

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Uplatnění prvků bazální stimulace v ošetrovatelské péči

Bakalářská práce

Vedoucí práce: PhDr. Marie Trešlová R.N.

autor: Zuzana Jilečková

2008

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Aplikace prvků bazální stimulace v ošetrovatelské péči“ vypracovala samostatně a použila jen pramenů, které cituji a uvádím v příložené bibliografii.

Souhlasím s použitím práce k vědeckým účelům.

V Českých Budějovicích

Podpis:

Poděkování:

Chtěla bych poděkovat PhDr. Marii Trešlové za odborné vedení, za ochotu a odbornou pomoc. Dále chci poděkovat sestřám z apalické jednotky v Nemocnici České Budějovice, které mi umožnily pracovat s konceptem bazální stimulace na jejich oddělení. A v neposlední řadě bych ráda poděkovala všem sestřám, které si našly čas na vyplnění mého dotazníku.

OBSAH

Úvod	3
1. Současný stav	4
1.1 <i>Ošetrovatelská péče</i>	4
1.2 <i>Ošetrovatelský proces</i>	4
1.3 <i>Potřeby člověka</i>	4
1.4 <i>Současné pojetí ošetrovatelské péče</i>	5
1.5 <i>Koncept bazální stimulace</i>	5
1.6 <i>Koncept bazální stimulace v ošetrovatelské péči</i>	6
1.7 <i>Historie konceptu bazální stimulace</i>	7
1.8 <i>Systém vzdělávání</i>	8
1.9 <i>Dynamika ošetrovatelství v EU</i>	8
1.10 <i>Východiska konceptu bazální stimulace</i>	9
1.10.1 <i>Stimulace vnímání</i>	9
1.10.2 <i>Stimulace pohybu</i>	10
1.10.3 <i>Stimulace komunikace</i>	11
1.10.4 <i>Význam doteků</i>	12
1.11 <i>Autobiografická anamnéza</i>	12
1.12 <i>Prvky bazální stimulace – základní</i>	13
1.12.1 <i>Somatická stimulace</i>	13
1.12.1.1 <i>Somatická stimulace zklidňující</i>	14
1.12.1.2 <i>Somatická stimulace povzbuzující</i>	15
1.12.1.3 <i>Neurofyziologická stimulace</i>	16
1.12.1.4 <i>Diametrální stimulace</i>	17
1.12.1.5 <i>Polohování</i>	17
1.12.1.6 <i>Poloha „hnízdo“</i>	18
1.12.1.7 <i>Poloha „mumie“</i>	18
1.12.1.8 <i>Masáž stimulující dýchání (MSD)</i>	18
1.12.1.9 <i>Kontaktní dýchání</i>	19
1.12.2 <i>Vibrační stimulace</i>	19

1.12.3 Vestibulární stimulace	21
1.13 Prvky bazální stimulace – nástavbové	22
1.13.1 Optická stimulace	22
1.13.2 Auditivní stimulace	24
1.13.3 Orální stimulace	25
1.13.4 Olfaktorická stimulace	26
1.13.5 Taktilně-haptická stimulace	27
1.14 Zapojení rodiny do péče	27
1.15 Desatero bazální stimulace	28
2. Cíl práce a hypotézy	29
2.1 Cíle práce	29
2.2 Hypotézy	29
3. Metodika	30
3.1 Použitá metoda sběru dat	30
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	30
4. Výsledky	31
5. Diskuse	52
6. Závěr	58
7. Seznam použitých zdrojů	59
8. Klíčová slova	62
9. Přílohy	63
9. 1 Seznam příloh.....	63

Úvod

„Život je možný pouze ve vztahu.“

Piaget

Bazální stimulace je komunikační, interakční a vývoj podporující stimulační koncept, který se orientuje na všechny oblasti lidských potřeb. Bazálně stimulující ošetrovatelská péče se přizpůsobuje věku a stavu klienta. Dává šanci klientům, kteří mají změny v oblasti vnímání, pohybu a komunikace, navázat spojení se svým okolím a tím podporuje jejich rozvoj. Klienti, kteří mají tyto změny, často trpí nedostatečným přísunem podnětů ze svého okolí. Bazální stimulace se snaží podněty klientovi zprostředkovat stimulací smyslových orgánů. Rovněž mu umožňuje rozhodnout se, zda nabízené podněty přijme, či ne. Nedílnou součástí ošetrovatelské péče s prvky bazální stimulace je zapojení rodiny do péče o klienta.

Autorem konceptu je prof. dr. Andreas Fröhlich, speciální pedagog, který koncept od roku 1970 používal při práci s retardovanými dětmi. Do ošetrovatelské péče v 80. letech 20. století přenesla koncept prof. Christel Bienstein, původně zdravotní sestra. Bazální stimulace patří v současné době v zemích Evropské unie k nejpoblárnějším ošetrovatelským konceptům.

Poprvé jsem se dočetla o bazální stimulaci ještě na střední škole. Byla jsem nadšená z výsledků, kterých sestry dosáhly aplikací prvků bazální stimulace do péče. Od té doby se snažím dozvědět se více o tomto tématu. V bazální stimulaci vidím cestu, jak zkvalitnit mnou poskytovanou ošetrovatelskou péči. Bazální stimulace mě oslovila svým individuálním přístupem ke klientům a také svými terapeutickými účinky. Je to koncept, který dává slovu pečovat ten správný význam.

1. Současný stav

1.1 Ošetrovatelská péče

„Ošetrovatelská péče je chápána jako odborná činnost zaměřená na zachování, upevňování a obnovu zdraví jednotlivců i skupin. Vykonávají jí sestry, a to samostatně, na základě indikace lékaře, a ve spolupráci s lékařem (Farkašová, 2006)“.

1.2 Ošetrovatelský proces

„Ošetrovatelský proces je metodický rámec pro plánování a poskytování ošetrovatelské péče. Jedná se o cyklický proces, jehož jednotlivé fáze se vzájemně prolínají a opakují. Smysl pro stanovení a vypracování ošetrovatelského procesu spočívá v zabezpečení odborného a kvalitního plánování postupu při uspokojování potřeb nemocných. Zabezpečuje soustavnou péči a dovolí klientům podílet se na péči (Šamánková, 2006)“.

Ošetrovatelský proces se skládá z pěti fází. V první fázi posuzování se sbírá sesterská anamnéza. Dalším krokem je stanovení ošetrovatelských diagnóz. Ošetrovatelskou diagnózou se rozumí identifikace potřeb nemocného. Třetí fází ošetrovatelského procesu je plánování ošetrovatelské péče. Zde se stanovují krátkodobé a dlouhodobé cíle ošetrovatelské péče a naplánují se způsoby metod a cest k naplnění těchto cílů. Čtvrtá fáze realizace je zaměřena na naplnění stanovených cílů. Pátou a poslední fází procesu je vyhodnocení. Fáze vyhodnocení znamená zhodnocení efektu poskytnuté péče a posouzení kvality dosaženého výsledku v porovnání se stanovenými normami (19).

1.3 Potřeby člověka

Potřeba je projevem nějakého nedostatku (20). „Naplnění potřeb směřuje k vyrovnání a obnovení změněné rovnováhy. Množství a intenzita potřeb člověka závisí na pohlaví a věku, na jeho kulturní a společenské úrovni, na prostředí, ve kterém vyrůstal, na jeho inteligenci, zdravotním stavu a životních zkušenostech (Šamánková, 2006)“.

„Charakteristickým rysem moderního ošetrovatelství je systematické hodnocení a plánovité uspokojování potřeb zdravého i nemocného člověka. Uspokojování potřeb člověka se realizuje prostřednictvím ošetrovatelského procesu (Trachtová, 2005)“.

1.4 Současné pojetí ošetrovatelské péče.

Znakem moderního ošetrovatelství je individualizovaná péče založená na vyhledávání a plánovitém uspokojování ošetrovatelských potřeb nemocného člověka. Na klienty by mělo být nahlíženo nezávisle na jejich postižení a aktuálním tělesném, mentálním nebo duševním stavu jako na osobnosti. Nezastupitelný význam má práce s biografií klienta a integrace příbuzných do péče. Aby byla takto pojatá péče zajištěna, integruje současné ošetrovatelství do péče dle stavu a momentální situace klienta různé koncepty, s cílem poskytnout péči stimulační. Každá ošetrovatelská intervence je totiž spjata alespoň s minimální stimulací některého z klientových smyslů a každý člověk má nárok na to, aby mu byly poskytovány minimálně takové stimuly, jakých se mu dostávalo v době před onemocněním či úrazem (3, 20).

Denně lze u většiny ošetrovatelských činností, spojených se základní ošetrovatelskou péčí, užít konceptu bazální stimulace a kinestetiky¹. Dalším rozšířeným konceptem, ať již u nás nebo v zahraničí, je Bobath. V následujících kapitolách se budu zabývat konceptem bazální stimulace a zmíněn bude i Bobath koncept (3) (příloha č. 2).

1.5 Koncept bazální stimulace

„Bazální stimulace (BS) je pedagogicko-ošetrovatelský koncept, který vychází z poznatků pedagogiky, vývojové psychologie, anatomie, fyziologie a ošetrovatelství. (Friedlová, 2008)“.

Základními prvky konceptu bazální stimulace jsou pohyb, komunikace a vnímání. Koncept umožňuje klientům se změnami v oblasti vnímání, hybnosti a komunikace integraci do současného života s maximálním využitím jejich dřívějších životních návyků a zkušeností, respektuje zachované schopnosti a navíc akceptuje jejich

¹ Koncept, který rozvíjí pohybové a manipulační kompetence ošetrovajícího personálu s cílem redukovat riziko poškození ošetrovajícího personálu a klientů

budoucí životní potřeby. Koncept je orientován na pochopení těchto potřeb a porozumění stylu klientovy komunikace. Bazální stimulace využívá vlastních technik a tréninkových programů, kterými dosahuje stimulace somatické, taktilně-haptické, vestibulární, vibrační, orální, optické, olfaktorické a auditivní. Jedná se o vysoce kvalifikovaný pokus přizpůsobit ošetrovatelskou péči životní situaci postiženého (8, 11).

1.6 Koncept bazální stimulace v ošetrovatelské péči

Při bazálně stimulující ošetrovatelské péči se řídíme hlavní myšlenkou konceptu a to holistickým přístupem k jedinci. Ošetrovatelská péče dle tohoto konceptu pohlíží na klienta jako na rovnocennou bytost se svými bio-psycho-sociálními potřebami. Péče je vždy individuálně strukturovaná a plně se přizpůsobuje klientovi. Úkolem takové ošetrovatelské péče je pochopit potřeby klienta, porozumět jeho stylu komunikace a na základě toho mu poskytnout prostor pro orientaci, jistotu a další rozvoj jeho osobnosti. Aplikace prvků bazální stimulace do ošetrovatelské péče jí dává nové rozměry (8, 9).

„Nejčastějším slovem, které se v ošetrovatelské mluvě, ale také v dokumentaci užívá, je slovo ošetrovatelská intervence. Při práci s konceptem bazální stimulace nahrazujeme toto slovo výrazem ošetrovatelská nabídka. Vyjadřuje snahu rozpoznat klientovy potřeby a adekvátně na ně reagovat. Pokud klientova reakce signalizuje nesprávnou volbu ošetrovatelské nabídky, musíme mu nabídnout jinou formu péče (Friedlová, 2006)“.

V péči s aplikací prvků konceptu bazální stimulace se nepracuje s deficitem, ale se zachovalými schopnostmi, které se dále rozvíjí a podporují. Rovněž se v této péči výraz poruchy vnímání, či poruchy hybnosti nebo komunikace nahrazuje pojmem změny v oblasti vnímání, hybnosti a komunikace. Na každou změnu je třeba se přizpůsobit a tak je tomu i v péči s prvky bazální stimulace (2).

Předpokladem pro osobitou péči a integraci prvků konceptu do péče o klienty je znalost jejich životních návyků, zvyků a prožitků. Tyto znalosti získáme z důkladné biografické anamnézy klienta. Dalším důležitým faktorem je integrace nejbližšího sociálního okolí do péče o klienta. Autobiografická anamnéza a integrace příbuzných do

péče jsou dva stejně důležité a nezbytné faktory, bez kterých lze jen těžko integrovat prvky bazální stimulace do péče o klienta.

Správná integrace prvků bazální stimulace do ošetrovatelské péče umožňuje zprostředkovat člověku vjemy ze svého těla a stimulace vnímání organismu mu umožní lépe vnímat okolní svět a následně s ním navázat komunikaci. Tím je podpořen celkový vývoj jedince. Takto strukturovaná ošetrovatelská péče se stává terapeutickým výkonem (8, 4).

1.7 Historie konceptu bazální stimulace

Autorem konceptu je prof. dr. Andreas Fröhlich, speciální pedagog, který pracoval od roku 1970 v rehabilitačním centru Westpfalz/Landstuhl ve Spolkové republice Německo s dětmi, které se narodily s těžkými kombinovanými somatickými a intelektovými změnami. U dětí s velmi těžkými změnami v oblasti vnímání z důvodů mentální retardace nebylo možno navázat verbální komunikaci, neboť jejich schopnosti v této oblasti byly velmi omezené, či skoro žádné. Na bázi schopnosti lidského těla vnímat a přijímat signály a také reagovat přes komunikační kanál somatického, vestibulárního a vibračního vnímání navázal velmi úspěšně komunikaci s těmito dětmi. Koncept bazální stimulace otevřel speciálním pedagogům cestu k jejich klientům a umožnil jim podpořit tyto děti v jejich vývoji.

Do ošetrovatelské péče přenesla koncept v 80. letech 20. století prof. Christel Bienstein, původně sestra, která úzce spolupracuje s prof. A. Fröhlichem. Aplikovala koncept do ošetrovatelské péče u klientů ve vigilním kómatu a prokázala úspěšnost tohoto komunikačního a vývoj podporujícího konceptu také v oblasti ošetrovatelské péče v intenzivní medicíně. Od roku 1994 vede Institut výzkumu ošetrovatelství na lékařské fakultě privátní univerzity ve Witten/Herdecke v Německu. Ve spolupráci s odborníky z jiných oblastí péče, jako například geriatrické, neonatologické, psychiatrické a také paliativní, se podařilo koncept zavést do všech těchto oblastí (2,4,12,13).

1.8 Systém vzdělávání

Profesoři Fröhlich a Biensteinová vypracovali systém vzdělávání lektorů. Lektorské studium má rozsah čtyř semestrů. Každý lektor obdrží od Mezinárodní asociace bazální stimulace oprávnění k pořádání certifikovaných kurzů a vlastní identifikační číslo. Absolventům svých kurzů vystavují standardizované certifikáty, jednotné v celé Evropské unii, potvrzené razítkem s registračním číslem lektora. Teprve absolvováním certifikovaného semináře bazální stimulace a získáním certifikátu je ošetřující oprávněn aplikovat prvky konceptu do ošetřovatelské péče a učitel zahrnout prvky konceptu do ošetřovatelské výuky. V současné době je jediným certifikovaným lektorem konceptu bazální stimulace pro Českou republiku PhDr. Karolína Friedlová (4,12).

1.9 Dynamika ošetřovatelství v EU

Bazální stimulace patří v zemích Evropské unie k uznávaným a aplikovaným konceptům, jak v oblasti speciální pedagogiky, tak v ošetřovatelství. Koncept je v zahraničí integrován do osnov ve výuce ošetřovatelství na zdravotnických školách, v klinické praxi se s konceptem pracuje na většině pracovišť. Do České republiky se koncept dostal díky PhDr. Karolíně Friedlové, která absolvovala lektorské studium ve Vídni. Na základě pozitivních zkušeností, které získala při aktivním používání konceptu, se rozhodla šířit povědomí o bazální stimulaci také v České republice. V roce 2000 poprvé Karolína Friedlová informovala ošetřovatelskou veřejnost v ČR o konceptu bazální stimulace. V současné době je na území naší republiky několik proškolených pracovišť, které koncept denně aplikují do ošetřovatelské péče. Své výsledky publikují v odborných spisech a prezentují na ošetřovatelských konferencích. Historicky první národní konference bazální stimulace se konala 24.-25. listopadu roku 2005 ve Frýdku-Místku a historicky druhá národní konference bazální stimulace s mezinárodní účastí se konala v listopadu roku 2007 rovněž ve Frýdku-Místku. Od roku 2004 je koncept integrován do tematických plánů pro studijní program zdravotnický asistent na středních zdravotnických školách a je zohledněn ve Vyhlášce MZ ČR o stanovení činnosti všeobecné sestry ve Sbírce zákonů č. 424/2004, § 4,

odstavec h. V říjnu 2005 byl založen Institut bazální stimulace, který je zárukou pořádání kvalitních certifikovaných seminářů a supervizí na pracovištích, která pracují s konceptem. Seznam těchto pracovišť a další cenné informace je možné nalézt na stránkách institutu www.bazalni-stimulace.cz (4, 11).

1.10 Východiska konceptu bazální stimulace

Základními prvky konceptu bazální stimulace jsou vnímání, komunikace a pohyb. Díky schopnosti vnímat jsme se naučili pohybovat a komunikovat. Vnímání, komunikace a pohyb se navzájem ovlivňují. Vnímání umožňuje pohyb a naopak komunikace je umožněna díky pohybu a vnímání. Koncept bazální stimulace umožňuje lidem se změnami v těchto třech oblastech podporu, a to cílenou stimulací smyslových orgánů a hybnosti klienta, a využívá schopnosti lidského mozku uchovávat své životní návyky v paměťových stopách. Cílenou stimulací uložených vzpomínek lze znovu aktivovat mozkovou činnost a tím podporovat vnímání, komunikaci a pohyb klienta. Kontinuální stimulací smyslových orgánů dle konceptu bazální stimulace umožňuje také vznik nových neuronálních spojení v mozku. bazální stimulace je tedy komunikační, interakční a vývoj podporující stimulační koncept (4, 5).

Techniky konceptu se člení na prvky základní a nastavbové stimulace. Základní prvky patří do stimulace somatické, vestibulární a vibrační. Nastavbové prvky patří ke stimulaci optické, auditivní, taktilně-haptické, olfaktorické a orální. Aplikací těchto prvků do ošetrovatelské péče dochází k podpoře vnímání, hybnosti a komunikace (4). V následujících kapitolách budou jednotlivě popsány.

1.10.1 Stimulace vnímání

U člověka se nejdříve vyvíjí vnímání somatické, které nás informuje o našem těle, dále vnímání vibrací a vnímání vestibulární, které informuje o změně polohy a postavení těla v prostoru. Vnímání somatické čili vnímání těla se vyvíjí již na konci druhého měsíce nitroděložního života. Ve dvanáctém týdnu se rozvíjí schopnost vnímat vibrace a v šestnáctém týdnu potom schopnost vestibulárního vnímání. Tyto tři druhy vnímání vytvářejí primárně u člověka pocit jistoty. Ostatní schopnosti se vyvíjejí

v různých obdobích a zrakové vnímání dozrává až po narození. Z těchto poznatků vycházíme v péči s prvky bazální stimulace.

Podporu vnímání docílíme dostatečným přísunem adekvátních podnětů. Podnětem se rozumí změna zevního prostředí nebo vnitřní prostředí organismu. O účinnosti podnětu rozhoduje jeho kvalita, doba trvání a rychlost změny intenzity podnětu. Působení podnětu se nazývá stimulace neboli dráždění.

Bazální stimulace je koncept, který podporuje v nejzákladnější rovině lidské vnímání. Každý člověk vnímá pomocí svých smyslů, které mají od narození až do smrti nenahraditelný význam. Díky smyslům můžeme vnímat sebe sama. Člověk, který je schopen vnímat sám sebe, je schopen vnímat okolní svět a komunikovat s ním (4, 8).

1.10.2 Stimulace pohybu

Pohybové schopnosti se rozvíjí od časného intrauterinního období spolu s vývojem kůže, svaloviny s nervové soustavy. Vývoj pohybu a chování člověka je vrozené, geneticky naprogramované, ale i získané v průběhu života jedince. První forma inteligence u člověka je forma senzomotorická a trvá po celý první rok života. Uvedená inteligence je základem veškerého myšlení. Zahrnuje zkušenosti s pohybem a vnímáním. Senzomotorika obsahuje aktivity, které se následně týkají vnímání, držení těla a pohybu. Senzomotorická inteligence je schopnost řešit před zvládnutím řečové komunikace praktické problémy prostřednictvím těchto aktivit. Stejně je tomu i u lidí, kteří následkem úrazu nebo onemocnění sklouzli do nižších vývojových stádií a musejí, stejně jako dítě na počátku svého vývoje, řešit problémy senzomotorikou, protože se nemohou verbálně vyjádřit.

Schopnost pohybu provází člověka prakticky po celý život. Ten, kdo nemůže změnit svou polohu, je velmi ochuzen o mnoho podnětů z vnitřního i vnějšího světa. Schopnost hýbat se umožňuje člověku nejen komunikaci s okolím, ale také vnímat své vlastní tělo a okolí. Pohybu předchází myšlenka na pohyb, a proto od sebe nelze oddělit vnímání a pohyb (4).

1.10.3 Stimulace komunikace

Komunikace se může rozdělit na verbální a neverbální. Verbální komunikací rozumíme dorozumívání se pomocí slov. Neverbální komunikace je definována jako řeč těla. Patří k ní všechny projevy, které vysíláme, aniž bychom mluvili, a i ty, kterými řeč doprovázíme. Neverbální komunikace je častější a tvoří asi 70-90% komunikace. Předávaná zpráva nebo signál v mezilidské komunikaci obsahuje i složku behaviorální. To znamená, že součástí sdělovaného je i chování komunikujícího.

Komunikace je proces, během kterého na sebe působí účastníci tohoto procesu. Aby komunikace mohla probíhat, musí být osoba, od níž sdělení vychází, a osoba, které je sdělení určeno, schopna informace vnímat, zpracovat a reagovat na ně. Také musí být splněny podmínky chtít, umět a moci komunikovat.

V ošetrovatelské péči sestra používá dovednost komunikovat s klientem jako součást profesionálního vybavení. Schopnost komunikovat slouží k navázání a rozvíjení kontaktu s klientem. U klientů se změnami v jejich komunikačních schopnostech jim sestra může pomoci podpořit tyto schopnosti.

