

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNÍCTVA A SOCIÁLNEJ PRÁCE

SV. ALŽBETY, N. O. V BRATISLAVE

ÚSTAV SOCIÁLNYCH VIED A ZDRAVOTNÍCTVA

BL. P. P. GOJDICHA A V. HOPKU SPIŠSKÁ NOVÁ VES - PREŠOV

181440m

**ASSESSMENT BAZÁLNEJ STIMULÁCIE PRI OŠETROVATEĽSKEJ
STAROSTLIVOSTI O PACIENTOV V KÓME**

DIPLOMOVÁ PRÁCA

PREŠOV 2023

Bc. LEA BALOGHOVÁ

**VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNÍCTVA A SOCIÁLNEJ PRÁCE
SV. ALŽBETY, N. O. V BRATISLAVE
ÚSTAV SOCIÁLNYCH VIED A ZDRAVOTNÍCTVA
BL. P. P. GOJDICHA A V. HOPKU SPIŠSKÁ NOVÁ VES - PREŠOV**

**ASSESSMENT BAZÁLNEJ STIMULÁCIE PRI OŠETROVATEĽSKEJ
STAROSTLIVOSTI O PACIENTOV V KÓME**

DIPLOMOVÁ PRÁCA

Študijný program:	5602 7 00 Ošetrovateľstvo
Študijný odbor:	5602 Ošetrovateľstvo
Školiace pracovisko:	Prešov
Školiteľ záverečnej práce:	doc.PhDr. Darina Wiczmándyová, PhD.mim.prof.

PREŠOV 2023

Bc. LEA BALOGHOVÁ



VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNÍCTVA A SOCIÁLNEJ PRÁCE
SV. ALŽBETY, N. O. V BRATISLAVE

ÚSTAV SOCIÁLNYCH VIED A ZDRAVOTNÍCTVA
BL. P. P. GOJDICA A V. HOPKU SPIŠSKÁ NOVÁ VES - PREŠOV
Jilemnického 1/A, 080 01 Prešov



ZADANIE ZÁVEREČNEJ PRÁCE

Akademický rok: 2023/ 2024

Typ záverečnej práce: Diplomová práca

Názov záverečnej práce: Assessment bazálnej stimulácie pri ošetrovateľskej starostlivosti o pacientov v kóme

Meno, priezvisko a titul študenta: Lea Baloghová, Bc.

Študijný program: 5602 Ošetrovateľstvo

Študijný odbor: 5602 800 Ošetrovateľstvo

Meno, priezvisko a tituly školiteľa: Darina Wiczmándyová, doc. PhDr. PhD.mim. prof.

Školiace pracovisko: ÚSVaZ bl. P. P. Gojdica a V. Hopku
Spišská Nová Ves - Prešov

Meno, priezvisko a tituly vedúceho školiaceho pracoviska:
Anna Murgová, doc. PhDr. PhD., mim. prof.

Anotácia:

Diplomová práca je orientovaná na koncept bazálnej stimulácie. V teoretických vývodiskách práce popíšeme princípy a indikácie bazálnej stimulácie a jej prínosy. Empirickou analýzou, overíme prínos bazálnej stimulácie u pacientov v komatóznych stavoch. Kvantitatívnym výskumom, metódou dotazníka budeme skúmať úspešnosť bazálnej stimulácie a poukážeme na prvky najčastejšie využívané pre zlepšenie stavu pacientov. Na základe nášho výskumu navrhнемe odporúčania pre ošetrovateľskú prax.

Jazyk práce: slovenský

Vyjadrenie a podpis školiteľa záverečnej práce: súhlasím/nesúhlasím

Podpis školiteľa:

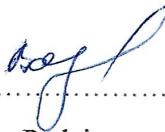
Dátum schválenia zadania:

Podpis vedúceho školiaceho pracoviska:

Čestné vyhlásenie

Čestne vyhlasujem, že diplomovú prácu som vypracovala samostatne a v Zozname bibliografických odkazov som uviedla použitú literatúru a odborné zdroje.

V Prešove, dňa 9. 1. 2024



Podpis

Pod'akovanie

Týmto by som sa chcela veľmi pekne pod'akovat' svojej školiteľke doc. PhDr. Darine Wiczmándyovej, PhD. mim. prof. za cenné rady, vedenie, pomoc, inšpirácie, čas a ochotu pri písaní diplomovej práce.
Svojej rodine d'akujem za trpezlivosť a podporu.

