVÁ, V., *Ošetrovatelství na prahu 3. tisíciletí*. 1. vyd. Praha: Galén, 2000. 24-26 s. ISBN 80-86257-21-5.
- [14] ŠEVČÍK, P., ČERNÝ, V., et al., *Intenzivní medicína*. 2. rozš. vyd. Praha: Galén, 2003. 422 s. ISBN 80-7262-203.
- [15] TRACHTOVÁ, E., et al., *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1999. 186 s. ISBN 80-7013-285-X.
- [16] VÍTKOVÁ, M., *Podpora vzdělávání dětí a žáků s těžkým zdravotním postižením II.: Metoda bazální stimulace a její využití při edukaci žáků s těžším postižením*. 1. vyd. Praha: Institut pedagogického – psychologického poradenství ČR, 34 s. 2001. ISBN

Seriálové zdroje:

- [17] FRIEDLOVÁ, K., Supervize týmů poskytujících péči v konceptu bazální stimulace, *Sestra*. Praha: Mladá Fronta a.s. ISSN 1210-0404. 2008, roč. 18, č. 9. s. 15-16.

SEZNAM TABULEK

SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA P I OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U KRITICKY NEMOCNÉHO V KONCEPTU BAZÁLNÍ STIMULACE A SATURACE POTŘEB

1. Posouzení pacienta

- U nemocného posuzujeme aktuálně celkový zdravotní stav

Sestra sleduje a měří

- Stav vnímání, bez analgosedace sestra provádí Glasgow score, s analgosedací se aplikuje score dle Ramseye,
- Velikost a reakce zornic na osvit,
- Ventilační režim,
- Neinvazivní parametry krevní tlak (dále jen TK), (pulzní oxymetrie (dále jen SpO₂), dechová frekvence, tělesná teplota (dále jen TT), kapnometrie, křivka elektrokardiografie (dále jen EKG), elektroencefalograf (dále jen EEG).
- Invazivní parametry (nitrolební tlak, mozkový perfuzní tlak, jugulární oxymetrie, tkáňová oxymetrie, invazivní tlaky, arteriální tlak, centrální žilní tlak, Swan-Ganzův katetr (tlak arteria pulmonalis), měření srdečního výdeje (PICCO, LIDCO, NICO), gastrická tonometrie, invazivní měření tělesné teploty, intraabdominální tlak, monitoring hemostázy (hemochron), měření moče, měření žaludečního odpadu. (Kapounová, 2007).
- Stimulaci volíme podle aktuálního zdravotního stavu, reakcí nemocného a biografické anamnézy.

2. Celkové ranní hygiena

Výsledná kritéria

- Celkový stav nemocného,
- Stav vědomí,
- Stav kůže,
- Stupeň mobility,
- Stupeň analgosedace,
- Dodržení aseptických bariérových zásad.

Pomůcky

- Sterilní: tampóny, pinzety/sterilní rukavice, dezinfekční oční roztok, ušní štětičky.
- Nesterilní: ochranná zástěra, ústenka, rukavice, osobní hygienické potřeby nemocného, žínky, ručníky, lepení na nasogastrickou sondu, líh, mukoseptonex, oblíbený nápoj/ roztok, lepení, fonendoskop, masážní krém, pacientovo oblečení a kompenzační pomůcky, polohovací pomůcky, pomůcky k taktilně-haptilní stimulaci, rádio a oblíbená hudba.

Ošetřovatelské intervence u celkové ranní hygieny

Obecné zásady před a v průběhu hygieny

- Podle posouzení stavu pacienta vybereme typ stimulační somatické koupele - osvěžující, uklidňující,
- Provedeme iniciální dotek u nemocného, představíme se,
- Před aplikací koupele provedeme vestibulární stimulaci tzn. otáčivé pomalé pohyby hlavy, které opakujeme 4x,
- Dodržujeme obecné zásady somatické koupele a aseptický bariérový režim,
- V průběhu koupele umožňujeme nemocnému orientovat se v úkonech, tím, že verbalizujeme naše úkony. Můžeme podpořit somatickou koupel dalšími stimulačními

prvky např. ždímáním žínky vyrobíme zvuk tekoucí vody, tímto podnětem aktivizujeme auditivní smysl. Za použití pacientových osobních toaletních potřeb aktivizujeme olfaktorický smysl a paměťovou stopu. (Friedlová, 2007). Puštěním oblíbené hudby stimulujeme sluchový smysl.