Komunikace může být jednosměrná nebo obousměrná. Rozdíl mezi nimi je v možnosti reagovat na sdělení. Lidé mají potřebu reagovat na sdělení. Pokud jde o oboustrannou komunikaci, oba zúčastnění se mohou vyjádřit ke svým přáním, představám a mohou reagovat na toho druhého. Komunikace s lidmi, jejichž vědomí či vyjadřovací možnosti jsou velmi omezené, je velice náročná, ale i zde může jít o oboustrannou komunikaci. Je třeba mít dostatek znalostí v dané problematice a také schopnost zaznamenávat reakce klienta, které mohou být zcela nepatrné. Schopnost je zaznamenat a patřičně na ně reagovat je nenahraditelná při poskytování bazálně stimulující ošetrovatelské péče. Budeme-li pohlížet na každého člověka v kómatu nebo ve vegetativním stavu, s demencí či s hlubokou mentální retardací jako na osobu, která je schopná cítit, vnímat a reagovat a použijeme-li vhodnou formu komunikace, můžeme vnímání a vědomí potvrdit. Sestra se ovšem musí přizpůsobit komunikační úrovni klienta. Jakékoli aktivity, kterých je klient schopen, a ty jsou někdy velmi redukovány, musí vidět jako jeho jedinou možnost kontaktu se svým okolím a těmto aktivitám dát náležitý význam. Zvláštní pozornost musí věnovat například změně rytmu dýchání,

mrknutí očí, či jinému pohybu, neboť to může být jediná forma schopnosti se vyjádřit (4, 17, 21).

1.10.4 Význam doteků

Významným prvkem komunikace je dotek. Dotýkat se je základní lidská schopnost. Přes doteky se ke klientům dostává spousta podnětů ze zevního prostředí. Sestry mohou přes dotyk s klientem komunikovat. Na kvalitě doteků záleží, zda si je klient uvědomí a bude schopen je zpracovat jako vjem, zda mu umožní navodit příjemné pocity a zda mu umožní zlepšení jeho zdravotního stavu. Nečekané a necílené doteky u klientů vyvolávají pocit nejistoty a strachu. Dalším faktorem, který ovlivňuje kvalitu doteku, je počet rukou na klientově těle. Není pro klienta jednoduché se orientovat v situaci pokud na jeho těle „pracuje“ více rukou.

Klientům se sníženým stupněm vnímání může pomoci orientovat se v dané situaci tzv. iniciální dotek (příloha č. 3). Je to cílený dotek, který klienta informuje o počátku a ukončení naší přítomnosti či činnosti s jeho tělem. Dotek musí být zřetelný a přiměřeného tlaku a musí být doprovázen verbálně. Dotek se provádí na stejném místě zvoleném dle biografické anamnézy klienta a provádí ho všichni členové terapeutického týmu (4, 14).

1.11 Autobiografická anamnéza

„Biografie je nejlepší základna pro co nejlepší možné uspořádání současného a budoucího.“ (Juchli)

Předpokladem uplatnění prvků bazální stimulace do ošetrovatelské péče je znalost životních návyků, zvyků a prožitků klienta. Ty se zjistí při práci s biografií klienta. Biografické údaje jsou výchozím bodem pro individuální péči o klienta. Autobiografickou anamnézu lze získat od nejbližšího sociálního okolí klienta nebo přímo od klientů, kteří jsou schopni verbálně komunikovat.

Klient se při hospitalizaci musí přizpůsobit novému prostředí. Je v prostředí, které je pro něj neznámé, je obklopen neznámými lidmi a mění se mu jeho rytmus běžných denních činností. To vše je pro něj zátěž, na kterou se každý klient přizpůsobí

rozdílně. Vystavení takové zátěži vede dost často ke ztrátě pocitu jistoty a bezpečí, ke snížené orientaci a k poklesu výkonnosti u klienta. Tomu může sestra předejít právě získáním biografie klienta. Informace, které získá z anamnézy, využije v poskytované ošetrovatelské péči. Sestra využívá v péči o klienta jeho osobní věci, umožní příbuzným, aby se zapojili do péče a zajistí, aby se klient mohl rozhodnout, které z ošetrovatelských nabídek využije. Takto postavená ošetrovatelská péče saturuje základní potřeby klienta, zlepšuje orientaci a kontrolu nad situací. Zaručí, aby se klient i příbuzní cítili jako rovnocenní partneři v celém ošetrovatelskou proces. Tato péče dá prostor pro získání důvěry a udržení naděje na zlepšení stavu.

Získávání biografie klienta je dlouhodobý proces, protože sestra nemusí získat všechny potřebné informace hned při prvním rozhovoru s klientem nebo příbuznými. Některé údaje mohou být poskytnuty až po získání důvěry (4, 14, 15) (příloha č. 4).

1.12 Prvky bazální stimulace – základní

Techniky konceptu se člení na prvky základní a nastavbové stimulace. Základní prvky patří do stimulace somatické, vibrační a vestibulární. Cílem těchto stimulací je v první řadě zlepšit vnímání klienta (4).

1.12.1 Somatická stimulace

Receptory umístěné ve šlachách, v kloubních pouzdrech a v příčně pruhovaném svalstvu poskytují vjemy z povrchu těla a z vnitřního prostředí organismu. Stimulací těchto receptorů je umožněno klientovi vnímání vlastního těla a následně i svého okolí. Pokud klient vnímá okolní svět, je schopen s ním navázat kontakt (4, 18).

Somatickou stimulaci je možno provádět více způsoby. Při všech je ovšem nutné dodržovat určité zásady. Je žádoucí, aby během stimulace bylo zajištěno vhodné prostředí. V místnosti by měla být příjemná teplota a klidná atmosféra. Předem se sestra snaží odstranit možné rušivé elementy. Před zahájením vlastní stimulace si vždy pečlivě připraví pomůcky, aby se od klienta nemusela vzdálit a mohla s ním udržet stálý nepřerušovaný kontakt. Každá stimulace by měla být poskytována jen jedním člověkem. V intenzivní péči mohou stimulaci provádět i dva ošetřující s ohledem na

invazivní vstupy klienta. O zahájení i o ukončení stimulace klienta informujeme přiměřeně jeho stavu pomocí iniciálního doteku s verbálním doprovodem. Rovněž sestra popisuje celý průběh stimulace. Při stimulaci modeluje klientovo tělo oběma rukama. Pracuje s určitým tlakem, který je konstantní a zvyšuje se pouze na kloubech a hranicích trupu. Dotek musí být proveden celou plochou ruky a ne jen prsty. Po celou dobu poskytované stimulace sleduje reakce klienta a adekvátně na ně reaguje. U klientů s výrazně sníženou schopností komunikovat může být jediným projevem strachu, úzkosti či nejistoty změna tepové frekvence, hodnoty krevního tlaku či zvýšení svalového tonu. Oproti tomu projevem uvolnění a navození pocitu bezpečí může být například zvýšená salivace. Sestra by měla být schopna pružně reagovat na vzniklé situace a zabránit rigidnímu způsobu aplikace (4, 14).

1.12.1.1 Somatická stimulace zklidňující

Při somatické stimulaci zklidňující se vychází z následujících anatomicko-fyziologických znalostí. Každý vlas, chlup je u kořene obklopen nervovou pletení, která registruje jeho pohyb a dodává tuto informaci do mozku. U této stimulace provádí sestra pohyby ve směru chlupů. Tyto pohyby podávají zcela přesnou informaci o tělesné formě a mají zklidňující účinek. Zklidňující stimulaci integruje sestra do péče o klienta s cílem celkového tělesného uvolnění, redukce neklidných stavů, navázání komunikace a stimulujeme vnímání vlastního těla. Proto jí zařazuje do péče u klientů neklidných, s pocitem úzkosti a strachu, zvýšeným svalovým tonem, při změnách vnímání tělesného obrazu/schématu nebo třeba u klientů s různými typy demencí.

Somatickou zklidňující stimulaci lze provést kdykoliv během dne, různými způsoby a za použití různých prostředků. Pokud je aplikovaná během toalety klienta, je nazývána tato stimulace zklidňující koupelí. Při koupeli použijeme vodu o teplotě 37 - 40 °C. Bez vody se stimulace provádí buď žínkami, nebo jen rukama (nasucho přes oděv klienta či za použití krému nebo oleje).

Před zahájením stimulace sestra informuje klienta o zahájení činnosti adekvátně jeho schopnosti vnímat a zpracovat informace. U klientů s omezenou schopností vnímat je vhodné použití iniciálního doteku. Dle stavu klienta se začíná na obličeji,

nevyhovuje-li to jeho stavu, obličej se zařadí na závěr stimulace. Obličej je intimní zóna a zahájení doteku v této oblasti by mohlo u ustrašeného klienta vyvolat nežádoucí reakci (např. spastický klient ještě zvýší své svalové napětí). Obličej se rovněž může stimulovat formou asistované stimulace (příloha č. 13). Sestra vede klientovu dominantní ruku tak, že svými prsty moduluje jeho prsty a druhou rukou mu podepírá loket. Poté pokračuje na hrudníku, oběma rukama stimuluje symetricky trup od středu na strany trupu, kde mírným tlakem zvýrazní hranice trupu. Horní končetiny tvaruje opět oběma rukama po jejich obvodu a dodržuje směr „po chlupu“. Jednotlivé prsty tvaruje zvlášť. Stejný postup zvolí i u dolních končetin. Záda stimuluje od páteře k zevní straně trupu a opět zvýrazní mírným tlakem hranice trupu. Osušuje stejně jako umývala. Po umytí klienta přikryje a umožní mu odpočívat (4, 14) (příloha č. 6).

1.12.1.2 Somatická stimulace povzbuzující

Pohyb proti vlasovému kořítku je vnímán daleko intenzivněji než pohyb ve směru růstu chlupů. Tohoto se využívá při povzbuzující stimulaci s cílem zvýšení úrovně vědomí klienta, zvýšení jeho pozornosti, stimulace vnímání tělesného schématu a nebo jako přípravu na následné působení ostatních členů terapeutického týmu (např. logopeda). Dalším účinkem stimulace může být zvýšení svalového tonu nebo zvýšení krevního tlaku. Proto je vhodné tuto stimulaci zařadit u klientů s kvantitativní poruchou vědomí, s depresemi, se sníženým svalovým tonem nebo u klientů se změnou v oblasti mentální. Naopak u klientů dezorientovaných, neklidných a se zvýšeným intrakraniálním tlakem se tato stimulace nepoužívá. Povzbuzující stimulaci lze provést kdykoliv během dne a za použití nejrůznějších prostředků. Stejně jako ostatní druhy somatické stimulace i somatickou stimulaci povzbuzující lze zařadit do péče během koupele. Tehdy se stimulace nazývá povzbuzující koupelí. Pokud sestra aplikuje somatickou stimulaci během koupele, použije vodu s teplotou nižší než je teplota těla, tedy 23-28°C. Bez vody stimulaci provádí buď žínkami, froté ponožkami nebo jen rukama za použití krému nebo nasucho přes oděv klienta. Postup je stejný jako u somatické stimulace zklidňující pouze s tím rozdílem, že je pohyb veden proti směru růstu chlupů (4, 14) (příloha č. 7).

1.12.1.3 Neurofyziologická stimulace

Neurofyziologická stimulace se používá u klientů s poruchami hybnosti a čítí jedné poloviny těla. K tomu může dojít u klientů po cévních mozkových příhodách, po operacích mozku nebo po dětské mozkové obrně. Cílem je umožnit klientům znovu postiženou stranu vnímat a integrovat do jejich tělesného schématu.

Při péči o tyto klienty jsou dodržovány následující postupy. Předměty jako noční stolek, televize a další sestra umístí na postiženou stranu. Chce-li si klient něco vzít z nočního stolku, musí na to sáhnout zdravou rukou přes postiženou stranu. Tím přenesse váhu na postiženou stranu což mu umožní jí pocítit. Pokud ke klientovi přistupuje někdo z terapeutického týmu, činí tak z postižené strany. O to samé jsou požádáni i příbuzní. Klient je tak nucen otočit na tuto stranu hlavu a pokud si stále ještě postiženou stranu těla neuvědomuje, teď jí alespoň vidí a musí si jí uvědomit. Pomocí polohování a pomocí aktivit, které vycházejí z postižené strany, je umožněno převzetí váhy těla postiženou stranou těla. Pokud je klient polohován do sedu, dbá se, aby dolní končetiny s pánví svíraly pravý úhel a kolena byla v mírné zevní rotaci. Za záda se vsune podél páteře polštář, tak může tělo přenést rovnoměrně svou váhu na hrboly sedací kosti. Pokud jsou dolní končetiny svěšeny, je nezbytná jejich opora. Při stožení je důležitý kontakt chodidel postiženého se zemí. Při chůzi se dbá, aby váha těla byla vědomě přenášena na postiženou stranu. Klient musí být podporován na postižené straně pro pocit jistoty, čímž se předejde vzniku spasticity. Vyhýbá se používání antidekubitárních matrací nebo vodních lůžek, které vedou u klienta ke zkreslenému vnímání těla a ztrátě tělesných hranic. Při péči se snažíme redukovat strach z pádu, který vede k vyhýbání se pohybu. Z tohoto důvodu je velmi důležité, aby se ošetřující situoval na postiženou stranu klienta. Při manipulaci s klientem je důležité dbát na správné postavení kloubů při pohybech, protože zde není při sníženém svalovém tonu dostatečná ochrana a může dojít k vykloubení.

Klienta sestra myje podle konceptu bazální stimulace. U této celkové koupele stojí sestra na té straně těla, která je postižena. Na postiženou ruku klienta navlékne sestra žínku a podpůrným mytím mu umožní si umýt obličej a to ve směru od zdravé strany k postižené straně. Pak myje zdravou ruku lehkým tlakem a pokračuje ve směru

na hrudník. Ve středu hrudníku zvýší tlak a dále myje ve směru postižené strany. Také nohy myje od zdravé strany k postižené. Záda umývá v poloze na boku, ze směru od ramene k sakrální oblasti, opět od zdravé strany k postižené. Genitálie si myje klient sám nebo mu je sestra umyje asistovaným mytím jeho zdravou rukou. Sestra klienta osuší opět ve směru od zdravé k postižené straně, pomalu a přiměřeným tlakem. Pokud je to možné, umožní po celou dobu koupele klientovi optickou kontrolu umývaných částí těla. Tato technika celkové tělesné koupele se v konceptu bazální stimulace nazývá „Celková tělesná koupel dle Bobatha“ (4, 6, 7, 14) (příloha č. 8).

1.12.1.4 Diametrální stimulace

Diametrální stimulace se využívá u klientů se zvýšeným svalovým napětím. Zvýšené svalové napětí omezuje pohyb v kloubu. Diametrální stimulací se svalové napětí snižuje a podporuje se vnímání tělesného schématu (4).

1.12.1.5 Polohování

Obvyklé polohování do pozice na záda a na bok se děje za jediným cílem a to prevence proleženin. Polohováním dle konceptu bazální stimulace je sledováno více cílů současně. Prostřednicím polohování je umožněno klientovi získat informace o jeho těle a výrazně se stabilizuje jeho vnímání tělesného schématu. Tím, že klient mění svou polohu, je stimulován jeho rovnovážný aparát a klient se lépe orientuje v prostoru. Zároveň se mění jeho zorné pole a tím je zajištěn větší přísun podnětů z okolí.

Sestra se musí ujistit, že klienta nechala v pohodlné poloze a že byly zohledněny jeho zvyky. Někteří klienti mají své rituály, bez kterých se necítí dobře. Někdo je například zvyklý usínat na boku se svým oblíbeným polštářkem. Tím, že sestra těmto zvykům nebude bránit a umožní je klientovi dodržovat i mimo domácí prostředí, přispěje ke zkvalitnění své péče.

Vnímání klienta se může stimulovat i nepatrnými změnami pozice těla. K polohování si sestra může zvolit z řady pomůcek, které jsou v současné době již na trhu (příloha č. 9). Například polohování pomocí perličkových polohovacích polštářů je velmi efektivní. Pokud ovšem tato polohovací pomůcka na pracovišti chybí, může být

nahrazena obyčejnou dekou či polštářem, která se sroluje. Na výběr má sestra i z velké řady poloh, které může podle individuálního výběru pro každého klienta zvolit. I minimální změnou polohy těla stimuluje klientovo vnímání. Výraznou somatickou stimulaci umožní klientovi polohy „hnízdo“ nebo „mumie“ (4, 14, 22).

1.12.1.6 Poloha „hnízdo“

Cílem této pozice je stimulace vnímání tělesného schématu, navození pocitu jistoty a zlepšení vnímání tělesných hranic. Nabízí pro klienta komfort, tím navozuje příjemné pocity a klient se v této pozici může uvolnit a zklidnit.

Sestra nejprve zvolí polohu, do které klienta uloží (na zádech, na boku, do sedu v křesle atd.). Poté jeho tělo obloží srolovanými dekami, prostěradly nebo perličkovými vaky. Dle potřeby ještě klienta zakryje a do rukou mu může pro jeho další stimulaci vložit některé z jeho osobních věcí (viz. taktilně-haptická stimulace). Při manipulaci s klientem nesmí sestra zapomínat na kvalitu jejího doteku a slovní komentář popisující její činnost (4, 14) (příloha č. 10).

1.12.1.7 Poloha „mumie“

Poloha mumie umožňuje klientům intenzivní vnímání jejich tělesného schématu. Také jí může sestra zařadit v péči o neklidné až agresivní klienty a vyhnout se tam farmakologickému zklidnění klienta.

Klienta sestra napoložuje tak, že ho zabalí do deky nebo prostěradla. Začne u nohou a pokračuje k horní části těla, kde deku nebo prostěradlo zafixuje. „Mumii“ lze kombinovat s polohou „hnízdo“ (4, 14) (příloha 10).

1.12.1.8 Masáž stimulující dýchání (MSD)

Masáž stimulující dýchání může sestra nabídnout těm klientům, kteří strádají povrchním, nepravidelným a zrychleným dýcháním. Vede k ustálení rytmu dýchání na stejné frekvenci u klienta i ošetřujícího a tím mezi nimi vzniká komunikační proces, který může poskytnout uvolnění, pocit jistoty a blízkosti a vyjádřit empatii. Neklidní klienti se cítí akceptováni a masáž jim umožňuje se zklidnit. Také následné pravidelné,

prohloubené dýchání, které je cílem MSD, umožňuje klientů se tělesně i duševně uvolnit. Kromě toho je klientovi umožněno si zřetelně uvědomit své tělo a zvýšit schopnost koncentrace tak, aby mohl reagovat na podněty z okolí (4, 14) (příloha č. 11).

1.12.1.9 Kontaktní dýchání

Kontaktní dýchání se využívá k prohloubení dýchání, k odstranění hlenu z dýchacích cest a je i formou navázání komunikace s klientem. Technika je velice jednoduchá. Sestra položí své ruce po stranách klientova hrudníku, které ho doprovází při nádechu i výdechu. Vzájemně přizpůsobí a sladí svoje frekvence dechu. Výdech sestra podpoří stlačením hrudníku. Při nádechu stlačení povolí. K odstranění hlenu přidá sestra ještě při výdechu vibrace (4, 14).

1.12.2 Vibrační stimulace

„Jde o rychlý periodicky opakovaný kmitavý pohyb (Kraus, 2007)“, kterým se docílí podráždění kožních receptorů pro vnímání vibrací (Vaterova-Paciniho tělíska), které jsou umístěny v podkoží a receptorů hluboké citlivosti, tzv. proprioreceptorů. Proprioreceptory se nalézají jak ve šlachách a v kloubních pouzdech, tak i v příčněpruhovaném svalstvu, a je jimi registrována poloha těla a postavení kloubu. Vnímání vibrací se děje ze směru od periferie dovnitř těla. Kostí vedou vibrace dále až k vnitřním orgánům. Vibrace umožňují pocítit stabilitu a pospolitost těla se skeletem a uvědomit si tělesné hranice (14, 18).

Vybranou indikační skupinou jsou klienti s poruchou vnímání svého těla. K poruše vnímání vlastního těla dochází již po třech dnech upoutání na lůžko. Je vhodné tuto stimulaci zařadit především u klientů ve vigilním kómatu a u klientů s mentální retardací. Vibrační stimulaci se může aplikovat také u těch, kterým slouží jako příprava k vnímání pohybu a následně k vertikalizaci a mobilizaci.

Kontraindikována je vibrační stimulace u klientů s krvácivými stavy, varixy a poruchou integrity kůže.

Jako prostředek k vibrační stimulaci je možno využít vlastní ruce, hlas nebo různé technické přístroje. Mezi ně patří například baterkové vibrátory, vibrující hračky,

elektrický zubní kartáček, ladička, vibrující lehátka a další. Elektrické vibrátory (příloha č. 12) se nepoužívají u gerontologických klientů. Hrozí zde mikrotraumatizace v souvislosti se zvýšenou křehkostí vazů.

Možností, jak dosáhnout vibrací, je několik. Jestliže sestra zvolí pro stimulaci elektrické vibrátory, přikládá je do okolí kloubů na horních a dolních končetinách. Místa aplikace vibrací na dolní končetině je pata, vnitřní a zevní kotník, kolenní kloub (kromě češky) a hřeben kyčelní kosti, na horní končetině potom ramenní kloub, okolí loktu a zápěstí. Vibrující předměty se mohou vkládat i do klientovy dlaně. Celotělovou vibraci sestra dosáhne tím, že položí vibrátor na matraci, na které klient leží, nebo použije vibrační lehátka. Pokud si jako médium pro vibrační stimulaci zvolí hlas, využije ho tím, že klientovu ruku položí na jeho hrudník a nechá ho mluvit. Pokud klient není schopen mluvit nebo vydávat zvuky, položí jeho ruku na svůj hrudník, poté začne mluvit nebo zpívat a klient vnímá, jak se její hrudník jemně chvěje, vibruje. Při práci s manuální vibrační stimulací poslouží jako zdroj vibrací vlastní ruce. Ty se přikládají na klientovy klouby horních a dolních končetin tak, že je obejmou po celém jejich obvodu, a s přiměřeným tlakem se souhlasně vibruje jemnými pohyby rukou.