ABSTRAKT

BALOGHOVÁ, LEA: „*Assessment bazálnej stimulácie pri ošetrovateľskej starostlivosti o pacientov v kóme*“. [Diplomová práca] / Lea Baloghová. - Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave. Ústav sociálnych vied a zdravotníctva Bl. P. P. Gojdiča a V. Hopku Spišská Nová Ves - Prešov.; Katedra ošetrovateľstva. Školiteľ: doc. PhDr. Darina Wiczmándyová, PhD, mim. prof. Katedra ošetrovateľstva. Stupeň odbornej kvalifikácie: Magister ošetrovateľstva. Spišská Nová Ves - Prešov Ústav sociálnych vied a zdravotníctva Bl. P. P. Gojdiča a V. Hopku, 2023. 79 strán.

ÚVOD: Komunikácia spolu s akceptáciou vlastnej osobnosti patrí medzi výrazné sociálne potreby. Slúži nám k nadväzovaniu a udržiavaniu vzťahov. U klientov v bezvedomí sú tieto schopnosti narušené kôli intubácii, tracheostómii, poruche vedomia, hybnosti, vnímania... U týchto klientov sa využíva koncept bazálnej stimulácie. Základnými prvkami sú vnímanie, pohyb, komunikácia. Ak má človek poruchu vnímania, nehýbe sa. Ak sa nehýbe tak nekomunikuje. Stimulujeme a podporujeme vnímanie, čím docielime lepšiu hybnosť aj komunikáciu. Vnímame prostredníctvom zmyslov, ktoré vznikajú a vyvíjajú sa v embryonálnej fáze a majú nenahraditeľný význam.

METÓDY: Cieľom našej diplomovej práce bolo zistiť ako sestry vnímajú koncept bazálnej stimulácie, v čom vidia jej prínos, aké majú skúsenosti v praxi, aké techniky sú najviac využívané a aký je podľa nich najvýraznejší efekt pre klienta. Tieto ciele sú spracované vzhľadom na vzdelenie, dĺžku praxe a typ oddelenia.

VÝSLEDKY: Realizovaným výskumom metódou dotazníka u sestier pracujúcich s klientami s poruchou vedomia sme zistili a z výsledkov práce vyplynulo, že sestry považujú koncept BS za veľmi prínosný pre klientov a s názorom, že by mal byť využívaný aj v zariadeniach, kde sa s ním nepracuje. Potvrdila sa nám spojitosť s dosiahnutým vzdelením sestier a uplatňovaním konceptu BS.

ZÁVER: Výsledky nášho výskumu možno využiť ako študijný materiál pre odborné semináre a školenia. Permanentná starostlivosť sestier o pacientov/klientov, je v rukách sestier, využiť svoje vedomosti a zručnosti pre zlepšenie vnímania u pacientov a tým urýchliť zotavovanie a predchádzať komplikáciám.

Kľúčové slová: bazálna stimulácia, vnímanie, komunikácia, hybnosť

ABSTRACT

BALOGHOVÁ, LEA: „*Assessment of basal stimulation in nursing care of patients in a coma.*“ [Diploma thesis] / Lea Baloghová. - St. Elizabeth University of Health Care and Social Work. Institute of Social Sciences and Health of P. Gojdič and V. Hopko in Spišská Nová Ves - Prešov.; Department of Nursing. Supervisor: doc. PhDr. Darina Wiczmándyová, PhD, spec. prof. Department of Nursing. Degree of professional qualification: Master of Nursing. Spišská Nová Ves - Prešov Institute of Social Sciences and Health of P. Gojdič and V. Hopko, 2024. 79 pages.

INTRODUCTION: Communication and acceptance of one's personality belong to significant social needs. It serves to establish and maintain relationships. In unconscious clients, these abilities are impaired due to intubation, tracheostomy, impaired consciousness, movement, perception... The concept of basal stimulation is used in these clients. Essential elements are perception, movement, communication. If one has a perception disorder, one does not move. If one doesn't move, one doesn't communicate. We stimulate and support perception, thereby achieving better momentum and communication. We perceive through the senses, which arise and develop in the embryonic stage and have an irreplaceable meaning.