Péče o oči

- Přiložíme ruce nemocnému na oči a verbalizujeme následující intervenci,
- Jemně vypláchneme oči očním dezinfekčním roztokem,
- Odstraníme z očí zbytky staré masti,
- V případě, že pacient spontánně nemrká, aplikujeme umělé slzy (Lacrisyn) každou hodinu,
- Na noc aplikujeme ordinované masti,
- Oči udržujeme zavřené,
- Péči o oči provádíme po 3 hodinových intervalech.

Péče o nos a uši

- V širším nosním průduchu je obvykle zavedena nasogastrická sonda,
- Uši očistit opatrně sterilní zvlhčenou štětičkou 1x za dva dny.

Péče o nasogastrickou sondu

- Přiložíme ruku krátce nemocnému na nos a verbalizujeme následující činnost,
- Odfixujeme lepení sondy,
- Sondu čistíme 2x denně lihem a vždy o 1 cm sondu povytáhneme tam a zpět,
- Polohujeme nasogastrickou sondu a vhodně zafixujeme k nosu,
- Pozor na krvácení ze sliznice,
- Nosní dírky prokapáváme 2x denně přípravkem mukoseptonexem k ochraně sliznice.

Péče o dutinu ústní

- Zajišťujeme stimulaci slinných žláz. Postupujeme z bočních stran krku od ušních boltců směrem k mandibule. Provedeme za sebou 4x, docílíme uvolnění dutiny ústní a snadnější přístup do dutiny ústní,
- K toaletě požíváme předem určený počet sterilních tampónů k prevenci uvíznutí tampónu,
- Dutinu ústní jemně vytíráme oblíbeným nápojem nebo roztokem,
- Odsáváme sekrety z dutiny ústní a nosohltanu.

Péče o orotracheální kanylu

- Odfixujeme lepení kanyly a čistíme líhem,
- Kanylu polohujeme s lékařem z ústního koutku do druhého,
- Fonendoskopem zkontrolujeme funkčnost kanyly a její správné zavedení,
- Kanylu fixujeme na stanovených cm,
- Péči provádíme 1x denně a dle potřeby nemocného.

Péče o kůži

- Celkovou toaletu provádíme 2x denně,
- Kůži promašťujeme pravidelně vhodným prostředkem,
- Sledujeme stav kůže,
- Pravidelně polohujeme, předcházíme vzniku dekubitů.

Obecné zásady po celkové hygieně

- Po osušení nemocného oblékáme do jeho oblečení,
- Nosí-li nemocný brýle nasadíme je,
- Polohujeme do polohy hnízda,

- Vkládáme do rukou předmět z povolání, oblíbeného hobby – např. počítačová klávesnice, vařečka, tenisová raketa, atd.,...
- Použijeme u nemocného jeho oblíbený parfém, nebo spray,
- Intervence zapisujeme do denního záznamu.

3. Péče o genitál

Výsledná kritéria

- Dodržení aseptických bariérových zásad,
- Permanentní močový katetr.

Pomůcky

- Sterilní: tampóny, pinzeta/rukavice.
- Nesterilní: rukavice, ochranná zástěra a ústenka, emitní miska, žínky, ručník, hygienické potřeby, dezinfekce.

Ošetrovatelské intervence u péče o genitál

- Aplikujeme iniciální dotek a vestibulární stimulaci,
- Vysvětlíme nemocnému následující intervenci,
- Péči provádíme kdykoliv v průběhu dne,
- Dodržujeme zásady bariérového režimu,
- Péče o permanentní močový katetr – ústí cévky vždy dezinfikujeme,
- Po toaletě necháváme nemocného odpočívat,
- Intervence zapisujeme do denního záznamu.