Vibrační stimulace se může kombinovat se stimulací somatickou a za pomoci kontaktního vibračního dýchání se zbaví klientovy dýchací cesty hlenu (viz předešlá kapitola).

Další možnou kombinací stimulací je tzv. trilogie. Jde o současné použití stimulace vestibulární, vibrační a somatické. Během této stimulace sestra zaujme pohodlnou polohu za klientem, nejčastěji v sedě na zemi, v křesle nebo na lůžku. Klienta si o sebe opře tak, že se klient hrudníkem opírá o její a vnímá tak jeho tlak, dýchací pohyby a vibrace, pokud hovoříme nebo zpíváme. V případě, že se s klientem začne pohybovat do stran, dojde ke stimulaci vestibulárního aparátu. Ještě se přidává olfaktorická stimulace, to klient vnímá vůni osoby za ním a sluchová stimulace, kdy klient vnímá hlas. Pokud je zachován, je stimulován i zrak.

Při všech uvedených možnostech vibrační stimulace je důležité dodržovat určitá pravidla. Vždy se klient intenzivně sleduje, protože vnímání vibrace a reakce na ně je individuální. Postupuje se podél skeletu z proximálního k distálnímu směru. Nabízí se

krátké stimuly a mezi stimuly se ponechávají delší pauzy v dostatečném množství. Pokaždé se snažíme do stimulace zapojit rodinu (4, 14).

1.12.3 Vestibulární stimulace

Rovnovážné ústrojí vnitřního ucha informuje spolu se zrakem, hlubokou citlivostí a kožním čítí o poloze těla v prostoru a o pohybu (18). U klientů s omezenými pohybovými aktivitami se těchto informací dostává minimálně. Sestra může prostřednictvím bazální stimulace těmto klientům poskytnout podporu jejich rovnovážného ústrojí, lepší prostorovou orientaci a vnímání pohybu. Z tohoto důvodu se zařazuje vestibulární stimulace do péče o klienty, kteří setrvávají na lůžku déle než tři dny. Důvodem může být změněná schopnost pohybu, klienti ve vigilním kómatu, klienti s mentální retardací nebo klienti s rozvíjející se spasticitou extenzorů a flexorů.

Vestibulární stimulaci se může provádět pomocí otáčivých pohybů hlavy (příloha č. 13). Klient leží na lůžku, sestra oběma rukama fixuje jeho hlavu, tak aby nezakrývala obličejovou část, a otáčí s ní do stran, vždy se na okamžik pozastaví na střední čáře. Pohyby provádí plynule a velmi pomalu. Hlava je ve stálém kontaktu s podložkou. Tento pohyb opakujeme 3-5x. Toto patří mezi nejzákladnější techniku vestibulární stimulace a provádí se před každou změnou polohy těla. Předejde se tak případnému kolapsu či nauze. Před každou změnou polohy těla klienta rovněž může sestra uvést hlavu do pozice ve směru příští polohy těla. Změnu polohy těla může docílit i změnou pozice celého lůžka, čímž rovněž dojde ke stimulaci vestibulárního aparátu. Pokud to klientův stav dovoluje, je možné provádět stimulaci v sedě na lůžku nebo v křesle. Klient sám nebo s cizí pomocí provádí houpací pohyby. Dlaně má opřené o podložku, plosky nohou také a pohybuje se ze strany na stranu. Jako další možnost vestibulární stimulace je možné provádět nácvik tzv. pohybu ovesného klasu v ovesném poli. Při této stimulaci sedí sestra nebo klečí za klientem, pevně jeho tělo fixuje na svém a to tak, že jeho hlavu má opřenu o svůj hrudník a ruku má položenou na jeho čele, druhou rukou zepředu objímá jeho ramena. Pokud má klienta takto zafixovaného provádí pohyb ve tvaru ležaté osmičky. Ve střední čáře se opět vždy na chvíli zastaví. Několikrát pohyb opakuje. Při uložení klienta do závěsného houpacího vaku se umožní

výraznější působení gravitace na jeho tělo a také se může výrazně stimulovat vlastní aktivitu klienta tím, že se sám odráží za účelem pohupování vaku (4, 14).

1.13 Prvky bazální stimulace – nastavbové

Prvky uvedené v následujících kapitolách patří mezi prvky nastavbové a měly by navazovat na prvky základní.

1.13.1 Optická stimulace

Zrak je nejdůležitějším smyslem. Získává se jím 80% všech informací o okolním světě. Zrakem jsme schopni rozlišovat světlo a tmou, pohyb, jeho směr a rychlost. Umožňuje poznávat předměty v okolí a tak se orientovat v prostoru. Díky němu se mohou prožívat pozitivní vjemy, posiluje pocit jistoty a přispívá ke schopnosti učit se.

Pokud se klient nachází v prostředí, které mu nenabízí dostatek zrakových podnětů, může to u něj vyvolat projevy strachu, úzkosti, poruch orientace v dané situaci a v okolním světě a může dojít až k agresivnímu chování. Příkladem je možno uvést klienta, který se po delší době probere z bezvědomí. V pohledu, který se ležícímu klientovi naskýtá, je pouze strop, osvětlení a pro něj neznámé přístroje. Ve svém zorném poli má klient předměty, které nemá uložené ve svých paměťových stopách, tím pádem nemůže adekvátním způsobem vzniklou situaci asociovat a zpracovat. U klienta se projeví neklid a agrese. Zklidnění může sestra navodit integrací známých předmětů do jeho zorného pole.

Optická stimulace se provádí rovněž pomocí změny polohy těla. I nepatrným pohybem hlavy se mění zorné pole klienta, čímž se docílí jeho lepší orientace v prostoru a orientace na svém těle. Změnou polohy těla současně dochází ke stimulaci somatické a vestibulární.

Klienti, kteří trpí poruchou optického vjemu, ať z důvodu degenerativních či organických mozkových procesů, nebo klienti, kteří se po delší době probouzejí z kómatu, nejsou schopni vnímat všechny detaily a odstíny viděných předmětů. Jejich zrakové vnímání pracuje na principech jako u dítěte po narození. Postupuje od vnímání

světla a tmy, dále přes vnímání obrysů na krátkou vzdálenost (cca 10-15 cm), vnímání vlastních částí těla, vnímání okolí ve větší vzdálenosti (cca 1-2m), vnímání zřetelných ostrých kontur, rozlišování jednotlivých předmětů pomocí rukou a úst, vývoj vnímání barev až po rozlišování forem, velikostí, předmětů, osob a paralelně vývoj vnímání barev. Z tohoto musí sestra vycházet v péči o takto postižené klienty. K výzdobě pokoje volí nejčastěji obrázky, které malovaly děti. Jsou jednoduché, bez složitých tvarů a detailů, kresleny základními barvami a nevyvolávají negativní asociace.

Jako ostatní stimulace i optická stimulace má své zásady, které je nutno při její aplikaci dodržovat. Je nutné aplikovat stimulaci cíleně a dávkovaně, tím se zabrání přetížení klienta a jeho schopnosti koncentrace. Vždy se zohledňuje biografická anamnéza. Prostředí klienta sestra upraví tak, aby se dosáhlo jeho lepší orientace v prostoru. K tomuto může použít následující. Jako kontrast k bílým zdem volí barevné oblečení klienta a personálu a také barevné ložní prádlo. Jasně se odliší, kde končí zeď a začíná strop. K aktivizaci paměťových stop a mozkové činnosti se umístí privátní obrázky a předměty do zorného pole klienta. Pokud je umístíme na okraj zorného pole, nutíme tím klienta vyvinout pohybovou aktivitu s cílem pohlédnout na tyto předměty. Při výběru fotografií, obrázků či jiných předmětů, si sestra musí dávat pozor na negativní asociace, které jimi může vyvolat. U klientů s poruchami zraku volí raději jednoduché obrázky, nejlépe černobílé a také dostatečné velké, aby byl klient schopen je definovat. Pro lepší orientaci v čase se nabídne klientovi možnost uvědomit si denní dobu, rozdíl mezi dnem a nocí. Je snaha obličej klienta vystavit alespoň krátce sluneční expozici. Klient se posadí k oknu na terasu nebo do zahrady. Změní tak alespoň na chvíli prostředí, ve kterém tráví v důsledku svého postižení většinu času. Orientaci v čase se napomůže tím, že se do pokoje umístí hodiny tak, aby na ně klient viděl. Používá-li klient brýle, musí se mu nasadit. Jestliže se klientovi pouští televize, vybírají se pořady podle biografické anamnézy a se zohledněním, zda je klient unaven.

Nemělo by se zapomínat na to, že pohled klienta na osoby v jeho okolí nebo na různé předměty nemusí znamenat, že klient vnímá a naopak (4, 15).

1.13.2 Auditivní stimulace

Sluch nám dovoluje komunikovat se svým okolím, díky němu se rozvíjí myšlení a řeč. Stejně jako u zraku i sluchová dráha je propojena s asociačními centry. Sluchové vnímání tak aktivizuje vzpomínky uložené v paměťových stopách. Při auditivní stimulaci je drážděn sluchový aparát s cílem navázání kontaktu s klientem, zprostředkování informací o jeho osobě a o jeho těle, zvýšení rozlišovací schopnosti sluchového aparátu, naučit klienta novým slovům, vytvoření pocitu jistoty nebo zlepšení orientace.

K auditivní stimulaci lze využít nejrůznějších prostředků. Při výběru se vždy zohledňuje biografická anamnéza klienta. Jedním z prostředků ke stimulaci je řeč, ať již ve formě vyprávění, předčítání či reprodukováných zvuků. Někdy může nastat problém, když sestra chce zapojit do stimulace blízkou osobu klienta, pro kterou je nepřirozené mluvit na člověka, u kterého má pocit, že ho nevnímá. Najednou neví, co má říkat. V tomto případě může sestra doporučit, aby například popsali svůj den v práci, co je doma nového nebo co plánují na zítřejší den. Měli by při komunikaci používat stejnou barvu hlasu a oslovení, na které je klient zvyklý. Při použití hudby jako prostředku k auditivní stimulaci je možno ji zvolit v reprodukované formě nebo produkované hrou na hudební nástroj. Na hudební nástroj může hrát klient sám nebo jeho blízká osoba. Je to jedna z možností jak navázat kontakt s klientem, u kterého je to jinak velmi obtížné. Reprodukováná hudba se může nabídnout z rádia, televize nebo přehrávače. Klientovi, který byl zvyklý poslouchat hudbu ze sluchátek, se do uší sluchátka vloží. Je to pro něj situace, která vychází z jeho předchozích zkušeností. Ostatním je položíme do vzdálenosti asi 20 cm od ucha. Tím jim umožníme vnímat přirozenou kulisu okolního světa. Splní se tak podmínka, že při bazálně stimulující péči se pracuje s realitou a předchozí zkušeností. Další prostředkem auditivní stimulace je zpěv. Ten se často integruje do péče o dětské klienty. Matka dítěte může propojit současně několik stimulací najednou. Může dítě chovat v náručí, pohupovat s ním a zpívat mu známé a oblíbené písničky. Dítě tak cítí tlak matčina těla, pohyby jejího hrudníku, cítí její vůni a vnímá její hlas.

Předtím, než se vůbec začne stimulace provádět, musí se zajistit redukce rušivých zvuků okolí. Klient se tak může plně soustředit na nabízené podněty. Průběh stimulace by neměl být rušen jinými aktivitami, například hovorem s třetí osobou. Pokud v blízkosti klienta se hovoří s někým jiným a on slova správně nezaznamená, nemůže se v dané situaci správně orientovat. Má dojem, že se hovoří o něm, začne být podezřívavý až agresivní. Nutné je u klienta zjistit jeho sluchové schopnosti, popř. změny. U těch, kteří nerozumí mluvenému slovu (lidé po úrazech mozku, s demencí nebo po cévní mozkové příhodě) lze využít karty, na kterých jsou nakreslené předměty a situace, pomocí nichž se ostatní snaží s klientem dorozumět, tzv. analogování. Během celé stimulace sestra sleduje klientovy reakce. Zjistí tak, zda je stimulace efektivní (4, 15).

1.13.3 Orální stimulace

Ústa jsou neaktivnější částí lidského těla. Dítě zpočátku svého vývoje poznává svět kolem něj pomocí úst. Tak tomu může být u lidí s těžkými změnami v oblasti vnímání a komunikace. Takto trpící lidé mají často nedostatek podnětů z dutiny ústní. Pro tuto stimulaci je vhodné použít tzv. cucací váčky. Do mulu vložíme oblíbenou pochutinu. To celé ještě namočíme do minerální vody a pak vložíme do klientových úst. Klientovi jsou tak zprostředkovány podněty a povzbudí se tak motilita jazyka.

Mezi orální stimulaci patří i hygiena dutiny ústní. nejčastějším prostředkem, který se používá, je borglycerin. Je to látka, kterou klient nemá uložen ve svých paměťových stopách. Klient, který trpí změnami v oblasti vnímání, nemůže situaci správně zhodnotit a může se hygieně bránit například tak, že semkne rty a ošetřující se pak do dutiny ústní dostává násilím. Klient se pak ještě více uzavře a za takové situace nemůže dojít k předání potřebných stimulů. Borglycerin je navíc látka, který svými vlastnosti sliznici vysušuje. Bylo zjištěno, že je možné ho nahradit běžně dostupnými prostředky jako je káva či minerální voda. Takové látky klient lépe snáší, nebrání se jim a i výsledky očisty dutiny ústní jsou výrazně lepší. Další možností, jak zpříjemnit klientovi péči o ústní hygienu, je používání motanových štětiček (příloha č. 12) nebo přímo zubního kartáčku, které jsou určitě šetrnější než tampóny a peán. Dobré je také

před prováděním hygieny klienta uvolnit a správně naladit. Můžeme použít iniciální dotek, čichovou stimulaci nebo lehkou stimulaci rtů. Možností je více (4, 15).

1.13.4 Olfaktorická stimulace

Olfaktorickou stimulací je drážděn a povzbuzován čich a chuť. Čichové receptory jsou uloženy v nosní sliznici na horní skořepě dutiny nosní. Chuťové receptory jsou vázány na chuťové pohárky sliznice jazyka. Čich i chuť spolu úzce souvisí. Oba tyto smysly jsou uzpůsobeny k rozpoznání chemických látek a mohou sloužit ke stejnému cíli, např. k výběru určitých složek potravy. Anatomicky i funkčně se však liší.

Vůně a pachy jsou vyvolavateli nejrůznějších vzpomínek, ať už pozitivních či negativních. Při olfaktorické stimulaci se pracuje s těmi, které jsou pro klienta příjemné a vyvolávají pocit libosti. Které to jsou, sestra zjistí při práci s autobiografií. Jestliže nesprávně zvolí prostředky ke stimulaci, může vyvolat negativní stimulaci, kdy klient nepřijme podávané stimuly a informace a nedojde k navázání žádoucího kontaktu.

Jako média se využívají vůně osobních toaletních potřeb, oblíbeného jídla, vůně z pracovního prostředí nebo vůně vztahující se klientovým koníčkům a zájmům. Příkladem můžeme uvést klienta, který podle biografické anamnézy rád používal kosmetiku s citrusovou vůní určité značky, povoláním byl truhlář a veškerý svůj volný čas věnoval své největší vášni – motorkám. Těchto informací využijeme při koupeli, kdy před tím, než začneme klienta umývat, mu dáme přivonět k jeho oblíbeným toaletním potřebám, které budeme používat. Umožníme mu tak správně se orientovat v dané situaci, uvědomit si co se s ním bude dít a tak navodíme pocit jistoty a bezpečí. Dále můžeme nechat klienta inhalovat vůni dřeva nebo motorového oleje. Čichové dráhy jsou propojeny s limbickým systémem, který má velmi úzký vztah k citovému zabarvení stimulace a hluboké paměťové stopě, je centrem lidských emocí. Tímto se mohou iniciovat vzpomínky na jeho předešlé činnosti. Olfaktorické stimuly se nenabízejí kontinuálně, protože by si na ně klient postupem času zvykl a přestal by je vnímat (4, 15).

1.13.5 Taktilně-haptická stimulace

V různých vrstvách kůže se nacházejí mechanoreceptory (hmatová tělíska). Umožňují vnímání dotyku, tlaku, vibrací či lechtání. Jsou vázány morfologicky na různá tělíska. Například Vater-Pacciniho tělíska registrují vibrace a Meissenerova tělíska pomalejší tlakové změny. Počet mechanoreceptorů na různých místech těla se různí. Největší hustotu mají na dlani, bříškách prstů, rtech a na víčkách. Naopak nejméně jich je na zádech a hýždích. Drážděním těchto receptorů se získávají informace o svém okolí. Informace, které se získají pomocí hmatu, se uchovávají v paměťových stopách stejně jako ty, které se získají ostatními smysly. Nejaktivnějším místem na těle jsou ruce a ústa. Takže pokud přichází z okolí nedostatek podnětů nebo jsou nejasné, projeví se to neklidem a hyperaktivitou rukou a úst. Klienti se snaží identifikovat předmět, který nahmatali, snaží se ho někam zařadit. Jejich aktivita se může projevovat nejrůznějšími činnostmi. Klienti si neustále ohmatávají zavedené močové cévky, rolují povlečení, svlékají se, hrají si s vlastními výkaly atd. Při taktilně-haptické stimulaci se sestra snaží klientům nabídnout smysluplné podněty za použití jim známých věcí. Které to jsou, zjistí v biografii klienta. Předměty užívané pro stimulaci jsou z nejrůznějších oblastí života klienta. Může se použít hračky, talismany, předměty denního života (klíče, mobilní telefon), pomůcky k osobní hygieně (kartáček na zuby, hřeben, make-up), věci užívané k výkonu povolání, žínky, ručníky atd.

Taktilně-haptickou stimulací sestra saturuje základní lidské potřeby, potřebu jistoty, bezpečí a pohybu (4, 15, 18).

1.14 Zapojení rodiny do péče

„Komunikace s lidmi, jejichž vědomí či vyjadřovací možnosti jsou velmi omezené, je velmi náročná a vyžaduje nejen znalosti dané problematiky, ale i dostatečnou dávku schopností zaznamenávat reakce klienta. Někdy je první osobou, která zachytí první nepatrné reakce klienta, právě jeho příbuzný. Koncept integruje příbuzné do péče a pohlíží na ně jako na partnery v procesu ošetrovatelské péče. Proto jsou postřehy příbuzných akceptovány a v péči zohledňovány.“ (Friedlová, 2006)

Před zapojením může sestra poskytnout informační leták, který jim pomůže koncept BS více přiblížit (příloha č. 14).

1.15 Desatero bazální stimulace

Pravidla, která je nutno dodržovat při každé činnosti s klientem. (příloha č. 15)

2. Cíle práce a hypotézy

2.1 Cíle práce

Cíl1: Zjistit, zda sestry uplatňují prvky bazální stimulace v ošetrovatelské péči

Cíl2: Zjistit, jaké prvky bazální stimulace sestry používají v ošetrovatelské péči.

Cíl3: Zjistit, jak sestry vnímají účinnost prvků bazální stimulace.

2.2 Hypotézy práce

H1: Sestry používají prvky bazální stimulace v ošetrovatelské péči.

H2: V ošetrovatelské péči převažuje uplatňování prvků optické stimulace.

H3: Sestry vnímají aplikaci prvků bazální stimulace do ošetrovatelské péče jako efektivní.

3. Metodika

3.1 Použitá metoda sběru dat

Pro splnění cílů této bakalářské práce jsem použila metodu dotazování, techniku dotazníku. Cílovou skupinou byly zdravotní sestry v různých nemocnicích České republiky. Vlastní dotazník (příloha č. 17) se skládá ze 17 otázek. Statistické zpracování výsledků výzkumu do grafů a tabulek bylo provedeno tabulkovým procesorem Microsoft Excel, XP Professional.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Informace pro výzkum jsem získala od zdravotních sester v následujících nemocnicích: Nemocnice České Budějovice, Nemocnice Jindřichův Hradec, Vojenská nemocnice Olomouc, Fakultní nemocnice u sv. Anny, Nemocnice Třebíč, Fakultní nemocnice Plzeň, Nemocnice Český Krumlov, Nemocnice Havlíčkův Brod, Krajská nemocnice Pardubice a Nemocnice IKEM Praha-Krč. Výzkum byl prováděn na odděleních anesteziologicko-resuscitačním, chirurgickém, interním, neurologickém, psychiatrickém, na jednotce intenzivní péče a na oddělení následné péče. Po dohodě s hlavními sestrami nemocnic Českých Budějovic, Jindřichův Hradec, Olomouc, u sv. Anny a Třebíč jsem dotazníky předala vrchním sestram na pracovištích, kde souhlasily s vyplněním. V každé nemocnici jsem rozdala 25 dotazníků. Dalších 25 dotazníků jsem rozdala studentkám bakalářského a navazujícího magisterského studia Jihočeské univerzity, které již pracují v nemocnicích. Dotazník byl předložen celkem 150 sestram. Původní záměr byl rozdat 250 dotazníků, ale nenašla jsem potřebný počet pracovišť, kde byly ochotni vyplnit můj dotazník. Správné odpovědi v dotazníku měly být sestrami zakřížkovány, případně měly odpověď konkretizovat.

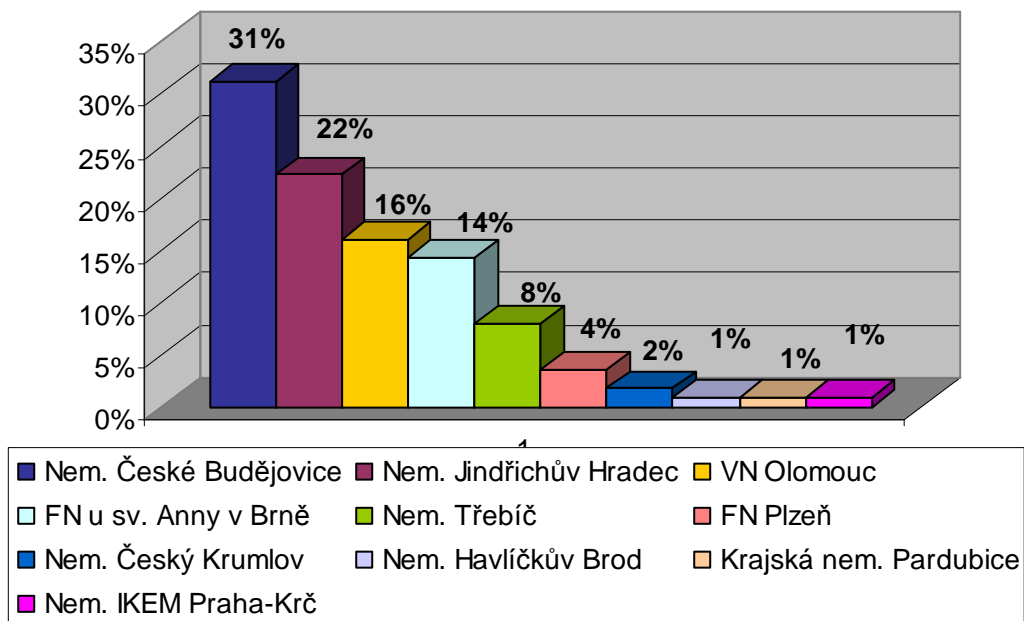
Z celkového počtu 150 rozdaných dotazníků se jich vrátilo celkem 112 správně vyplněných. Návratnost dotazníků činila 74,4 %.

Ze zjištěných údajů byly vytvořeny grafy či tabulky, které slouží k lepší orientaci ve faktech potvrzující nebo vyvracející cíle práce a hypotézy. Grafy jsou vyjádřeny procentuálně nebo v absolutních číslech a tabulky v absolutních číslech. Zpracování zjištěných údajů bylo provedeno z celkového počtu dotázaných sester.

4. Výsledky

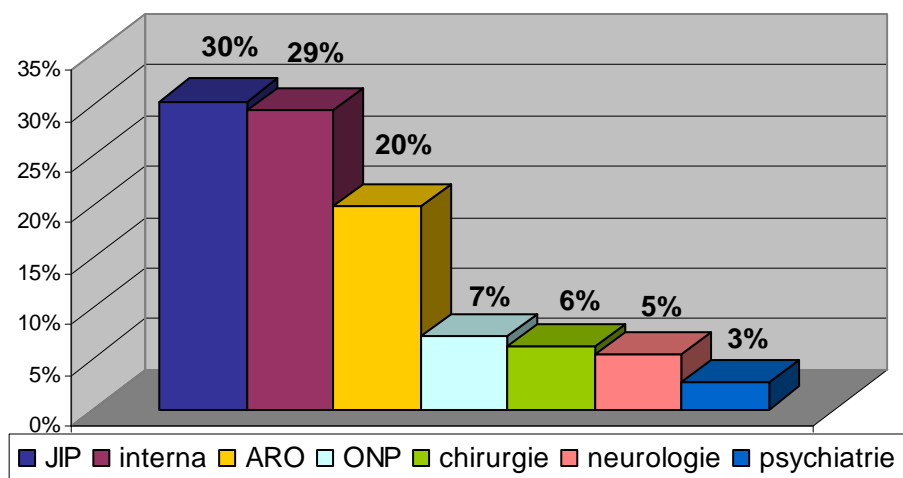
Zdroj všech grafů a tabulek vlastní.

Graf 1 Zastoupení nemocnic



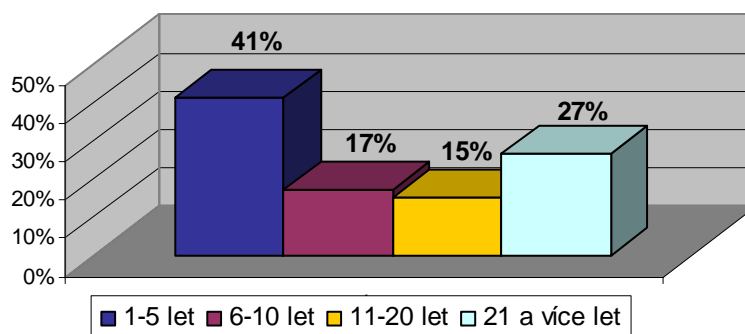
Z celkové počtu dotazníků 112 (100%) je 35 (31%) dotazníků z Nemocnice České Budějovice, 25 (22%) dotazníků z Nemocnice Jindřichův Hradec, 18 (16%) dotazníků z Vojenské nemocnice Olomouc, 16 (14%) dotazníků z Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně, 9 (8%) dotazníků z Nemocnice Třebíč, 4 (4%) dotazníky z Fakultní nemocnice Plzeň, 2 (2%) dotazníky z nemocnice Český Krumlov, z Nemocnice Havlíčkův Brod 1 dotazník (1%), z Krajské nemocnice Pardubice 1 (1%) dotazník a z Nemocnice IKEM Praha-Krč také 1 dotazník (1%).

Graf 2 Zastoupení oddělení



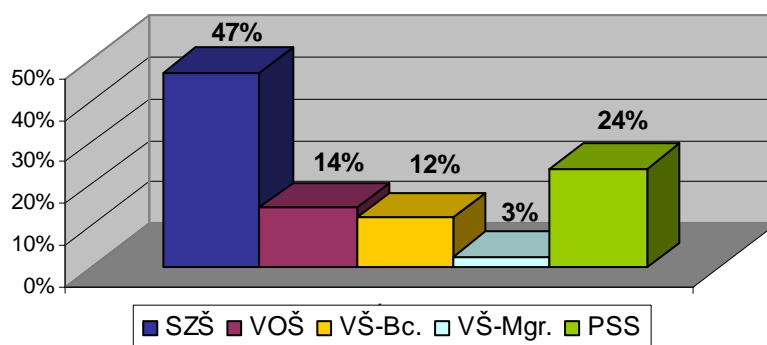
Z jednotek intenzivní péče je 34 (30%) respondentů, z interního oddělení 33 (29%) respondentů, z anesteziologicko-resuscitačního oddělení 21 (20%) respondentů, z oddělení následné péče 8 (7%) respondentů, z chirurgického oddělení 7 (6%) respondentů, z neurologického oddělení, 6 (5%) respondentů a z psychiatrického oddělení jsou 3 (3%) respondenti.

Graf 3 Délka praxe



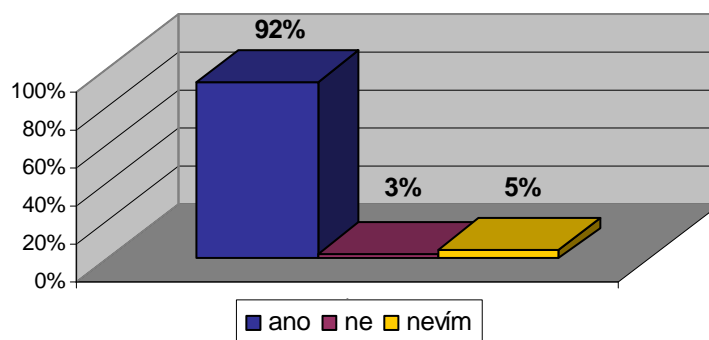
Soubor tvoří 46 sester s praxí 1-5 let, 30 (27%) sester s praxí 21 let a více, 19 (17%) sester s praxí 6-10 let a 17 (15%) sester s praxí mezi 11-20 lety.

Graf 4 Nejvyšší dosažené vzdělání



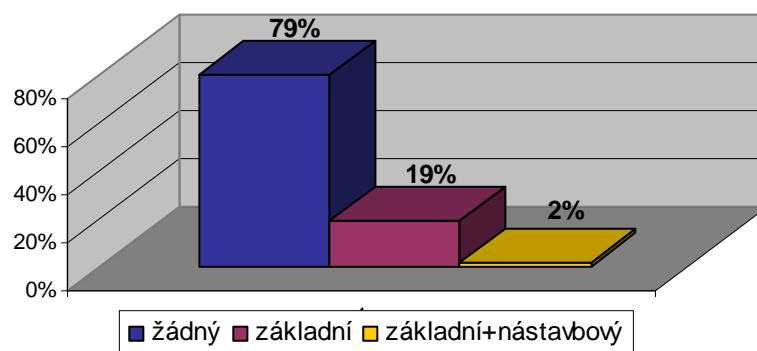
54 (47%) sester je se středoškolským vzděláním, 27 (24%) sester absolvovalo postgraduální studium, 16 (14%) sester má bakalářské vzdělání, 16 (12%) sester má ukončenou vyšší odbornou školu a 2 (3%) sestry absolvovaly magisterské studium.

Graf 5 Znalost pojmu bazální stimulace



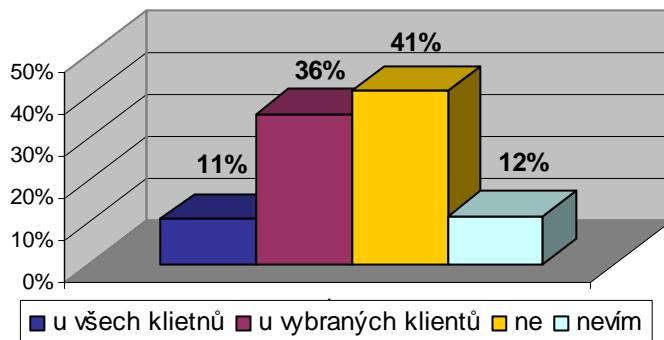
104 (92%) sester zná pojem BS, 5 (3%) sester pojem nezná a 3 sestry (5%) o tomto pojmu neví.

Graf 6 Absolvování kurzu bazální stimulace



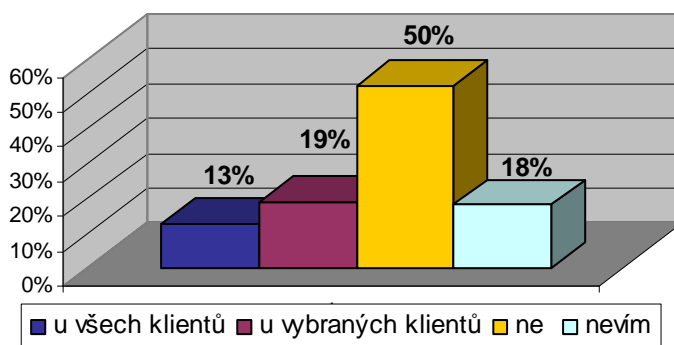
Žádného kurzu BS se nezúčastnilo 91 (79%) dotázaných, 9 (19%) jich absolvovalo základní kurz a 2 (2%) absolvovali základní i nástavbový kurzu BS.

Graf 7 Uplatnění prvků BS



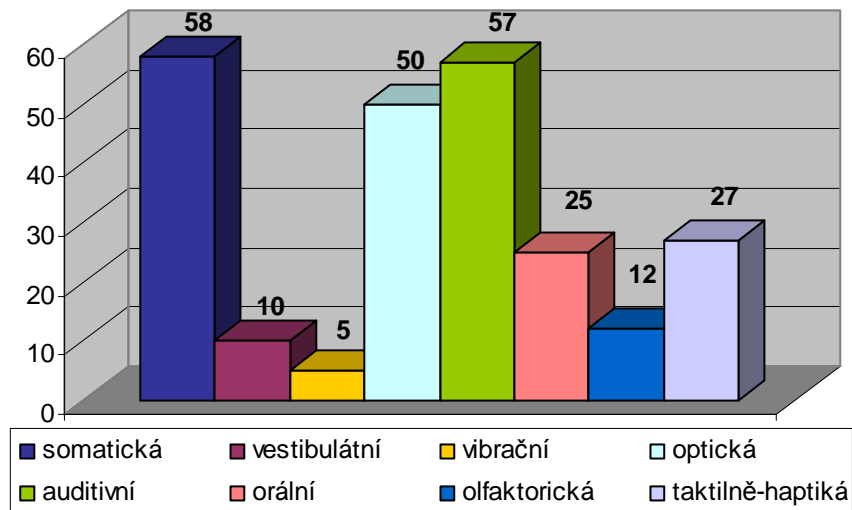
46 (41%) sester nezařazuje prvky BS do péče, 40 (36%) sester prvky zařazuje pouze u vybraných klientů a 12 (12%) sester je využívá v péči o všechny klienty a 13 (11%) sester neví, zda využívá prvků BS.

Graf 8 Získání autobiografické anamnézy



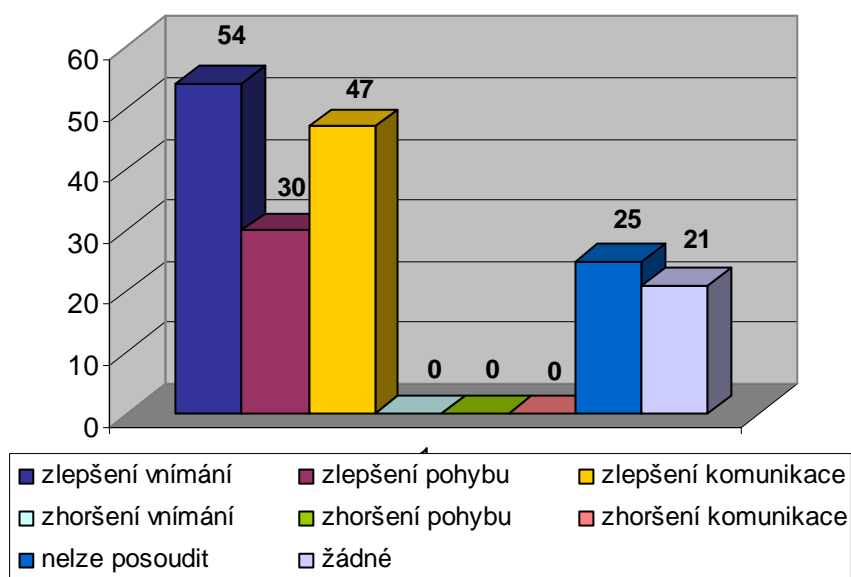
Autobiografickou anamnézu neodebírání 57 (50%) dotázaných sester, 21 (19%) sester anamnézu odebírání u vybraných klientů, 20 (18%) sester neví, zda autobiografickou anamnézu odebírání a 14 (13%) jí odebírání u všech klientů.

Graf 9 Nejčastěji používané stimulační



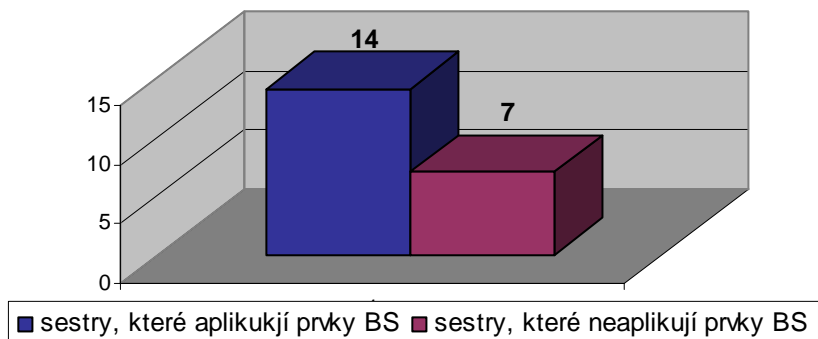
Použití somatické stimulační respondenti uvedli v 58 případech, auditivní stimulační 57krát, optickou stimulační 50krát, taktilně-haptickou stimulační 27krát, orální stimulační 25krát, olfaktorickou stimulační 12krát, vestibulární stimulační 10krát a vibrační stimulační 5krát. Sestry mohly označit v otázce č. 13 více odpovědí. Graf je uváděn v absolutních číslech.

Graf 10 Výsledky aplikace prvků BS



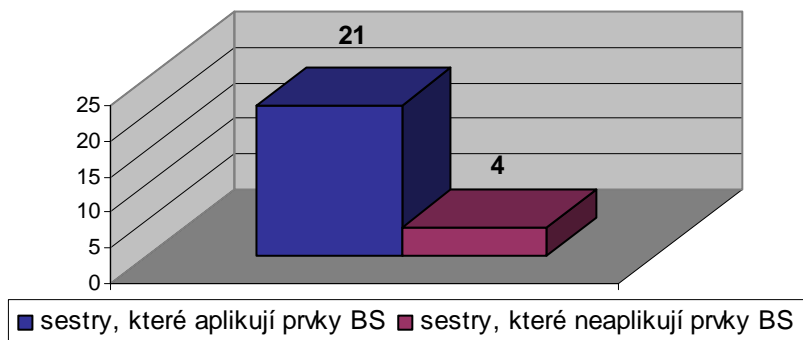
Sestry uvedly 54krát zlepšení vnímání, 47krát zlepšení komunikace a 30krát zlepšení pohybu. 25krát sestry označily odpověď žádné a 21 sester nedovedlo výsledky posoudit. Žádná ze sester se nesešla se zhoršením vnímání, pohybu nebo komunikace klienta. Sestry mohly označit v otázce č. 15 více odpovědí. Graf je uveden v absolutních číslech.

Graf 10.1 Výsledky aplikace prvků BS - „žádné“



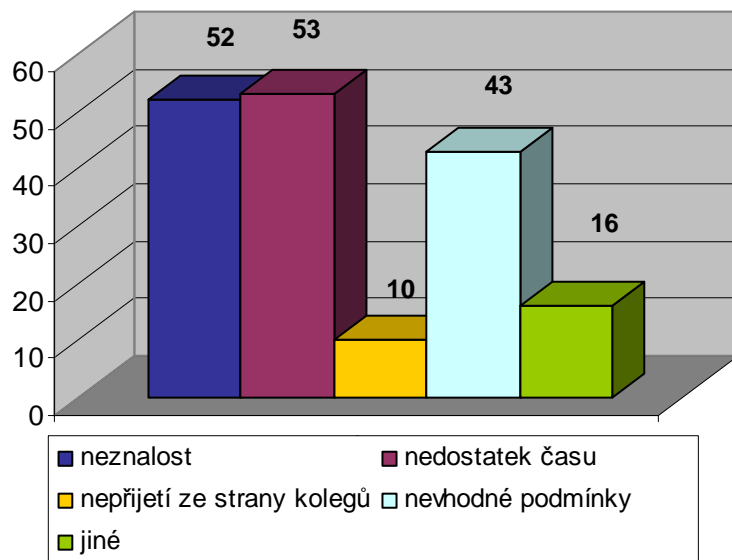
Celkem 21 sester nezaznamenalo žádné výsledky při aplikaci prvků BS do péče. Z toho je 14 sester, které prvky BS aplikují do péče a 7 sester, které prvky BS neaplikují do péče. Graf je uveden v absolutních číslech.

Graf 10.2 Výsledky aplikace prvků BS – „nedovedu posoudit“



Z celkového počtu sester (25), které zaškrtnly, že nedovedou posoudit výsledky aplikace prvků BS do ošetrovatelské péče je 21 sester, které prvky BS v ošetrovatelské péči využívá a 4 sestry, které prvky BS nevyužívá. Graf je uveden v absolutních číslech.

Graf 11 Důvody k nezařazení prvků BS



Nedostatek času byl uveden jako důvod k nezařazení prvků BS 53krát, neznalost 52krát, nevhodné podmínky 43krát, nepřijetí ze strany kolegů 10krát. Jiný důvod byl uveden 16krát. Jako jiné důvody byl uveden krátkodobý pobyt klientů na oddělení, celkem 6 odpovědí a dále neodpovídající diagnóza pro uplatnění prvků BS, celkem 10 odpovědí. 1 sestra uvedla, že není přesvědčena o účinnosti prvků BS a proto je do péče o klienty neaplikuje. Sestry mohly označit v otázce č. 17 více odpovědí. Graf je uveden v absolutních číslech.

Tabulka 1

SOMATICKÁ STIMULACE	
	počet odpovědí
<i>iniciální dotek</i>	58
<i>zklidňující koupel</i>	12
<i>povzbuzující koupel</i>	7
<i>polohování pomocí perličkových vaků</i>	35
<i>masáž stimulující dýchání</i>	24
<i>kontaktní dýchání</i>	8
<i>neurofyziologická stimulace</i>	11
<i>žádné</i>	35
<i>jiné</i>	0

Z výběru používaných prvků somatické stimulace byl iniciální dotek označen 58krát, polohování perličkovými vaky 35krát, masáž stimulující dýchání 24krát, zklidňující koupel 12krát, neurofyziologická stimulace 11krát, kontaktní dýchání 8krát a povzbuzující koupel 7krát. Žádné z uvedených prvků nevyužívá 35 dotázaných sester. Jiné možnosti prvků nebyly v dotazníku uvedeny.

Tabulka 2

VESTIBULÁRNÍ STIMULACE	
	počet odpovědí
<i>pohyby hlavou ze strany na stranu s fixací hlavy</i>	21
<i>tzv. pohyb ovesného klasu v ovesném poli</i>	3
<i>stimulace pomocí závěsného houpačího vaku</i>	2
<i>žádné</i>	88
<i>jiné</i>	0

Z prvků vestibulární stimulace byly jako používané označeny pohyby hlavou ze strany na stranu s fixací hlavy 21krát, tzv. pohyb ovesného klasu 3krát a stimulace pomocí závěsného vaku 2krát. 88 sester uplatňuje žádné prvky. Jiné možnosti nebyly uvedeny.

Tabulka 3

VIBRAČNÍ STIMULACE	
	počet opovědí
<i>pomocí elektrických vibračních přístrojů</i>	3
<i>pomocí vibračních lehátek nebo křesel</i>	5
<i>manuální vibrační stimulace</i>	17
<i>žádné</i>	89
<i>jiné</i>	0

Prvek manuální vibrační stimulace byl uveden 17krát, stimulace pomocí vibračních lehátek 5krát a pomocí elektrických vibračních přístrojů 3krát 89 sester nevyužívá žádných z prvků. Jiné možnosti prvků nebyly v dotazníku uvedeny.