4. Péče o dýchací cesty s umělou plicní ventilací

Výsledná kritéria

- Dýchání a respirační parametry,
- Ventilačního režim,
- Dodržení aseptických bariérových zásad.

Pomůcky

- Sterilní: pinzeta/rukavice, tampóny, cévka, 5 ml fyziologického roztoku (dále jen FR 1/1) k laváži.
- Nesterilní: rukavice, ochranná zástěra a ústenka, oblíbený nápoj, buničina, odsávačka, emitní miska, mléko a oleje.

Ošetřovatelské intervence u toalety dýchacích cest

- Iniciální dotek,
- Aplikujeme vestibulární stimulaci,
- Poté nemocného jemně zatlačíme na oblast krku pro orientaci,
- Zajišťujeme stimulaci slinných žláz,
- Zajistíme nejprve toaletu samotné dutiny ústní vytíráním oblíbeného nápoje,
- Poté nemocnému vysvětlíme, že odsajeme dýchací cesty a komentujeme všechny naše úkony,
- Frekvencí odsávání volíme s pravidelností a potřeb nemocného,
- Je-li nutné odsávat s pravidelností opakovaně, přerušujeme odsávání nejméně na 3 – 4 dechové cykly,
- Zlavážujeme dýchací cesty nemocného,
- Zavádíme cévku až k místu pevného odporu, kde je centrum nejintenzivnějšího dráždění, povytáhneme o 1 cm a za stálého přerušovaného odsávání vysunujeme cévku,
- Cévka je na jedno použití a dekontaminuje se společně s odsávacím okruhem dezinfekčním proplachem,

- Odsávání nemocný vnímá jako velmi nepříjemný výkon, proto je třeba odsávat co nejméně traumaticky a co nejkratší dobu (maximálně 5 sekund),
- Je-li nemocný při vědomí, je dobré ho vyzvat, aby při odsávání uvolnil hlen odkašláváním,
- V průběhu odsávání sledujeme monitor EKG a saturaci. (Kapounová, 2007).
- Po odsávání nemocného necháváme v klidu odpočívat a vkládáme do rukou oblíbený předmět. Popřípadě polohujeme na stranu za pomoci perličkových polohovacích pomůcek, kde má položeny fotografie, obrázky,
- Intervence zapisujeme do denního záznamu.

Ošetrovatelské intervence u masáže stimulujícího dýchání

- Iniciální dotek
- Stimulaci můžeme aplikovat na ventrální straně hrudníku nebo v horní oblasti zad (Friedlová, 2006),
- Dodržujeme zásady a postup MSD,
- Po stimulaci vždy dýchací cesty nemocného zlavážujeme a odsajeme,
- Polohujeme na druhý bok za pomoci perličkových pomůcek,
- Nemocného po ošetrovatelské intervenci necháváme odpočívat a můžeme pustit relaxační hudbu,
- Vkládáme do rukou oblíbený předmět,
- Intervence zapisujeme do denního záznamu.

5. Péče o invazivní vstupy

Výsledná kritéria

- Místo vpichu a jeho kožní okolí,
- Dodržení aseptických bariérových zásad.

Pomůcky

- Sterilní: rouška, tampóny, pinzety/rukavice.
- Nesterilní: Ochranná zástěra, rukavice, ústenka, emitní miska, lihobenzín, dezinfekce, krycí folie, sterilní čtverce, náplast.

Ošetrovatelské intervence u péče o invazivní vstupy

- Aplikujeme iniciální dotek,
- Použijeme vestibulární stimulaci,
- Vysvětlíme následující intervence pacientovy,
- Převaz provádíme za přísných aseptických podmínek,
- Odstraňujeme krytí katetru za pomoci benzínu,
- Hodnotíme místo vpichu,
- Čistíme lihobenzínem a dezinfikujeme místo vpichu i místa fixačních stehů,
- Po zaschnutí dezinfekce katetr překrýváme vybraným sterilním krytím,
- Polohujeme na záda do polohy hnízdo, pouštíme hudbu,
- Intervence zapisujeme do denního záznamu. (Kapounová, 2007).