Tabulka 4

OPTICKÁ STIMULACE	
	počet odpovědí
<i>umístění osobních fotografií do zorného pole</i>	63
<i>umístění hodin do zorného pole</i>	39
<i>odlišení zdí od stropu celobarevnou zdí</i>	17
<i>žádné</i>	37
<i>jiné</i>	
<i>osobní věci v zorném poli, př.-růženec</i>	3
<i>obrazce na stropě</i>	1
<i>kreslené obrázky od dětí, vnoučat</i>	3
<i>televize v zorném poli</i>	1

V 63 případech bylo uvedeno umístění osobních fotografií do zorného pole, 39 sester uvedlo umístění hodin do zorného pole a 17 sester zaškrtnulo odlišení zdí od stropu. Z jiných možností sestry 3krát uvedly osobní věci v zorném poli, 1krát obrazce na stropě, 3krát kreslené obrázky od dětí či vnoučat a 1krát televizi v zorném poli. Žádné z prvků nevyužívá 37 sester.

Tabulka 5

AUDITIVNÍ STIMULACE		počet odpovědí
<i>pouštění oblíbených pořadů v televizi</i>		43
<i>pouštění oblíbené hudby nebo rozhlasové stanice</i>		71
<i>používání analogových karet</i>		2
<i>hra na hudební nástroj</i>		1
<i>Zpěv</i>		5
<i>žádné</i>		29
<i>jiné</i>	<i>audionahrávky rodiny</i>	1

43 sester pouští klientům oblíbené pořady v televizi, 5 sester používá zpěv k auditivní stimulaci, 2 sestry analogové karty a 1 sestra hru na hudební nástroj. Z jiných možností uvedla 1 sestra audionahrávky rodiny. Žádné z prvků nevyužívá 29 sester.

Tabulka 6

ORÁLNÍ STIMULACE		počet odpovědí
<i>chuťové mulové váčky</i>		11
<i>molitanové štětičky s chuťovým vjemem</i>		24
<i>molitanové štětičky s oblíbeným chuťovým vjemem</i>		12
<i>žádné</i>		73
<i>jiné</i>	<i>kartáček a zubní pasta</i>	2
	<i>vatové štětičky s borglycerinem</i>	1
	<i>domácí oblíbená strava</i>	1

24 sester používá molitanové štětičky s chuťovým vjemem a 12 sester štětičky s oblíbeným chuťovým vjemem, 11 sester využívá mulové váčky. Z jiných možností byl 2krát uveden kartáček a zubní pasta, 1krát vatové štětičky s borglycerinem a 1krát domácí oblíbená strava. Žádné z prvků orální stimulace nevyužívá 73 sester.

Tabulka 7

OLFAKTORICKÁ STIMULACE	
	počet odpovědí
<i>stimulace vonnými svíčkami</i>	4
<i>stimulace vůní oblíbených jídel</i>	14
<i>stimulace vůní z pracovního prostředí</i>	4
<i>stimulace vůní osobních potřeb</i>	33
<i>žádné</i>	68
<i>jiné</i>	0

Stimulaci vůní osobních potřeb využívá 33 sester, stimulaci vůní oblíbených jídel 14 sester, stimulaci vonnými svíčkami 4 sestry a stimulaci vůní z pracovního prostředí 4 sestry. Žádné z prvků nevyužívá 68 sester. Jiné možnosti prvků nebyly uvedeny.

Tabulka 8

TAKTILNĚ-HAPTICKÁ STIMULACE	
	počet odpovědí
<i>předměty užívané k výkonu povolání</i>	16
<i>předměty spojené s hobby</i>	9
<i>oblíbenými předměty, talismany</i>	51
<i>osobními předměty</i>	47
<i>žádné</i>	42
<i>jiné</i> <i>pomocí molitanových míčků</i>	1

Stimulaci oblíbenými předměty a talismany označilo celkem 51 sester, 47 sester ke stimulaci používá osobní předměty klienta, 16 sester používá předměty užívané k výkonu povolání a 9 sester předměty spojené s klientovým hobby. Z jiných možností byla 1 sestrou uvedena stimulace pomocí molitanových míčků. Žádné z prvků nevyužívá 42 sester.

Tabulka 9

Nejčastěji používané prvky BS - 1. místo	počet odpovědí
<i>iniciální dotek</i>	31
<i>pouštění oblíbené hudby nebo rozhlasové stanice</i>	18
<i>pouštění oblíbených pořadů v televizi</i>	12
<i>umístění fotografií do zorného pole</i>	12
<i>umístění hodin do zorného pole</i>	7
<i>polohování perličkovými vaky</i>	7
<i>stimulace osobními předměty</i>	4
<i>odlišení zdí od stropu celobarevnou zdí</i>	4
<i>stimulace oblíbenými předměty, talismany</i>	3
<i>masáž stimulující dýchání</i>	2
<i>povzbuzující koupel</i>	2
<i>zklidňující koupel</i>	1
<i>kontaktní dýchání</i>	1
<i>stimulace oblíbenou domácí stravou</i>	1
<i>obrazce na stropě</i>	1
<i>stimulace předměty k výkonu povolání</i>	1
<i>chuťové mulové váčky</i>	1
<i>molitanové štětičky s chuťovým vjemem</i>	1
<i>molitanové štětičky s oblíbeným chuťovým vjemem</i>	1

Na prvním místě v používanosti jednotlivých prvků byl uveden iniciální dotek 31krát, pouštění oblíbené hudby či rozhlasové stanice 18krát, pouštění oblíbených pořadů v televizi 12krát, umístění fotografií do zorného pole 12krát, umístění hodin do zorného pole 7krát, polohování perličkovými vaky 7krát, stimulace osobními předměty 4krát, stimulace oblíbenými předměty 3krát a masáž stimulující dýchání 2krát. Zbývající uvedené prvky na první místo uvedla vždy jedna z dotazovaných sester.

Tabulka 10

Nejčastěji používané prvky BS- 2. místo	počet odpovědí
<i>pouštění oblíbené hudby nebo rozhlasové stanice</i>	15
<i>umístění fotografií do zorného pole</i>	15
<i>polohování perličkovými vaky</i>	13
<i>umístění hodin do zorného pole</i>	8
<i>iniciální dotek</i>	7
<i>pouštění oblíbených pořadů v televizi</i>	5
<i>stimulace oblíbenými předměty, talismany</i>	3
<i>zklidňující koupel</i>	3
<i>neurofyziologická stimulace</i>	1
<i>stimulace vůní osobních potřeb</i>	1
<i>chuťové mulové váčky</i>	1
<i>molitanové stětičky s chuťovým vjemem</i>	1
<i>molitanové stětičky s oblíbeným chuťovým vjemem</i>	1
<i>stimulace vonnými svíčkami</i>	1
<i>stimulace osobními předměty</i>	1
<i>obrázky od dětí v zorném poli</i>	1
<i>Manuální vibrační stimulace</i>	1
<i>Zpěv</i>	1
<i>odlišení zdí od stropu celobarevnou zdí</i>	1

Prvky pouštění oblíbené hudby či rozhlasové stanice a umístění fotografií do zorného pole byly doplněny na druhé místo 15krát. 13krát se na druhém místě objevilo polohování perličkovými vaky. Umístění hodin do zorného pole klienta bylo uvedeno 8krát, iniciální dotek 7krát, pouštění oblíbených pořadů v televizi 5krát, stimulace oblíbenými předměty 3krát a zklidňující koupel rovněž 3krát. Ostatní uvedené prvky v tabulce na druhé místo doplnila vždy jedna sestra.

Tabulka 11

Nejčastěji používané prvky BS - 3. místo	počet odpovědí
pouštění oblíbené hudby nebo rozhlasové stanice	15
umístění fotografií do zorného pole	9
Stimulace oblíbenými předměty, talismany	8
umístění hodin do zorného pole	6
iniciální dotek	4
pouštění oblíbených pořadů v televizi	4
polohování perličkovými vaky	4
molitanové stětičky s chuťovým vjemem	2
molitanové stětičky s oblíbeným chuťovým vjemem	2
stimulace vůní osobních potřeb	2
masáž stimulující dýchání	2
pohyby hlavou ze strany na stranu s fixací hlavy	2
povzbuzující koupel	1
odlišení zdí od stropu celobarevnou zdí	1
chuťové mulové váčky	1
stimulace osobními předměty	1
stimulace oblíbeným domácím jídlem	1
analogové karty	1
manuální vibrační stimulace	1

Na 3. místo bylo doplněno pouštění oblíbené hudby nebo rozhlasové stanice celkem od 15 sester. Umístění fotografií do zorného pole uvedlo 9 sester. Stimulace oblíbenými předměty doplnilo 8 sester, umístění hodin do zorného pole klienta 6 sester, iniciální dotek 4 sestry, pouštění oblíbených pořadů v televizi 4 sestry a polohování pomocí perličkových vaků uvedly také 4 sestry. Stimulace vůní osobních potřeb, masáž stimulující dýchání a pohyby hlavou ze strany na stranu bylo uvedeno vždy 2 sestrami. Po jedné odpovědi získaly prvky povzbuzující koupel, odlišení zdí od stropu, mulové váčky, stimulace osobními předměty, stimulace oblíbeným jídlem, analogové karty a manuální vibrační stimulace .

Tabulka 12

Nejčastěji používané prvky BS - 4. místo	počet odpovědí
<i>stimulace osobními předměty</i>	7
<i>stimulace oblíbenými předměty, talismany</i>	5
<i>pouštění oblíbené hudby nebo rozhlasové stanice</i>	4
<i>stimulace vůní osobních potřeb</i>	3
<i>pouštění oblíbených pořadů v televizi</i>	3
<i>molitanové štětičky s chuťovým vjemem</i>	3
<i>umístění fotografií do zorného pole</i>	3
<i>iniciální dotek</i>	2
<i>umístění hodin do zorného pole</i>	2
<i>polohování perličkovými vaky</i>	2
<i>chuťové mulové váčky</i>	1
<i>manuální vibrační stimulace</i>	1
<i>stimulace kartáčkem na zuby</i>	1
<i>stimulace oblíbeným domácím jídlem</i>	1
<i>zklidňující koupel</i>	1
<i>molitanové štětičky s chuťovým vjemem</i>	1

Stimulaci osobními předměty doplnilo 7 sester, stimulaci oblíbenými předměty 5 sester, pouštění oblíbené hudby 4 sestry, stimulace vůní osobních potřeb 3 sestry, pouštění oblíbených pořadů v televizi 3 sestry, molitanové štětičky s chuťovým vjemem 3 sestry a umístění fotografií do zorného pole 3 sestry. 2krát byly doplněny prvky iniciální dotek, umístění hodin do zorného pole a polohování perličkovými vaky. Zbývající prvky uvedené v tabulce, na 4. místo umístila vždy jedna sestra.

Tabulka 13

Nejčastěji používané prvky BS - 5. místo	počet odpovědí
<i>stimulace oblíbenými předměty, talismany</i>	7
<i>molitanové štětičky s chuťovým vjemem</i>	3
<i>stimulace osobními předměty</i>	3
<i>iniciální dotek</i>	2
<i>pouštění oblíbených pořadů v televizi</i>	2
<i>masáž stimulující dýchání</i>	2
<i>neurofyziologická stimulace</i>	1
<i>stimulace vonnými svíčkami</i>	1
<i>pohyby hlavou ze strany na stranu s fixací hlavy</i>	1
<i>pouštění oblíbené hudby nebo rozhlasové stanice</i>	1
<i>stimulace vůní osobních potřeb</i>	1
<i>zpěv</i>	1
<i>stimulace předměty k výkonu povolání</i>	1
<i>umístění fotografií do zorného pole</i>	1
<i>polohování perličkovými vaky</i>	1
<i>umístění hodin do zorného pole</i>	1
<i>stimulace předměty spojené s hobby</i>	1
<i>stimulace elektrickými vibračními přístroji</i>	1

Stimulace oblíbenými předměty uvedlo 7 sester, molitanové štětičky s chuťovým vjemem doplnily 3 sestry a taktéž 3 sestry doplnily stimulaci osobními předměty. Po dvou odpovědích mají prvky iniciální dotek, pouštění oblíbených pořadů v televizi a masáž stimulující dýchání. Zbývají prvky BS uvedené v tabulce byly zařazeny na 5. místo vždy jednou sestrou.

Tabulka 14

Prvky Bazální stimulace	Výsledky používání prvků BS	počet odpovědí
iniciální dotek	upoutání pozornosti klienta	3
polohování perličkovými vaky	kůže bez defektů, vyšší stupeň komfortu klienta	1
kontaktní dýchání	lepší kvalita dechu	1
používání osobních věcí klienta	lepší nálada klienta, vyšší stupeň komfortu pro klienta	1
umístění fotek do zorného pole	upoutání pozornosti klienta, potřeba se fotek dotknout, motivace k pohybu	1
podávání oblíbených domácích jídel	zlepšení chuti klienta	1
známé věci v zorném poli	motivace k pohybu, potřeba je poznat, ohmatat si je	1

Při aplikaci iniciálního doteku 3 sestry zaznamenaly upoutání pozornosti klientů. Při polohování perličkovými vaky 1 sestra uvedla jako výsledek své činnosti kůži bez defektů a dosažení vyššího stupně komfortu klienta. 1 sestra se setkala při použití kontaktního dýchání u klientů se zlepšením kvality jejich dechu. Při používání osobních věcí v péči o klienty 1 sestra uvedla jako výsledek lepší náladu a dosažení vyššího stupně komfortu pro klienty. Umístění fotek do zorného pole 1 sestra dospěla k upoutání pozornosti klientů a motivovala je k pohybu. 1 sestra do výsledků při podávání oblíbených domácích jídel uvedla zlepšení chuti klientů. Umístění známých věcí do zorného pole vedla k motivaci k pohybu, potřeby věci poznat a ohmatat si je. Tento výsledek rovněž uvedla 1 sestra.

Tabulka 15

Bazální stimulace	Výsledky používání jednotlivých druhů stimulací	počet odpovědí
somatická stimulace	zlepšení orientace v místě, času a prostoru	6
	zlepšení reakcí klienta z reflexivních na vyšší úroveň	1
auditivní stimulace	zlepšení orientace v místě, času a prostoru, lepší spolupráce s klientem, lepší nálada klienta	2
optická stimulace	zlepšení orientace v místě, času a prostoru, lepší spolupráce s klientem, lepší nálada klienta	2
orální stimulace	zlepšení chuti v ústech	1

Aplikace somatické stimulace do péče vedla ke zlepšení orientace klientů, tento výsledek uvedlo 6 sester. 1 sestra při použití somatické stimulace zaznamenala zlepšení reakce klientů z reflexivních na vyšší úroveň. 2 sestry při používání auditivní stimulace uvedly jako výsledek své činnosti zlepšení orientace, zlepšení spolupráce s klientem a zlepšení nálady. Se stejnými výsledky se 2 sestry setkaly při aplikaci optické stimulace. Orální stimulace vedla ke zlepšení chuti v ústech. Tento výsledek v dotazníku uvedla 1 sestra.

Tabulka 16

Celkové vnímání účinnosti konceptu BS	počet odpovědí
postupné zlepšení stupně vnímání klienta	3
zklidnění klienta	3
lepší nálada klienta	3
získání důvěry	2
navázání přátelského vztahu mezi sestrou a klientem	2
lepší spolupráce s klientem	2
motivace k uzdravení se a k návratu do domácího prostředí	1

3krát respondenti uvedli zlepšení stupně vnímání, zklidnění a zlepšení nálady klienta. Získání důvěry, navázání přátelského vztahu mezi sestrou a klientem a zlepšení spolupráce s klientem bylo ve výsledcích uvedeno 2krát. Jedna sestra uvedla jako výsledek své činnosti motivaci klienta k uzdravení se a k návratu do domácího prostředí. Sestry měly možnost v otázkách, jejichž výsledky jsou znázorněny v tabulkách, označit více odpovědí. Výsledky tabulek jsou uvedeny v absolutních číslech.

5. Diskuse

Téma práce sledovalo, uplatnění prvků bazální stimulace v ošetrovatelské péči, které prvky jsou používány nejčastěji a jakých výsledků bylo dosaženo jejich zařazením do péče.

Dotazníkového šetření se zúčastnilo celkem 112 sester různých nemocnic České republiky. Výzkum byl prováděn na pracovištích, na kterých není koncept bazální stimulace součástí běžné ošetrovatelské péče a oddělení nejsou na seznamu akreditovaných pracovišť, které provádějí BS. Tento seznam lze nalézt na stránkách Institutu BS www.bazalni-stimulace.cz (kapitola 1.9). Uváděné výsledky výzkumu nejsou zaměřeny na jednotlivé nemocnice, ale snaží se popsat způsoby a techniky poskytované ošetrovatelské péče z celého výzkumného souboru.

Prvním zjištěním byla znalost dotazovaných sester pojmu bazální stimulace. Ze 112 sester pojem znalo 104 sester, 5 sester pojem neznalo a 2 sestry označily odpověď, „nevím“. Myslím si, že je to velmi dobrý výsledek, protože od první zmínky o bazální

stimulaci neuplynula příliš dlouhá doba. Poprvé informovala českou ošetrovatelskou veřejnost o konceptu bazální stimulace v roce 2000 Karolína Friedlová. Článek vyšel v časopisu Sestra. Znalosti pojmu BS je vysoká. Další výsledky ovšem naznačují reálnou situaci použití BS v praxi.

Dále sestry odpovídaly na otázku, zda absolvovaly kurz BS. Po sečtení odpovědí se ukázalo, že 91 sester se nezúčastnilo žádného z kurzů BS, 9 sester prošlo základním kurzem BS a 2 sestry absolvovaly základní i nástavbový kurz. Všechny sestry, které prošly nějakým z kurzů BS zařazují prvky BS do péče o klienty. Z dotazníku nelze zjistit, zda je uplatňovaly již před kurzem nebo je do péče zařadily až po kurzu, ale lze předpokládat, že právě kurz jim poskytl návod jak zefektivnit jejich práci. Lze to usuzovat z faktu, že některé z prvků BS, které označily v dotazníku (např. neurofyziologická stimulace, masáž stimulující dýchání nebo zklidňující koupel), jsou prvky technicky náročnější a je třeba k jejich zvládnutí kontinuální trénink a odborné vedení. Je potěšujícím zjištěním, že sestry, které mají kurz BS, dokázaly uvést své získané vědomosti a schopnosti do praxe. Protože zavádění „novot“ a snaha o změnu myšlení ostatních bývá často „velký oříšek“.

Prvním cílem této práce bylo zjistit zda dotazované sestry uplatňují prvky BS v ošetrovatelské péči. Hypotéza k tomuto cíli zněla: Sestry používají prvky Bazální stimulace v ošetrovatelské péči. V dotazníku 46 sester uvedlo, že prvky v péči neuplatňuje, 40 sester odpovědělo, že prvky zařazuje pouze u vybraných klientů a 12 sester je využívá v péči o všechny klienty. 13 sester označilo odpověď „nevím“. Tato otázka byla záměrně umístěna před otázkami k uplatňování prvků jednotlivých druhů stimulací. Sestry, které odpověděly, že neuplatňují žádné z prvků BS nakonec ve zbývajících otázkách přeci jenom označily některé z uvedených prvků a tím se celkový počet sester neuplatňujících prvky BS zmenšil na pouhých 11. Důvodem tohoto faktu vidím, že sestry ve své práci často nevědomě a zcela automaticky používají prvky BS. Většinou jsou to prvky méně technicky náročné (např. fotografie v zorném poli, pouštění oblíbených pořadů atd.). Myslím si ovšem, že pokud není činnost sestry vědomá a cílená, nemůže být ani efektivní. První hypotéza byla potvrzena.

Následujícím krokem v dotazníkovém šetření bylo zjistit, zda sestry u klientů, které mají v péči, odebírají autobiografickou anamnézu jako základ pro poskytování BS. Z celkového počtu dotázaných sester byla nejpočetnější skupina sester, která autobiografickou anamnézu klienta neodebírání, celkem 57 dotázaných sester, 21 sester anamnézu odebírá u vybraných klientů a 20 sester neví, zda autobiografickou anamnézu odebírá. Nejméně početnou skupinu tvořily sestry, která autobiografickou anamnézu odebírají u všech klientů, celkem uvedlo 14 sester (graf 8). Nejsm si jistá, zda uvedené výsledky odpovídají skutečnosti. Domnívám se, že některé sestry zaměnily běžnou ošetrovatelskou anamnézu, která se dle standardů odebírá na většině pracovišť a autobiografickou anamnézu dle konceptu BS. Mezi nimi je totiž zásadní rozdíl a bez kvalitně odebrané biografie klienta by nemohl být koncept v péči správně použit. Pro porovnání jsou obě anamnézy uvedeny v příloze (příloha č. 4 a č. 5). Dále lze vyvodit, že sestry, které neodebírají biografii klienta a přesto aplikují prvky do péče, nečiní tak dle pravidel BS, protože: „Předpokladem integrace prvků konceptu bazální stimulace do péče o klienty je znalost jejich životních návyků, zvyků a prožitků (Friedlová, 2006)“. Tyto výsledky vedou opět k pochybnostem o efektivnosti činností sester.

Druhým cílem práce bylo zjistit, jaké prvky BS sestry používají v ošetrovatelské péči. Ve výzkumu se dále zabývám používáním prvků jednotlivých druhů stimulací.

Ze somatické stimulace byl nejpoužívanější iniciální dotek, celkem byl označen 58 sestrami. Patří mezi nejméně náročné prvky, ale i on musí být správně aplikován, aby byl efektivní. Ráda bych připomenula, že u iniciálního doteku je důležité, aby byl aplikován vždy na stejném místě a byl doprovázen verbálně. Stejně jako u ostatních ani u iniciálního doteku nemohu posoudit, zda ho sestry používají odpovídajícím způsobem.

Druhým nejpoužívanějším prvkem ze somatické stimulace bylo polohování pomocí perličkových vaků, používá ho 38 z dotázaných sester. Sama jsem se v praxi setkala na několika pracovištích s využíváním těchto polohovacích pomůcek a jsem přesvědčena že jejich používání je pro sestry pohodlnější než s běžnými polohovacími pomůckami a klientovi je poskytnut větší komfort. Nejde však jen o pohodlí a snadnější manipulaci, ale správným polohováním docílíme stabilizaci vnímání tělesného

schématu a lepšího vnímání prostoru kolem. S tímto výsledkem se ovšem žádná sestra nesešla nebo ho alespoň nevedla v dotazníku (tabulka 14).

O vestibulární stimulaci se více dozvídáme z tabulky 2. Z prvků vestibulární stimulace používá nejvíce sester pohyby hlavou ze strany na hlavu s fixací hlavy. Celkem tento prvek používá 21 sester. Z vibrační stimulace (tabulka 3) je nejvíce používána manuální vibrační stimulace, kterou používá 17 sester. Obě tyto stimulace se provádějí za účelem zlepšení vnímání. I když to jsou stimulace se základními prvky nejsou sestrami příliš využívány. Ze všech stimulací jsou do péče zařazovány nejméně. Myslím si, že to může z velké míry ovlivnit výsledky, kterých sestry dosahují aplikací prvků BS do péče. Klienti, kteří trpí vážnými změnami v oblasti vnímání jsou totiž schopni přijímat prvky nastavbové až když je jejich vnímání posunuto na určitou úroveň (4).

Hypotéza stanovená k druhému cíli zněla: V ošetrovatelské péči převažuje uplatňování prvků optické stimulace. Optickou stimulaci lze provádět mnoha způsoby, nejčastěji používaný prvek je umístění fotografií do zorného pole klienta. Celkem bylo v dotazníku uvedeno 63 sestrami. Umístění hodin označilo 39 sester. Celkově optická stimulace obsadila třetí místo v nejčastěji používaných stimulacích (graf č. 9). Hypotéza číslo dvě byla vyvrácena.

Z auditivní stimulace je nejčastěji pouštěna klientům jejich oblíbená hudba či rozhlasová stanice, celkový počet odpovědí byl 71. Prvek pouštění oblíbených pořadů v televizi získal 43 odpovědí. Při výběru hudby nebo pořadů v televizi je důležité dbát na biografii klienta, na jeho případné poruchy sluchu a používání kompenzačních pomůcek. Neměli bychom zapomenout, že pokud je klientovi stimulace nabízena kontinuálně a bez výběru, zvykne si na ní a není již pro něj podnětná (4). Přestože sestry odpověděly, že pouští klientům *oblíbenou* hudbu či pořad, tím že v předešlé otázce označily, že neodebírají biografii klienta, je to tvrzení zpochybněno. Mohly se sice informovat slovně (u klientů kteří jsou schopni verbálně komunikovat nebo od příbuzných), ale získanou informaci je nutné zdokumentovat, aby s touto informací mohly pracovat i ostatní sestry. Auditivní stimulace je podle výzkumu nejpoužívanější stimulací (graf č. 9).

Z orální stimulace používá 24 sester molitanové štětíčky s chuťovým vjemem bez výběru dle anamnézy a molitanové štětíčky s oblíbeným chuťovým vjemem zvoleným na základě biografie používá 12 sester. Z tohoto vyplývá, že ve více případech není při výběru chuťového vjemu zohledněna biografie (tabulka 6). Molitanová štětíčka je praktickou jednorázovou pomůckou, kterou lze využít v intenzivní péči i k hygieně dutiny ústní (příloha č. 12).

Z olfaktorické stimulace využívá nejvíce sester stimulaci vůní osobních potřeb, celkem tak odpovědělo 33 sester. V nabídce prvků BS olfaktorické stimulace byla uvedena i stimulace vonnými svíčkami, kterou označily 4 sestry. Taková stimulace se ovšem nedoporučuje. Na delší dobu působící vůni si člověk zvykne a po chvíli jí přestává vnímat. Nedojde tak ke stimulaci vnímání (4).

K taktilně-haptické stimulaci nejvíce sester využívá stimulaci oblíbenými předměty a talismany, celkem 51 sester. Tento prvek nemůže být použit bez spolupráce rodiny a biografie klienta (kapitola 1.14).

Prvky, které používá nejvíce z dotazovaných sester jsou prvky technicky nenáročné a aby mohly být zařazeny do péče není třeba zvláštních kurzů. Často je sestry zařazují do péče aniž by „něco“ věděly o konceptu bazální stimulace. Ovšem, aby bylo dosaženo žádoucího výsledku, měly by dodržovat pravidla, která jsou uvedena, jak v této práci, tak v dostupné literatuře k BS (viz. seznam použité literatury). Měly by pracovat s biografií klienta a do péče aktivně zapojit rodinu.

Třetím cílem bylo zjistit, jak sestry vnímají účinnost prvků BS. Hypotéza k tomuto cíli zněla: Sestry vnímají aplikaci prvků bazální stimulace do ošetrovatelské péče jako efektivní. Na otázku s jakými výsledky se sestry setkaly při aplikaci prvků BS do ošetrovatelské péče 54 sester označilo možnost zlepšení vnímání klienta. Zlepšení komunikace klienta uvedlo 47 sester a zlepšení pohybu zaznamenalo 30 sester. 25 sester nedovedlo výsledky posoudit a 21 sester se s žádnými výsledky neseťkala. Sestry, které označily odpověď „nedovedu“ posoudit a „žádné“, jsem v grafech (graf 10.1 a 10.2) ještě rozdělila na ty sestry, které prvky aplikují do péče a na sestry, které prvky BS neaplikují do péče. Žádná z dotazovaných sester se neseťkala se zhoršením vnímání, pohybu nebo komunikace klienta. Hypotéza se tak potvrdila. Z uvedeného vyplývá, že

jsou změny k lepšímu a zvyšuje se spokojenost s používáním BS a to i přesto, že tento koncept není zapracován na zkoumaných pracovištích do ošetrovatelského procesu. Můžeme se ptát, jaký by byl výsledek péče při běžném používání všemi členy týmu.

Výsledek činnosti může být ovlivněn mnoha faktory. Množstvím prvků, které jsou do péče zapojeny, dodržováním pravidel atd. Je také možné, že sestry, které se nesetkaly s žádnými výsledky nebo je nedovedly posoudit jen nevěděly a nevěšily si změny ve vnímání klienta, jeho komunikaci či změně chování. Tyto změny můžou být totiž zcela nepatrné a je třeba jim věnovat zvýšenou pozornost. Každá sestra by měla znát následky své činnosti, jak je uvedeno v etickém kodexu sestry (příloha č. 19). A to že je některé sestry neznají nasvědčuje i fakt, že v dotazníku, kde měly sestry popsat vlastními slovy výsledky nejčastěji používaných prvků BS celých 84 sester nic nedoplnilo.

Dotazník jsem ještě doplnila o zjištění, proč sestry nezapojují některé z prvků BS do ošetrovatelské péče. Důvod pro nezařazení BS prvků do péče o klienty sestry nejčastěji uvedly nedostatek času, celkem 53 sester. Dalším důvodem byla neznalost, uvedlo 52 sester. Z tohoto výsledku je zřejmé, že většina sester zná pojem BS, ale vlastní techniky konceptu již nezná. 43 sester vidí jako důvod nevhodné podmínky. Nepřijetí ze stran kolegů celkem zaškrtno 10 sester. 17 sester uvedlo jiné důvody. Jako jiné důvody byl uveden krátkodobý pobyt klientů na oddělení, celkem 6 odpovědí. Pokud klient setrvá na oddělení jen krátkou dobu a je vhodné u něj zapojit prvky BS, není důvodu proč by se nemohlo začít s konceptem pracovat a oddělení kam je klient poté přeložen může v práci pokračovat. Je třeba klienta předávat i s veškerými informacemi o jeho zdravotním stavu, jeho zachovalých schopnostech atd. První pracoviště tak může připravit klienta na další stimulaci ve které se bude pokračovat po přeložení. Klient má dle práv pacientů právo na kontinuální a odbornou péči (příloha č. 16).

Neodpovídající diagnóza pro uplatnění prvků BS, celkem 10 odpovědí, byl dalším důvodem proč sestry neuplatňují prvky BS do péče. Domnívám se, že právě oddělení na kterých pracují dotazované sestry jsou vhodnými místy pro uplatnění prvků BS a

diagnózy klientů alespoň některých z nich jsou odpovídající pro zapojení konceptu v péči o ně.

„Koncept BS má za sebou fázi dokazování a přesvědčování v 70. a 80. letech minulého století. Nyní se nacházíme v období zavádění do praxe a realizace (Friedlová, 2006)“. Sestry již ví, že existuje koncept BS, ale musí se ještě zvýšit počet sester, které ho umějí v praxi správně použít.

6. Závěr

Práce se zabývala problematikou bazální stimulace, jejích druhů a prvků, jako možnost zkvalitnění péče o klienta.

Cílem práce bylo zjistit, zda sestry uplatňují prvky BS v ošetrovatelské péči. Hypotéza k prvnímu cíli zněla: Sestry uplatňují prvky bazální stimulace v ošetrovatelské péči. Cíl byl splněn. Hypotéza byla potvrzena. Druhým cílem bylo zjistit, které z prvků BS sestry aplikují do ošetrovatelské péče. Cíl práce byl splněn. Stanovená hypotéza k druhému cíli, v ošetrovatelské péči převažuje uplatňování prvků optické stimulace, byla vyvrácena. Třetím cílem práce bylo zjistit, jak vnímají sestry účinnost aplikace prvků do ošetrovatelské péče. Třetí hypotéza zněla: Sestry vnímají aplikaci prvků BS do péče jako efektivní. Tato hypotéza byla potvrzena.

Práce může být použita jako studijní materiál pro bakalářský i navazující magisterský obor Ošetrovatelství. Je určena zdravotním sestřám a všem, kteří pracují s klienty trpícími nejrůznějšími změnami v oblasti vnímání, pohybu a komunikace. Jsou zde uvedeny nové možnosti ošetrovatelských nabídek pro zkvalitnění poskytované péče.

Bazální stimulace nepoužívá žádných nadstandardních pomůcek ani přístrojů a neznamena tak pro zdravotnické zařízení finanční zátěž. Vyžaduje pouze proškolený personál a zapojení všech členů zdravotnického týmu.

7. Seznam použitých zdrojů

1. FARKAŠOVÁ, D. a kol., *Ošetrovatelství – teorie*, 1. čes. vyd. Martin: Osveta, 2006. 211s. ISBN 80-8063-227-8
2. FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace pro učitele předmětu ošetrovatelství*, 1. a 2. díl. 2. vyd. Frýdek- Místek: Tiskárna Kleinwichter, 2006. 100 s. ISBN 80-239-6132-2
3. FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace u pacientů na ARO a JIP*. Ročenka intenzivní medicíny. Praha: Galén, 2003. s. 313 - 316. ISBN 80-7262-227-7
4. FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*, 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2007. 168 s. ISBN 978-80-247-1314-4
5. FRIEDLOVÁ, K. Bazální stimulace v práci sestry. *Sestra*, 2003, vol. XIII., č.1., s. 15 - 17. ISSN 1210-0404
6. FRIEDLOVÁ, K. Bobathův koncept v ošetrovatelské praxi. *Sestra*, 2003, vol. XIII., č. 6, s. 19 ISSN 1210- 0404
7. FRIEDLOVÁ, K. Bobathův koncept v ošetrovatelské praxi. *Sestra*, 2003, vol. XIII., č. 7 - 8., s. 25 - 26. ISSN 1210-0404
8. FRIEDLOVÁ, K. *Co je Bazální stimulace*
<http://www.bazalni-stimulace.cz/bazalni_stimulace.php>:[5.1.2008]
9. FRIEDLOVÁ, K. *Cesta k humánnímu ošetrovatelství*, Sborník příspěvků Historicky 2. národní konference bazální stimulace s mezinárodní účastí. Frýdek-Místek: Institut Bazální stimulace, 2007. 88 s. ISBN 978-80-254-0757-8

10. FRIEDLOVÁ, K. *Desatero Bazální stimulace*
<<http://www.bazalni-stimulace.cz/desatero.php>>;[5.1.2008]
11. FRIEDLOVÁ, K. *Úvod* <<http://www.bazalni-stimulace.cz/>>;[6.1.2008]
12. FRIEDLOVÁ, K. Dynamika ošetrovatelství – Bazální stimulace. *Sestra*, 2005, vol. XV., č. 11., s. 30. ISSN 1210-0404
13. FRIEDLOVÁ, K. *Historie konceptu*
<<http://www.bazalni-stimulace.cz/historie.php>>;[5.1.2008]
14. FRIEDLOVÁ, K. *Skriptum pro základní kurz Bazální stimulace v ošetrovatelské péči*. 5. vyd. Frýdek-Místek: Tiskárna Kleinwachter, 2005. 32 s.
15. FRIEDLOVÁ, K. *Skriptum pro nástavbový kurz Bazální stimulace v ošetrovatelské péči*. 6. vyd. Frýdek- Místek: Tiskárna Kleinwachter, 2006. 24 s.
16. KRAUS, J. a kol. *Nový akademický slovník cizích slov*. Praha: Academia, 2007. 879 s. ISBN 978-80-200-1351-4
17. KŘIVOHLAVÝ, J., PEČENKOVÁ, J. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2004. 80 s. ISBN 80-247-0784-5
18. MOUREK, J. *Fyziologie*, Praha: Grada Publishing a.s., 2005. 204 s. ISBN 80-247-1190-7
19. ŠAMÁNKOVÁ, M. a kol. *Základy ošetrovatelství*. Praha: Karolinum, 2006. 353 s. ISBN 80-246-1091-4

20. TRACHTOVÁ, E. a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2.vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. 186 s. ISBN 80-7013-324-4

21. VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*, Praha: Grada Publishing a.s., 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8

22. Perličkové rehabilitační a polohovací pomůcky. CSO Ostrava. <<http://www.csoostrava.cz>>; [24.2.2008]

8. Klíčová slova

bazální stimulace

ošetřovatelská péče

vnímání

komunikace

potřeby

9. Přílohy

9.1 Seznam příloh

1. Kazuistika
2. Současné pojetí ošetrovatelské péče
3. Iniciální dotek, cedule k iniciálnímu dotyku
4. Autobiografická anamnéza
5. Ošetrovatelská anamnéza
6. Somatická stimulace zklidňující
7. Somatická stimulace povzbuzující
8. Neurofyziologická stimulace
9. Polohovací pomůcky
10. Poloha „hnízdo“
 Poloha „mumie“
11. Masáž stimulující dýchání
12. Elektrický vibrační přístroj, molitanová štětka
13. Asistovaný úchop
 Vestibulární stimulace
14. Informační leták pro příbuzné
15. Desatero bazální stimulace
16. Práva pacientů
17. Dotazník
18. Etický kodex sestry

Příloha č. 1

Kazuistika

Absolvovala jsem základní a nástavbový kurz bazální stimulace. V kurzu jsem se naučila, jak správně provádět jednotlivé techniky konceptu bazální stimulace. Prošla jsem si několika prožitkovými cvičeními, abych zjistila „na vlastní kůži“, jak jsou jednotlivé prvky bazální stimulace člověkem vnímány. Kurzy byly pro mne velice přínosné a poskytly mi dostatek teoretických i praktických vědomostí a dovedností. Ovšem podmínky, ve kterých jsem pracovala, byly uměle vytvořeny. Měla jsem dostatek pomůcek pro svou práci a kolem sebe lidi, kteří byli pro práci s bazální stimulací nadšeni. Chtěla jsem si vyzkoušet zapojení prvků bazální stimulace do ošetrovatelské péče v běžné praxi. Hledala jsem oddělení, kde by byli ochotni podpořit mojí snahu o integraci prvků bazální stimulace do péče o klienty. Oddělení, kde mi vyšli vstříc, a umožnili mi pracovat s konceptem bazální stimulace, byla apalická jednotka intenzivní péče v nemocnici v Českých Budějovicích.

1. návštěva apalické jednotky

Na apalické jednotce intenzivní péče mi po dohodě s vrchní a staniční sestrou byl přidělen klient XY, u kterého jsem naplánovala zařazení prvků bazální stimulace do ošetrovatelské péče. Během první návštěvy jednotky jsem zjistila, že některé prvky bazální stimulace již v péči o klienta zařazeny jsou, zejména prvky z optické a taktilně-haptické stimulace. Klientovi byla pouštěna televize a do rukou mu byly vkládány jeho osobní předměty. Staniční sestrou byla aplikována diametrální stimulace dolních končetin. Dále jsem zjistila zachovalé schopnosti a dovednosti klienta, se kterými bylo možné pracovat a rozvíjet je. Od manželky klienta, paní XX, která souhlasila s uplatněním konceptu bazální stimulace, jsem získala autobiografickou anamnézu. Souhlasila rovněž s aktivní účastí na péči o klienta. Podrobnou anamnézu zde neuvádím z důvodu ochrany osobních údajů klienta a jeho rodiny.

Údaje o klientovi

Muž XY ve věku 44 let, který v červnu minulého roku prodělal CMP, nyní se osmý měsíc nachází ve vigilním kómatu. Reaguje pouze reflexivně, na veškeré dění v místnosti nebo jakoukoliv manipulaci s ním reaguje pláčem a flexí levé horní končetiny a obou dolních končetin. Pravá horní končetina je plegická. Hlava je stočena neustále k levé straně. Oči jsou otevřené, ale nefixují. Má zavedenou nazogastrickou sondu, kterou je vyživován, ale je schopen ústy přijímat kašovinou stravu. Kůže je neporušená. Klient má tracheostomii, ale dýchá spontánně. Tracheostomie je napojena pouze na zvlhčovač. Klient je v pravidelných intervalech z tracheostomie odsáván. Je zaveden permanentní močový katetr. Kůže je neporušená, bez defektů.

Okolí klienta

Klient je uložen na dvojlůžkovém pokoji na lůžku s možností automatického polohování ve směrech nahoru, dolů a zvednutí podhlavníku. Lůžko je u okna. Klient je oblečen do bílého „anděla“, lůžkoviny i malba pokoje jsou rovněž bílé. V místnosti není žádná dekorace ani výzdoba. Klient je polohován pomocí molitanových polohovacích pomůcek a polštářů. Po levé straně má klient umístěnou televizi, která je většinu času puštěná bez výběru oblíbených pořadů. Po obou stranách jsou noční stolky s nejrůznějšími hygienickými pomůckami. Za hlavou na poličce má klient umístěny fotografie rodiny a plyšová zvířata, která jsou mu vkládány do rukou.

Plánování ošetrovatelské péče

Po shromáždění veškerých informací jsem se rozhodla, že budu klienta navštěvovat jednou denně ve večerních hodinách, které byly dle harmonogramu jednotky vyhrazeny pro večerní hygienu, nebo v odpoledních hodinách v době návštěv. Také jsem se rozhodla, že prvky, které zpočátku zařadím do péče o klienta, budou ze stimulace somatické, vibrační a vestibulární a až po zlepšení vnímání zapojím i prvky nástavbové.

Cíl

Zlepšení vnímání, komunikace a pohybu klienta.

Integrace prvků BS do ošetrovatelské péče

První týden

V prvním týdnu jsem docházela na oddělení mezi šestou a sedmou hodinou a sama jsem prováděla neurofyziologickou koupel. Před každým kontaktem jsem provedla iniciální dotek. Jako iniciální místo jsem po dohodě s manželkou zvolila levé rameno. Nad postel jsem ještě umístila ceduli, na které byla informace o iniciálním doteku uvedena. O tomto kroku jsem informovala ostatní sestry na oddělení a požádala je o jeho dodržování. Bohužel se mi nepodařilo dosáhnout toho, aby toto doporučení dodržovaly.

Při prvním kontaktu klient reagoval zvýšeným svalovým tonem a pláčem. Po chvíli, kdy jsem neurofyziologickou koupelí oběma rukama stimulovala horní polovinu těla, se klient uvolnil a přestal plakat. Poté jsem umyla asistovaným úchopem obličej. Když jsem ovšem chtěla provést hygienu na dolní polovině těla, klient opět reagoval pláčem. Rozhodla jsem se tedy příští neurofyziologickou koupel provést pouze na horní polovině a na dolní polovinu jsem aplikovala diametrální koupel, kdy jsem nechala intimní partie zakryté. Hygienu genitálu jsem zcela vynechala. Upozornila jsem sestry, že hygienu intimních partií vynechávám a sestry jí provedly vždy před mým příchodem. Před každou koupelí jsem dbala na důkladnou přípravu pomůcek, abych při stimulaci nemusela ztrácet kontakt s klientem. U každé koupele jsem vždy stála po té straně lůžka (pravé), kde se nacházela klientova plegická strana těla, a veškerou svou činnost jsem verbálně komentovala. Ke stimulaci jsem používala froté ponožky a klientovy osobní hygienické prostředky. Po koupeli jsem ještě provedla masáž stimulující dýchání, po které se vždy prohloubilo klientovo dýchání. Nakonec jsem uložila klienta do polohy hnízdo a pod hlavu jsem mu dala nahřátý polštářek se špaldy, který drží teplo a tak uvolňuje spasmus. Polohování jsem prováděla pouze pomocí perličkových polohovacích vaků. Chtěla jsem, aby byl klient takto polohován i ostatními sestrami, a tak jsem donesla na oddělení fotografie, na kterých byly ukázány možnosti polohování.

Při každé návštěvě jsem ovšem našla klienta napolohovaného s použitím běžných molitanových pomůcek.

Manželku jsem během prvního týdne naučila neurofyziologickou stimulaci horní poloviny těla, kterou prováděla přes oděv vždy při odpolední návštěvě. Dále jsem jí ukázala, jak provádět diametrální stimulaci, po které klient uvolnil na čas spasmus dolních končetin.

Po prvním týdnu stimulace klienta manželka zaznamenala první reakce. Uvedla, že jí klient fixuje pohledem a „je víc mezi námi“. Ošetřující personál žádné výsledky nezaznamenal.

Druhý týden

Klientova schopnost vnímat a reagovat na podněty se za první týden zlepšila. Byl schopen na otázku, zda je mu nabízená stimulace příjemná, na souhlas pomalu mrknout. Při nevhodně zvoleném podnětu stále reagoval pláčem, ale časem se tato reakce pomalu vytrácela.