6. Péče o rány

Výsledná kritéria

- Stav rány,
- Polohování,
- Výživa,
- Dodržení bariérových aseptických zásad.

Pomůcky

- Sterilní: rouška, tampóny, pinzety/rukavice, čtverce, vhodné krytí.
- Nesterilní: ochranná zástěra, rukavice, ústenka, emitní miska, FR 1/1, nebo Ringerův roztok, fixace, náplast.

Ošetřovatelské intervence u péče o rány

- Aplikujeme iniciální dotek a vysvětlíme nemocnému následující intervence,
- Jemně se dotkneme rukama na lokalitu rány,
- Šetrně sejmem původní obvaz,
- Zhodnotíme vzhled rány a původní obvaz – prosáknutí, zápach, barva, efektivnost,
- Opláchneme ránu FR 1/1, nebo Ringerovým roztokem,
- Šetrně čistíme ránu sterilními navlhčenými tampóny,
- Volíme vhodný materiál a fixaci na ránu,
- Edukujeme pacienta, je-li při vědomí,
- Pacienta necháváme odpočívat v klidu,
- Intervence zapisujeme do denního záznamu. (Kapounová, 2007).

7. Péče o výživu

Výživa nemocných v kritickém stavu po těžkých úrazech, operacích nebo u polytraumatizovaných pacientů je zpočátku plně saturována umělou parenterální a enterální výživou. U pacientů, kteří již nabyli vědomí se postupně začíná zkoušet příjem per os tekutou, později kašovitou stravou. Pokud nemá pacient dostatečně plnohodnotnou stravu můžeme využít tzv. sippingu. Jde o kompletní vyváženou tekutou stravu různých příchutí. Využíváme ji u nemocných, kteří mají problémy s kousáním, polykáním, se snížením chuti k jídlu, před a po operacích, atd. (Kapounová, 2007).

Výsledná kritéria

- Analgosedace,
- Stav vědomí,
- Body mass index.

Pomůcky

- Sterilní: Janettova stříkačka.
- Nesterilní: ochranná zástěra, rouška, rukavice, emitní miska, buničina, umělá výživa, oblíbené jídlo, lžička, cucací váčky a špejle.

Ošetřující intervence u výživy s nosogastrickou sondou

- Aplikujeme iniciální dotek,
- Aplikujeme vestibulární stimulaci,
- Uvedeme pacienta do polosedu,
- Umyjeme mu ruce a dáme mu do rukou lžičku, i když sám nejí,
- Necháme mu ovonět tekutou stravu,
- Stimulujeme slinné žlázy,
- Toaleta dutiny ústní,

- Výživu aplikujeme každé 3 hodiny, v 6, 9, 13, 15, 18, a ve 24 hod. Od 0 – 5 hod. je lačnicí pauza,
- Z Janettovy stříkačky odtahujeme žaludeční obsah, do 50 ml vracíme obsah, nad 50 ml obsah nevracíme,
- Aplikujeme 200 ml umělé výživy,
- Sondu je nutné propláchnout 50 ml čaje a 5 ml antacida,
- Pacienta necháváme 20 minut v poloze v polosedě,
- intervence zapisujeme do denního záznamu. (Kapounová, 2007).

Postup u nemocných, kteří neotvírají ústa

- Iniciální dotek,
- Čichová stimulace,
- Dotek pacienta na hlavě,
- Vestibulární stimulace,
- Somatická stimulace na obličeji,
- Manuální stimulace slinných žláz,
- Lehká stimulace rtů. (Friedlová, 2007).