Ke stimulaci somatické jsem přidala ještě stimulaci vibrační pomocí elektrického vibračního přístroje, který opatřila klientova manželka. Vibrační přístroj jsem nejprve nezapnutý nechala klienta ohmatat a poté zapnutý jsem ho položila na matraci lůžka a nechala vibrovat. Po chvíli jsem ho začala přikládat na jednotlivé klouby a sledovala, jak bude klient reagovat. Klient se uvolnil, snížil svalový tonus a jeho fyziologické funkce zůstaly nezměněny. Vibrační stimulaci jsem po této zkušenosti zapojila do každodenní péče o klienta.

Dále jsem přidala orální stimulaci, kdy byl klientovi do úst vkládán mulový váček s oblíbeným chuťovým vjemem. Poprvé jsem použila kávový bonbón, který klient celý „zcumlal“. Další chuťové vjemy jsem i nadále volila dle biografie a protože i na tuto stimulaci klient reagoval pozitivně, zapojila jsem ji do péče.

Během druhého týdne přišli za klientem jeho kolegové v bývalého zaměstnání na návštěvu. Při této návštěvě jsem byla shodou okolností přítomna. Když manželka klientovi oznámila, kdo za ním přišel, začal plakat a nepřestal po celou dobu návštěvy.

S jeho kolegy jsem se domluvila, že přinesou nějaké předměty spojené s klientovým zaměstnáním, ale bohužel tak nakonec neučinili.

Změny ve vnímání, komunikaci či pohybu klienta ošetřující personál nezaznamenal ani po druhém týdnu. Většina činností ze strany personálu jednotky, u kterých jsem byla přítomna, byla prováděna bez ohledu na klientovy reakce a s minimálním verbálním doprovodem. Klient tak neměl šanci orientovat se v dané situaci a nebyla mu dána možnost jakkoliv situaci kontrolovat. Pochopitelná reakce na tyto činnosti byl pláč a embryonální poloha.

Činnosti, které jsem u klienta prováděla sama, jsem vždy dostatečně komentovala, dbala na biografii a sledovala reakce na nabízené stimuly. Po druhém týdnu u klienta při činnostech, které jsem prováděla sama nebo s manželkou klienta, zcela vymizela reakce pláče a vyhledávání embryonální polohy.

Třetí týden

Postupně jsem společně s ženou klienta upravila prostředí pokoje. Na pravou stranu na plátěnou zástěnu jsme umístily fotografie dětí a obrázky, které namalovaly, na levou stranu pak hodiny. Tímto jsme rovněž dosáhly toho, aby klient neměl stočenou hlavu stále na levou stranu. Paní XX uvedla, že pokaždé, když přijde na návštěvu, vidí manžela, jak si prohlíží fotky a obrázky.

Manželka klientovi na návštěvy nosila fotografie, které mu ukazovala a popisovala, a také známé předměty, které mu vkládala do rukou. Když mu ukázala fotografii synů, záměrně zaměnila jejich jména a klient na to reagoval záporným zakroucením hlavou a přikývnul, až když žena správně oba chlapce pojmenovala.

Během třetího týdne jsem do péče zapojila i vestibulární stimulaci. Pohyby hlavou ze strany na stranu před každou změnou polohy jsem prováděla od začátku, ale nyní jsem ještě přidala tzv. pohyb ovesného klasu. Klienta jsem posadila na lůžku s nohama svěšenýma, ty jsem podepřela stoličkou a ruce jsem opřela o lůžko. Sama jsem si klekla za klienta a poskytla mu tak opěru. Po stimulaci jsem ještě nechala klienta chvíli sedět a nechala ho dívat se z okna. Stimulace se jevila pro klienta jako

velmi efektivní, ale také velmi vyčerpávající. Po tomto prvku vestibulární stimulace jsem nechala klienta vždy odpočívat.

Ve třetím týdnu jsem musela návštěvy na dva dny přerušit. Domluvila jsem se s manželkou, že bude ve stimulaci pokračovat a její průběh i reakce na ní mi zpětně popíše. Když jsem klienta po dvou dnech opět navštívila, manželka mi oznámila, že klient nechtěl spolupracovat a nabízené stimuly vesměs odmítal. Nepřišla jsem na důvod, proč u klienta proběhla taková změna, ale když jsem opět začala s klientem pracovat, jeho reakce byly stejně pozitivní jako předtím.

Po třetím týdnu byla nejvýraznější změna v mimice klienta. Nejenže zcela vymizely reakce pláče, ale klient se navíc začal usmívat. I ošetřující personál zaznamenal určitou změnu v chování. Při vestibulární stimulaci přišla do místnosti jedna ze sester a situaci komentovala: „No jde vidět, že je mu to příjemné.“

Čtvrtý týden

Čtvrtý týden jsem používala prvky, které jsem měla vyzkoušené a věděla jsem, jak na ně klient reaguje. Žádné nové prvky jsem již do péče nezařazovala. Zaměřila jsem se spíše na to, aby manželka klienta, se kterou se mi po celou dobu výborně spolupracovalo, naučila všechny prvky používat a mohla s konceptem bazální stimulace i nadále pracovat.

Během čtvrtého týdne se zlepšil svalový tonus klienta. Paní XX uvedla, že když se s manželem loučila, tak jí levou rukou zamával. I když levá ruka nebyla plegická, do té doby s ní klient nehýbal. Sama jsem pozorovala na pravé, plegické ruce lehké pohyby prstů.

Po čtyřech týdnech jsem u klienta ukončila ošetrovatelskou péči dle konceptu bazální stimulace. Další péči jsem přenechala paní XX a personálu jednotky. Manželka klienta se do té doby naučila veškeré prvky, které jsem do té doby u klienta použila a má možnost mě i nadále v případě potřeby kontaktovat.

Zhodnocení

Cíl byl splněn. Klientovo vnímání, komunikace a pohyb se zlepšily.

Příloha č. 2

SOUČASNÉ POJETÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE



Zdroj: Skriptum pro certifikovaný základní kurz bazální stimulace, Friedlová K., 2006

Příloha č. 3



INICIÁLNÍ DOTYK: Pravé zápěstí

Prosím, před a po každé činnosti uchopit klienta za pravé zápěstí.

(Platí pro všechny členy terapeutického týmu.)

Zdroj: vlastní.

Příloha č. 4

OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA V KONCEPTU BAZÁLNÍ STIMULACE®

Paní / pán..... Věk.....

Blízká osoba.....

INICIÁLNÍ DOTEK, POKUD ANO – MÍSTO :

Tělesná péče

levák pravák

Je pro něj / ni péče o své tělo velmi důležitá? ano ne

Jak často a kdy? denně ráno večer

občas – specifikujte.....

Teplota vody chladná vlažná teplá horká

K mytí používá.....

Potřebuje pomoc při mytí? ano ne

Rituály při mytí?

Stav pokožky normální mastná suchá

Toaletní potřeby k dispozici budou přineseny nemá

Krém..... pěna na holení.....deodorant.....

Holení mokré elektrický strojek, má vlastní? ano ne

Péče o zuby, na co brát ohled?.....

Vlastní kartáček a pasta? ano ne

Zubní protéza? ano ne

Specifikujte: plná protéza částečná protéza horní čelist dolní čelist

Spí s protézou? ano ne

Jak často si myje vlasy?.....Používá speciální prostředky?.....

Nehty žádné zvláštnosti specifika.....

Vyprazdňování

Močení: spontánní poruchy mikce léčba medikamenty

Jaké poruchy?.....

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

Stolice: bez problémů obstipace průjem

Specifikujte problémy:

Sluch

Sluch postižen: ano ne
 vpravo vlevo

Specifikujte postižení.....

Sluchadlo: ano ne

Oblíbená hudba, popř. rozhlasové či TV pořady

Zvuky, na které je zvyklý

Přinesené předměty

Zrak

Porucha zraku: ano ne
 vpravo vlevo

Specifikujte.....

Brýle: ano ne čočky: ano ne

Medikace: oční kapky oční masti

Přinesené předměty.....

Regulace tělesné teploty

Trpí na: pocení je mu často zima nic zvláštního

Jiné, specifikujte.....

Tělesný kontakt

Je zvyklý na tělesný kontakt? ano ne

Na kterém místě nemá rád dotek?

Spánek

Obvykle spí na: záda břicho pravý bok levý bok

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

vstává velmi časně spí ráno dlouho odpolední spánek

Má nějaký oblíbený polštář, deku, jiné?.....
přineseno: ano ne

Přikrývá se tak, že si dá deku až za ramena? ano ne

Kolik hodin denně spí? Má hodně zatemněno při spánku? ano ne

Jídlo a pití

Upřednostňuje chuť: sladké kyselé ostré slané

Teplota jídla? teplé vlažné studené

Konzistence: měkké pevná strava tekutá strava

Oblíbený nápoj..... oblíbený pokrm.....

Nesnází

Přinesené vlastní předměty (např. hrnek).....

Vlastní přinesené poživatiny.....

.....

Potíže při polykání? ano ne specifikujte.....

Pohyb, tělesná aktivita

Zvyklý na aktivní pravidelnou tělesnou aktivitu? () ano () ne

Jakou?.....

Specifikujte postižení: () poruchy rovnováhy () hemiplegie () poruchy citlivosti

() hypotonus () spasticita () kontraktury

Lokalizace, popř. jiná specifikace.....

Kompenzační pomůcky

Způsob života

Povolání

Koníčky, zájmy

Děti, vnoučata.....

Zvířata.....

Přinesené předměty vtahující se k povolání, zájmům.....

Víra

Jak snáší bolesti?.....

Jak zvládá zátěžové situace?.....

Má relaxační techniky?.....

Důležitý zážitek v poslední době?.....

Jiné.....

Přinesené předměty k uspořádání jeho okolí

.....

Anamnézu sepsal/la : dne.....

Dotazy zodpověděl/la : je v poměru k pacientovi :

Příloha č. 5

OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA - NEMOCNICE ČESKÉ BUDĚJOVICE a.s.

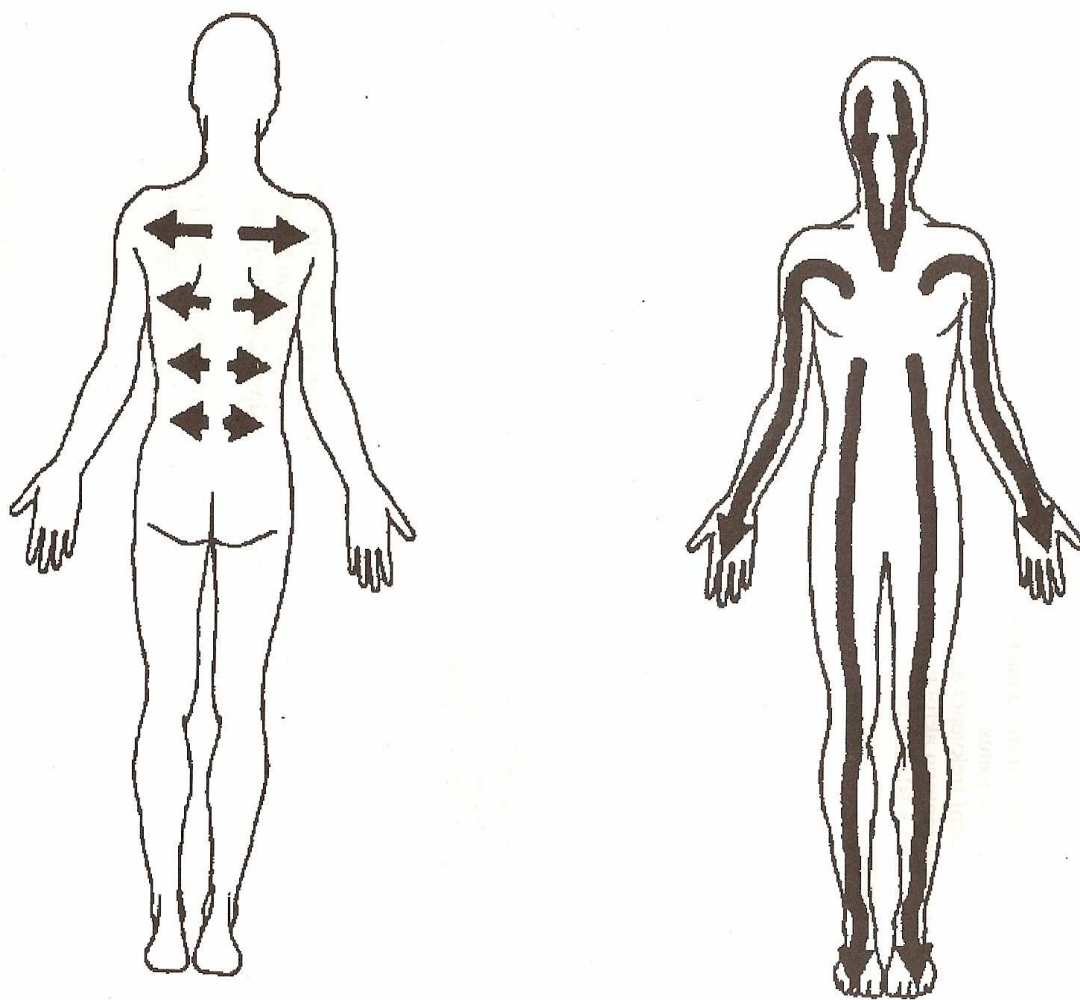
<u>Oddělení:</u>	Kontaktní osoba (jméno, telefon, spojení).....	Kontaktní osoba informována? ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>
<u>Anamnézu odebrala sestra:</u>	Alergie
podpis	Jídlo ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>
<u>Jméno, příjmení:</u>	Nemocný svým podpisem stvrzuje, že byl seznámen: s Právy pacientů	Jaké:..... Léky ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>
rodné číslo:...../.....	ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>	Jaké:..... Cennosti: Uloženy v trezoru: ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>
	s Domácím řádem ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>	

<u>Vnímání a poznávání:</u>	Řeč:	plynulá <input type="checkbox"/>	<u>Kompenzační pomůcky:</u>
Vědomí:	jasné <input type="checkbox"/>	narušená <input type="checkbox"/>	brýle, čočky <input type="checkbox"/>
	zastřené <input type="checkbox"/>	němý <input type="checkbox"/>	naslouchadla <input type="checkbox"/>
	somnolence <input type="checkbox"/>	cizinec <input type="checkbox"/>	zubní protéza <input type="checkbox"/>
Orientován:	Schopnost dorozumění: úplně <input type="checkbox"/>	berle, hůl <input type="checkbox"/>
	částečně <input type="checkbox"/>	(tabulka, psaní, obrázky aj.)	chodítko <input type="checkbox"/>
Dezorientován:	osobou <input type="checkbox"/>	Poruchy zraku: <input type="checkbox"/>	vozik <input type="checkbox"/>
	časem <input type="checkbox"/>	končetinová protéza <input type="checkbox"/>
	místem <input type="checkbox"/>	Poruchy sluchu: <input type="checkbox"/>	jiné <input type="checkbox"/>

<u>Výživa:</u>	<u>Hydratace:</u>	<u>Stav kůže:</u>
Chuť k jídlu: ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>	Příjem tekutin/24 hod.:.....	bez defektu <input type="checkbox"/>
Dieta:.....	Pocit žízně: ano <input type="checkbox"/>	Exantém lokalizace:.....
Forma stravy:.....	snížený <input type="checkbox"/>	Dekubity: lokalizace:.....
Způsob přijímání: <input type="checkbox"/>	nemá <input type="checkbox"/>	stupeň:.....
per os <input type="checkbox"/>	Kožní turgor: dobrý <input type="checkbox"/>	Opruzeniny lokalizace:.....
parenterálně <input type="checkbox"/>	snížený <input type="checkbox"/>	Otoky lokalizace:.....
obezita <input type="checkbox"/>	Hematomy lokalizace:.....
Kanylace: <input type="checkbox"/>	Stav sliznice: <input type="checkbox"/>	Kožní onemocnění (lupénka aj.)
periferní <input type="checkbox"/>	suché <input type="checkbox"/>
jiná <input type="checkbox"/>	růžové <input type="checkbox"/>	Operační rána: ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>
Zavedená dne:.....	vlhké <input type="checkbox"/>	Drény: ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>
	jiné <input type="checkbox"/>

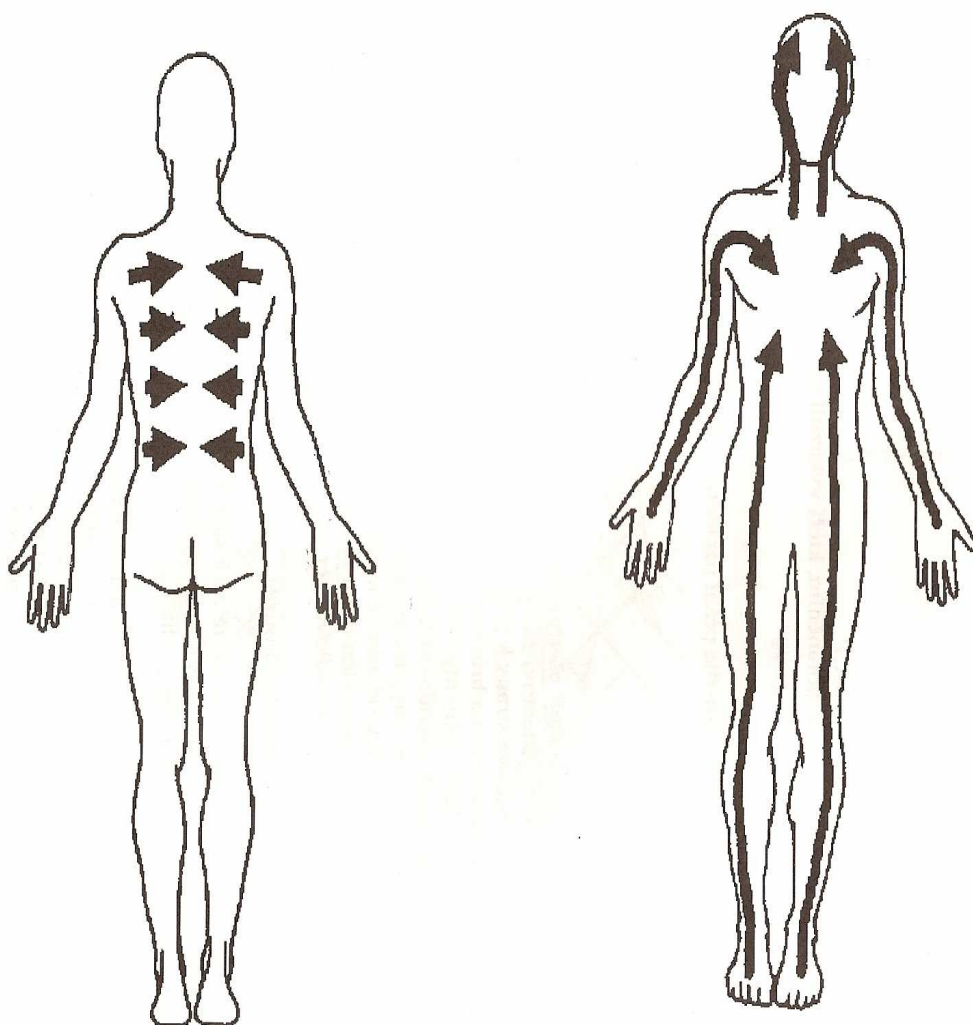
<u>Soběstačnost:</u>	<u>Spánkové návyky:</u>	<u>Způsob vyprazdňování:</u>
sám soběstačný <input type="checkbox"/>	léky <input type="checkbox"/>	sám <input type="checkbox"/>
dopomoc při: pohybu <input type="checkbox"/>	jiné:.....	na lůžku <input type="checkbox"/>
hygieně <input type="checkbox"/>	<u>Vylučování:</u>	s pomocí na lůžku <input type="checkbox"/>
oblékání <input type="checkbox"/>	Močení	inkontinence <input type="checkbox"/>
jídle <input type="checkbox"/>	bez potíží <input type="checkbox"/>	pomůcka č.:.....
úplná dopomoc <input type="checkbox"/>	časté <input type="checkbox"/>	stomie <input type="checkbox"/>
<u>Spánek:</u>	obtíže <input type="checkbox"/>	Pomůcky, způsob ošetřování: <input type="checkbox"/>
kvalitní <input type="checkbox"/>	moč. cévka <input type="checkbox"/>	sám <input type="checkbox"/>
obtíže při usínání <input type="checkbox"/>	inkontinence <input type="checkbox"/>	s pomocí <input type="checkbox"/>
časté probouzení <input type="checkbox"/>	Stolice	neprovede <input type="checkbox"/>
budí se ráno a již neusne <input type="checkbox"/>	pravidelná <input type="checkbox"/>
	zácpa <input type="checkbox"/>
	průjem <input type="checkbox"/>

Příloha č. 6



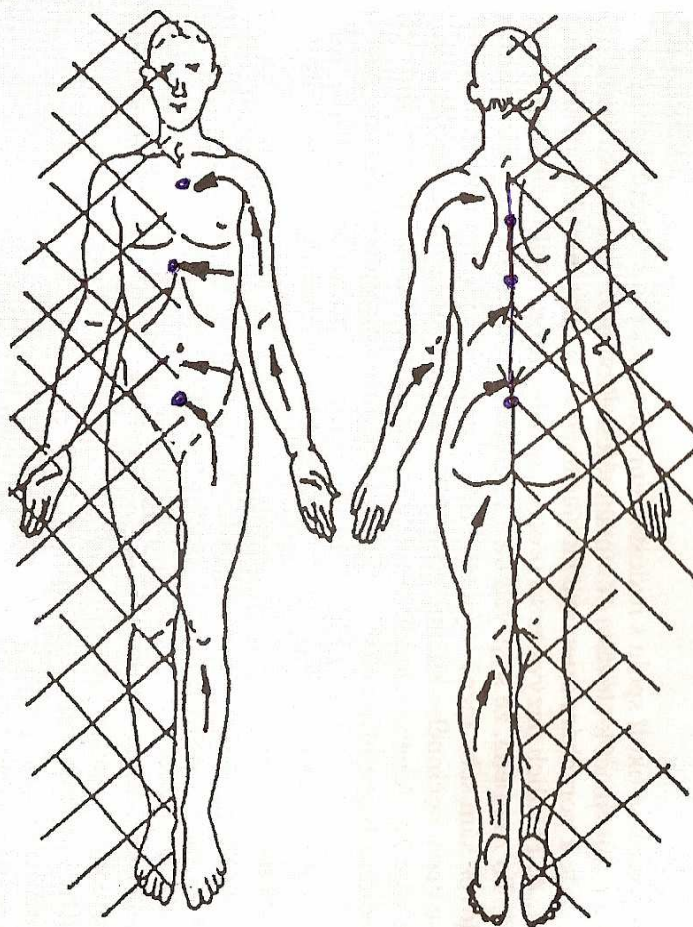
Zdroj: Skriptum pro certifikovaný základní kurz bazální stimulace, Friedlová K., 2006

Příloha č. 7



Zdroj: Skriptum pro certifikovaný základní kurz bazální stimulace, Friedlová K., 2006

Příloha č. 8



Zdroj: Skriptum pro certifikovaný základní kurz bazální stimulace, Friedlová K., 2006

Příloha č. 9



Sedací kruh

Podkova pro kojení a polohování

Bumerang klasik



Válec

Kruhová podložka vysoká

Chránič kotníku a paty



Váleček na ruku

Otevřený kruh na krk

Opěrka s žebry

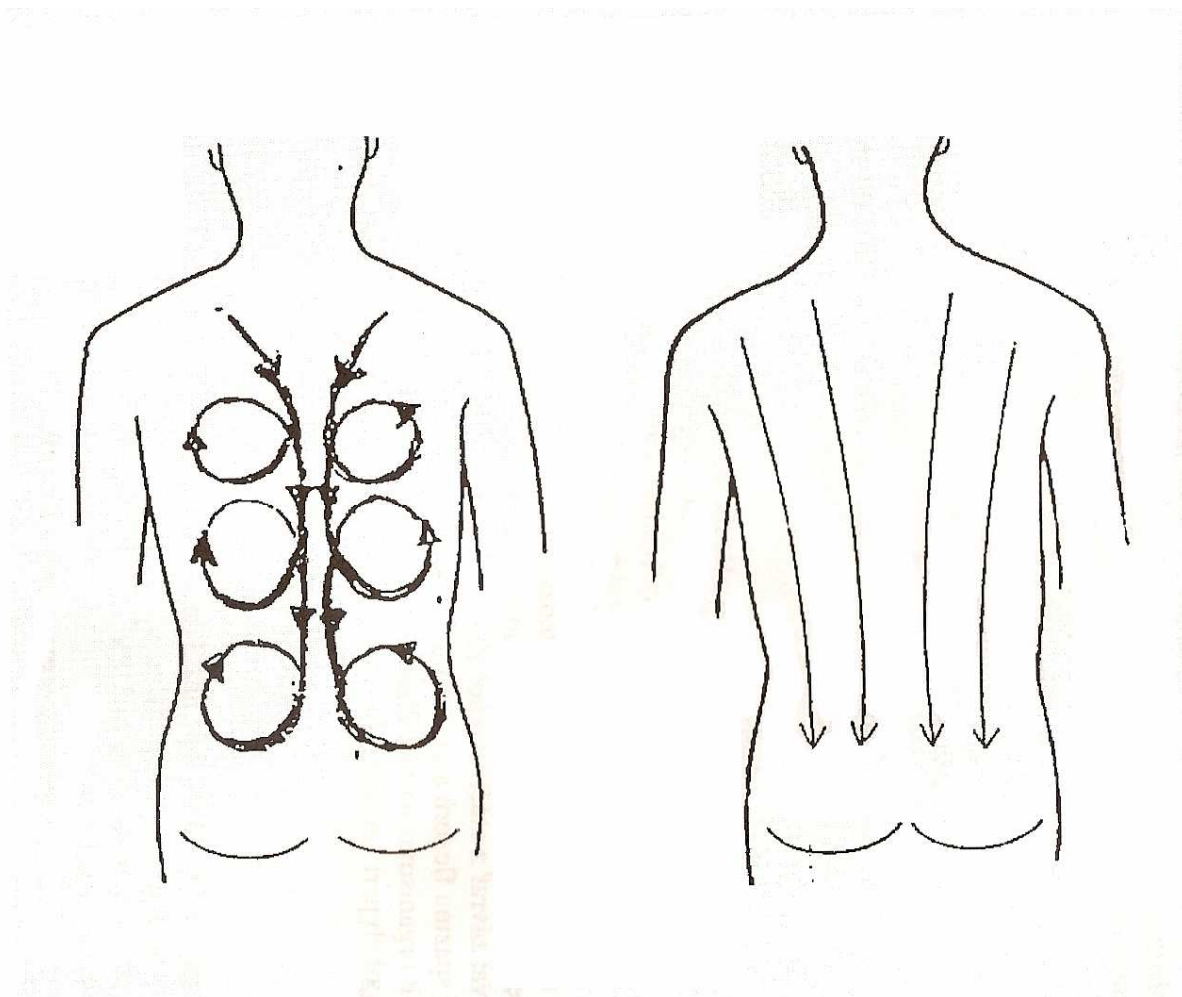
Zdroj: CSO Ostrava s.r.o

Příloha č. 10



Zdroj: vlastní

Příloha č. 11

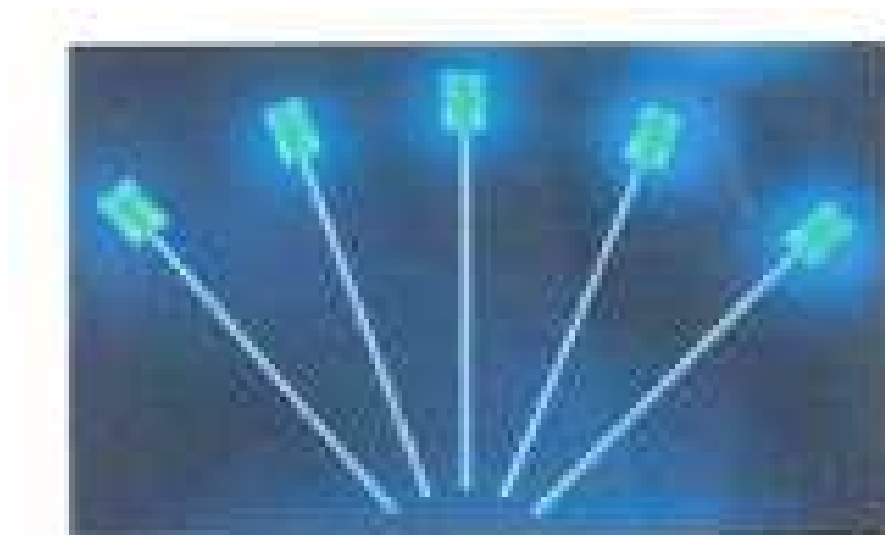


Zdroj: Skriptum pro certifikovaný základní kurz bazální stimulace, Friedlová K., 2006

Příloha č. 12



Zdroj: vlastní



Zdroj: Promedica Praha, a.s.

Příloha č. 13



Příloha č. 14

Vážení příbuzní,

do naší péče jste nyní svěřili svého partnera, rodinného příbuzného nebo svého přítele. V jeho/její nemoci, po kterou se stává závislý na naší péči, bychom mu/jí chtěli umožnit jeho/její potřeby a zvyky. Proto se snažíme provádět co nejosobnější ošetrovatelskou péči. K tomu ale od vás potřebujeme některé údaje, abychom vašeho příbuzného mohli podporovat v jeho návycích. V odborné terminologii se naše péče jmenuje Bazální stimulace®.

Zcela konkrétně to pro vás znamená, že nám sdělíte některé zvyky vašeho příbuzného. Díky těmto zvykům se vynasnažíme zmírnit pacientovu extrémní situaci a spřátelit mu jeho nové okolí, neboť vše zde na intenzivní péči je nové a ne vždy příjemné. Například směsice různých zvuků, rytmus spánku a bdění, postel, na kterou není zvyklý, mnoho kabelů a hadic, které jsou ale momentálně důležité pro léčbu a sledování stavu vědomí, také cizí hlasy a neznámé prostředí, atd.

Koncept Bazální stimulace nabízí možnost do tohoto nového, neznámého prostředí integrovat návyky pacienta. Proto jsme nyní závislí na vašich údajích a pokládáme vám nyní následující otázky. Ty nám můžete v klidu odpovědět a potom nás zavolat. My a náš pacient - váš příbuzný - vám budeme za ně vděční.

- 1) která jídla a nápoje váš příbuzný upřednostňuje, popřípadě která nesnáší
- 2) které spánkové zvyky má váš příbuzný (poloha na boku, na břicho, zvýšená horní polovina těla, polštáře, deky, zda má problémy s usínáním a co mu pomáhá v usínání)
- 3) kterou hudbu, hudební směr nebo rádiovou stanici váš příbuzný upřednostňuje
- 4) abychom vašemu příbuznému mohli co nejvíce zpříjemnit péči o jeho tělo, prosíme vás o přinesení jeho osobních oblíbených toaletních potřeb - voda po holení, mýdlo, sprchový gel, parfém, zubní pasta atd.
- 5) aby si mohl váš příbuzný lépe uvědomovat své tělo a na svém těle se znovu orientovat, přineste mu prosím jeho osobní pyžamo, popřípadě spodní prádlo nebo od jeho nejbližší osoby bavlněné tričko.
- 6) abychom mohli podpořit vašeho příbuzného ve znovuprobuzení jeho vizuálních vzpomínek a napomohli tak k vizuálnímu vnímání okolí, prosíme vás, abyste přinesli fotografii jeho nejbližšího příbuzného, popřípadě malby jeho vlastních dětí nebo fotografie z dovolených, známý oblíbený obraz atd.

Předem vám děkujeme za vaši spolupráci a jsme vám kdykoli k dispozici, abychom vám zodpověděli vaše dotazy.

Ošetřující personál JIP

Zdroj: Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči, K. Friedlová, 2007

Příloha č. 15

DESATERO BAZÁLNÍ STIMULACE

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

PRÁVA PACIENTŮ

Pacient má právo na ohleduplnou odbornou zdravotnickou péči prováděnou s porozuměním kvalifikovanými pracovníky.

Pacient má právo znát jméno lékaře a dalších zdravotnických pracovníků, kteří ho ošetřují. Má právo žádat soukromí a služby přiměřené možnostem nemocnice, jakož i možnost denně se stýkat se členy své rodiny či s přáteli. Omezení takového způsobu (tzv. kontinuálních) návštěv může být provedeno pouze ze závažných důvodů.

Pacient má právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého nového diagnostického a terapeutického postupu rozhodnout, zda s ním souhlasí. Vyjma případů akutního ohrožení zdraví má být náležitě informován o případných rizicích, která jsou s dalším postupem spojena. Pokud existuje více alternativních postupů nebo pokud pacient vyžaduje informace o léčebných alternativách, má na seznámení s nimi právo. Má rovněž právo znát jména osob, které se na nich účastní.

Pacient má v rozsahu, který povoluje zákon, právo odmítnout léčbu, ale musí být současně informován o zdravotních důsledcích svého rozhodnutí.

V průběhu ambulantního i nemocničního vyšetření, ošetření a léčby má nemocný právo na to, aby byly v souvislosti s programem léčby brány maximální ohledy na jeho soukromí a stud. Rozbory jeho případu, konzultace vyšetření a léčba jsou důvěrnou věcí a musí být prováděny diskrétně. Přítomnost osob, které nejsou na léčbě přímo zúčastněny, musí odsouhlasit nemocný, a to i ve fakultních zařízeních, pokud si tyto osoby nemocný sám nevybral.

Pacient má právo očekávat, že veškeré zprávy a záznamy týkající se jeho léčby jsou považovány za důvěrné i v případě počítačového zpracování. Práva a povinnosti při zpracování osobních údajů souvisejících se zajišťováním zdravotní péče se řídí zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů. Bez souhlasu pacienta mohou do zdravotnické dokumentace nahlížet, a to v rozsahu nezbytně nutném pro splnění konkrétního úkolu v rozsahu své kompetence pouze osoby uvedené v § 67b zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů. Ostatní osoby mohou do zdravotnické dokumentace nahlížet pouze se souhlasem pacienta, u dítěte je nutný souhlas jeho zákonného zástupce. Informace o zdravotním stavu pacienta může lékař poskytnout pouze osobám, které pacient oznámí a jejichž jména budou uvedena v jeho zdravotnické dokumentaci. Z důvodů dodržení zákona o ochraně osobních údajů a zachování lékařského tajemství nejsou informace o zdravotním stavu pacienta poskytovány telefonicky.

Pacient má právo očekávat, že nemocnice musí podle svých možností přiměřeným způsobem vyhovět jeho žádostem o poskytnutí péče v míře odpovídající povaze onemocnění. Je-li to nutné, může být pacient předán jinému léčebnému ústavu, případně tam převezen poté, kdy mu bylo poskytnuto plné zdůvodnění a informace o nezbytnosti tohoto předání a ostatních alternativách, které přitom existují.

Pacient má právo očekávat, že jeho léčba bude vedena s přiměřenou kontinuitou. Má právo vědět předem, jací lékaři, v jakých ordinačních hodinách a na jakém místě jsou mu k dispozici. Po propuštění z nemocnice má právo očekávat, že jej bude lékař informovat o tom, jak o něj bude dále pečováno.

Pacient má právo na podrobné a srozumitelné vysvětlení v případě, že se lékař rozhodl k nestandardnímu postupu či experimentu. Písemný vědomý souhlas nemocného je podmínkou k zahájení neterapeutického i terapeutického výzkumu. Pacient může kdykoli, a to i bez uvedení důvodu, od experimentu ustoupit, když byl poučen o případných zdravotních důsledcích takového rozhodnutí.

Nemocný v závěru života má právo na citlivou péči všech zdravotníků, kteří musejí respektovat jeho přání, pokud tato nejsou v rozporu s platnými zákony.

Pacient má právo a povinnost znát a řídit se platnými předpisy instituce, kde se léčí (tzv. nemocniční řád). Pacient bude mít právo kontrolovat svůj účet a vyžadovat zdůvodnění jeho položek bez ohledu na to, kým je účet placen.

Zdroj: Vojenská nemocnice Olomouc

Příloha č. 17

Dobrý den,

jmenuji se Zuzana Jilečková a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studia oboru Ošetrovatelství na Zdravotně sociální fakultě v Českých Budějovicích. Chci Vás touto cestou požádat o vyplnění dotazníku o uplatnění prvků bazální stimulace v ošetrovatelské péči. Dotazník je anonymní a výsledky dotazníku budou použity pouze v mé bakalářské práci.

Pro Vás vyhovující odpověď zaškrtněte křížkem, popřípadě odpovězte svými slovy. Zaškrtněte vždy jednu odpověď, nebude-li uvedeno jinak.

Pokud koncept bazální stimulace neznáte, přečtěte si, prosím, a vyplňte celý dotazník, i tak mohou být Vaše odpovědi přínosné.

Předem Vám děkuji za věnovaný čas.

V jaké nemocnici pracujete?

.....

Na jakém oddělení pracujete?

.....

Kolik let pracujete ve zdravotnictví?

- 1-5 let
- 6-10 let
- 11-20 let
- 21 a více let

Vaše nejvyšší dosažené vzdělání:.....

1. Znáte pojem bazální stimulace?

- ano
- ne
- nevím

2. Absolvoval(a) jste kurz bazální stimulace?

- ano-základní
- ano-základní i nástavbový
- ne

3. Aplikujete prvky konceptu bazální stimulace do ošetrovatelské péče?

- ano- u všech klientů
- ano- u vybraných klientů
- ne
- nevím

4. Odebíráte autobiografickou anamnézu klienta?

- ano u všech klientů
- ano u vybraných klientů
- ne
- nevím

U zbývajících otázek je možno zaškrtnout nebo doplnit více odpovědí.

5. Jaké prvky ze somatické stimulace uplatňujete v ošetrovatelské péči ?

- iniciální dotek
- zklidňující koupel
- povzbuzující koupel
- polohování pomocí polohovacích perličkových vaků
- masáž stimulující dýchání
- kontaktní dýchání
- neurofyziologickou stimulaci
- žádné
- jiné.....

6. Jaké prvky z vestibulární stimulace uplatňujete v ošetrovatelské péči?

- pohyby hlavou ze strany na stranu s fixací hlavy
- tzv. pohyb ovesného klasu v ovesném poli
- stimulaci pomocí závěsného houpacího vaku
- žádné
- jiné.....

7. Jaké prvky z vibrační stimulace uplatňujete v ošetrovatelské péči?

- stimulaci pomocí elektrických vibračních přístrojů
- stimulaci pomocí vibračních lehátek nebo křesel
- manuální vibrační stimulaci
- žádné
- jiné.....

8. Jaké prvky z optické (zrakové) stimulace uplatňujete v ošetrovatelské péči?

- umístění osobních fotografií do zorného pole klienta
- umístění hodin do zorného pole klienta
- odlišení zdí od stropu celobarevnou zdí
- žádné
- jiné.....

9. Jaké prvky z auditivní (sluchové) stimulace uplatňujete v ošetrovatelské péči?

- pouštění klientům jejich oblíbené pořady v televizi
- pouštění klientům jejich oblíbenou hudbu nebo rozhlasovou stanici
- používání analogových karet
- hra na hudební nástroj
- zpěv
- žádné
- jiné.....

10. Jaké prvky z orální stimulace uplatňujete v ošetrovatelské péči?

- chuťové mulové váčky
- molitanové štětičky s chuťovým vjem
- molitanové štětičky s oblíbeným chuťovým vjemem
- žádné
- jiné.....

11. Jaké prvky z olfaktorické (čichové) stimulace uplatňujete v ošetrovatelské péči?

- stimulace vonnými svíčkami
- stimulace vůní oblíbených jídel
- stimulace vůní z pracovního prostředí
- stimulace vůní osobních potřeb
- žádné
- jiné.....

12. Jaké prvky z taktilně-haptické (hmatové) stimulace uplatňujete v ošetrovatelské péči?

- stimulace předměty užívané k výkonu povolání
- stimulace předměty spojené s hobby
- stimulace oblíbenými předměty, talismany
- stimulace osobními předměty
- žádné
- jiné.....

13. Jaké stimulece aplikujete do ošetrovatelské péče nejčastěji?

- somatická stimulece
- vestibulární stimulece
- vibrační stimulece
- optická stimulece
- auditivní stimulece
- orální stimulece
- olfaktorická stimulece
- taktilně-haptická stimulece
- žádné

Pokud nepoužíváte žádné z uvedených stimulací přejděte na otázku č. 15.

14. Jaké prvky z uvedených stimulací užíváte nejčastěji?

na 1. místě

na 2. místě.....

na 3. místě.....

na 4. místě.....

na 5. místě.....

15. S jakými výsledky jste se setkali při aplikaci uvedených prvků bazální stimulece do ošetrovatelské péče?

- zlepšení stavu vnímání klienta
- zlepšení pohybu klienta
- zlepšení komunikace klienta
- zhoršení stavu vnímání klienta
- zhoršení pohybu klienta
- zhoršení komunikace
- nedovedu posoudit
- žádné

Pokud nepoužíváte žádný z uvedených prvků přejděte na otázku č. 17.

16. Popište vlastními slovy výsledky prvků, které používáte nejčastěji.

.....

.....

.....

17. Uveďte důvod, proč neuplatňujete prvky bazální stimulace v ošetrovatelské péči.

neznalost

nedostatek času

nepřijetí ze strany kolegů

nevhodné podmínky (př.-nedostatek místa, nedostatek pomůcek,..)

jiné.....

Příloha č. 18

Etická pravidla zdravotní péče

Sestra je povinna převzít profesionální odpovědnost za péči o zdraví, prevenci nemocí a za zlepšování zdravotního stavu nemocných právě tak, jako za tišení bolesti.

Potřeba zdravotní péče je všeobecná. Se zdravotní a ošetrovatelskou péčí jsou nerozlučně spjaty: respekt k lidskému životu, důstojnost a lidská práva. Zdravotní péči je třeba poskytovat bez ohledu na národnost, rasu, víru, barvu kůže, věk, pohlaví, politické přesvědčení a sociální postavení.

Zdravotní sestra poskytuje péči jednotlivci, rodině a společnosti a spolupracuje v tom i s reprezentanty jiných oborů.

Zdravotní sestra a spoluobčan

Zdravotní sestra má v první řadě zodpovědnost za občany, kteří potřebují zdravotní péči. Při poskytování péče respektuje zdravotní sestra víru jednotlivce, jeho životní hodnoty a obyčeje a snaží se vytvořit podmínky respektující individualitu.

Zdravotní sestra chrání informace o osobních poměrech pacienta, považuje je za důvěrné a svědomitě hodnotí, v jakém rozsahu a komu může tyto důvěrné informace předat.

Zdravotní sestra a péče v praxi

Zdravotní sestra je osobně odpovědná za kvalitu poskytované péče a za obnovování svých odborných znalostí cestou neustálého vzdělávání.

Zdravotní sestra se snaží udržovat pečovatelský standart na co nejvyšší úrovni, a to v každé situaci.

Zdravotní sestra hodnotí jak svou kvalifikaci, tak i kvalifikaci jiných osob, když přejímá zodpovědnost za jistý úkol a když jej předává jiným osobám.

Zdravotní sestra ve funkci jedná tak, aby její chování přispělo k dobré pověsti povolání.

Zdravotní sestra a společnost

Zdravotní sestra, podobně jako ostatní občané, podporuje požadavky obyvatelstva na zdravotní a sociální zabezpečení a je v této věci iniciativní.

Zdravotní sestra a spoluzaměstnanci

Zdravotní sestra je zodpovědná za realizaci spolupráce s ostatními zdravotníky všech profesních kategorií.

Zdravotní sestra podle nutnosti zasahuje tak, aby ochránila jednotlivce, jestliže péče o něj je ohrožena nevhodným chováním jiného zdravotníka nebo občana.

Zdravotní sestra a povolání

Zdravotní sestra je odpovědná za realizaci vysokého standardu zdravotní a ošetrovatelské péče a za odborné vzdělávání.

Zdroj: Nemocnice Dačice