Trend cucacích špejlí a váčků

Využívá se u nemocných ke stimulaci slinných žláz a k uchování polykacího a sacího reflexu. Použití je velmi jednoduché, špejle se namočí do oblíbených tekutých pochutin např. čokoláda, marmeláda, nugeta, pepsi-cola, atd. Vloží se nemocnému na 15 -20 minut do úst. Váčky se využívají u jídel, které pacient nemůže sám požvýkat. Zde využíváme uvolňování šťáv, které stimulují vnímání chuti pacienta. Pochutiny např. salám, sýr, maso, atd., zabalíme do gázového čtverečku, ze kterého uděláme uzavřený váček a vložíme nemocnému do úst na 30 minut. Váček zafixujeme pomocí náplasti do ústního koutku.

8. Péče o vyprazdňování

Výsledná kritéria

- Pravidelnost vyprazdňování moče,
- Pravidelnost vyprazdňování stolice,
- Střevní peristaltika,
- Pohyb,
- Tekutiny,
- Dodržení bariérových aseptických zásad.

Pomůcky

- Sterilní: tampóny, pinzeta/rukavice.
- Nesterilní: ochranná zástěra, rouška, rukavice, dezinfekce, odměrný válec, podložka, permanentní močový katetr.

Ošetřovatelské intervence u péče o vyprazdňování

Vyprazdňování moče

- Sledujeme pravidelnost vyprazdňování moče pomocí hodinové diurézy,
- Sledujeme barvu, zákal, zápach, pěnu moče,
- Měříme množství a specifickou hmotnost moče,
- Provádíme nácvik automatického vyprazdňování močového měchýře pravidelným uzávěrem odvodného systému a vypouštění po 3 hodinových intervalech,
- Zabezpečujeme bariérový aseptický přístup,
- Intervence zapisujeme do denního záznamu.

Péče o permanentní močový katetr (dále jen PMK)

- Používáme sběrné sáčky s antibakteriálním filtrem,
- Sledujeme okolí zavedení PMK,
- Ústí cévky vždy dezinfikujeme,
- Odběry provádíme pouze z určeného odvodného místa systému,
- Nezvedáme sběrný sáček nad úroveň močového měchýře,
- Sběrný sáček zavěšujeme na opačnou stranu lůžka, než jsou invazivní stupy.

Vyprazdňování stolice

- Sledujeme pravidelnost stolice,
- Sledujeme množství, barvu, příměsi, konzistenci, zápach stolice,
- Sledujeme střevní peristaltiku pomocí fonendoskopu a odchod plynů,
- Zabezpečuje pravidelně denní masáž břišních partií,
- Zabezpečujeme u nemocného pravidelnost pohybu,
- Zapisujeme do denního záznamu.

9. Péče o pohyb

Výsledná kritéria

- Stav kůže,
- Spasticita,
- Stav vědomí.

Pomůcky

- perličkové polohovací pomůcky.

Ošetřovatelské intervence u péče o pohyb

Péče o polohování

- Aplikujeme iniciační dotek a vestibulární stimulaci,
- Vysvětlíme nemocnému následující intervence,
- Dodržujeme zásady polohování hnízda a mumie,
- Polohujeme pravidelně ve 3 hodinových intervalech,
- Sledujeme změny fyziologických funkcí,
- Poloha musí být pro nemocného příjemná,
- Nesmí docházet k poruchám prokrvení, sledujeme změny,
- Nemocnému pouštíme hudbu, rádio, televizi.

Péče o fyzioterapii

- Aplikace iniciačního doteku a vestibulární stimulace,
- Fyzioterapie je plánovaná a probíhá pod erudovaným dohledem,
- Probíhá od indikace lékaře v předepsaných intervalech.

10. Péče o spánek a odpočinek

Výsledné kritérium

- Stav vědomí a analgosedace,
- Pohyb.

Ošetřující intervence u péče o spánek a odpočinek

- Dbáme u nemocného na dodržení biorytmu (den a noc),
- Využití moderní techniky nemocného nezatěžuje pravidelným měřením fyziologických funkcí.