METHODS: Our diploma thesis aimed to identify how nurses perceive the concept of basal stimulation, what they see as its benefit, what experience they have in practice, what techniques are most used, and what, in their opinion, is the most significant effect for the client. These objectives are processed while considering the education, length of experience and type of department.

RESULTS: Through research conducted using the questionnaire method among nurses working with clients with impaired consciousness, we found out and the results of the thesis showed that nurses consider the concept of BS to be very beneficial for clients and think that it should be used even in facilities where it is not used yet. We confirmed the connection between nurses' education and the application of the BS concept.

CONCLUSION: The results of our research can be used as study material for professional seminars and training. The permanent care of nurses for patients/clients is their responsibility; they have to use their knowledge and skills to improve patients' perception, speed up recovery, and prevent complications.

Keywords: basal stimulation, perception, communication, momentum

OBSAH

ÚVOD	9
1 Teoretické východiská práce	10
1.1 Koncept bazálnej stimulácie	10
1.1.1 Historický vývoj konceptu	13
1.1.2 Súčasná situácia	14
1.2 Bezvedomie	15
1.2.1 Bazálna stimulácia u pacientov v bezvedomí	17
1.3 Stimulácia vnímania	19
1.4 Podpora hybnosti	21
1.5 Podpora komunikácie	22
1.6 Prvky bazálnej stimulácie	26
2 Metodika výskumu	41
2.1 Vymedzenie výskumného problému	41
2.2 Ciele výskumu	42
2.3 Čiastkové ciele výskumu	42
2.4 Hypotézy	42
2.5 Realizácia výskumu	43
2.6 Metodológia výskumu	43
3 Výsledky výskumu	44
3.1 Analýza dotazníkových položiek	44
3.2 Vyhodnotenie hypotéz	58
4 Diskusia	68
4.1 Návrhy a odporúčania pre prax	73
Záver	75
Zoznam bibliografických odkazov	76
Prílohy	

ÚVOD

Bazálna stimulácia je v súčasnosti jednou z ošetrovateľských a liečebných metód. Pacienti si uvedomujú vlastnú identitu, zlepšujú komunikáciu a zvládajú orientáciu v priestore a čase. Ak sú ľudia v kóme alebo hlbokých zmenených stavoch vedomia naskytá sa nám otázky ako zaobchádzať s týmito ľuďmi. Sú to stavy pri ktorých prebiehajú etické, medicínske a aj právne diskusie a sú na to zároveň aj protichodné názory. Stretávame sa s rôznymi prístupmi: nechať ležať, usmrtiť, vyhladovať, poskytnúť na vedecké účely, transplantáciu, alebo začať so skorou rehabilitáciou a sociálnou integráciou. V dnešnej dobe vo všetkých vyspelých krajinách sveta dochádza k zvyšovaniu nákladov na zdravotnú a sociálnu starostlivosť a to vedie k potrebe obhájiť používané postupy, ktoré musia byť založené na dôkazoch. Je to vedomé a jasné využívanie dôkazov pri rozhodnutiach v starostlivosti o klientov. Človeka vnímame ako bio-psycho-sociálnu bytosť s potrebami. K dôležitej sociálnej potrebe človeka patrí komunikácia a aj akceptácia vlastnej osoby. Náročné je komunikovať s pacientom, ktorý nevykazuje žiadne reakcie. Úlohou pracovníkov je pochopiť ich potreby, porozumieť im a poskytnúť im starostlivosť, ktorá vychádza z ich potrieb. S takýmito pacientmi je možné komunikovať cez gestá a symboly, pohybom rúk, mimikou, plačom, pocitmi (Křivohlavý, 2002, s.43). Ľudia pri týchto pacientoch cítia bezmocnosť, bezradnosť, nevedia čo prežívajú, čo vnímajú a čo sa dá pre nich urobiť. Pacienti v kóme bojujú s orientáciou v priestore a čase, sú zmätení hlukom. Pri týchto ľuďoch môžeme využiť každý prejav, reč tela, pozorovať dych, pohyby viečok, rias, mihalníc (Friedlová, 2018, s. 23). Dôležité pri starostlivosti o týchto ľudí je to, aby neostali sami vo svojom svete a aby sme im poskytli ľudský kontakt, snažili sa im dať pocit istoty a bezpečia, rešpektovali ich ako ľudské bytosti (Kapounová, 2007, s.64). Koncept bazálnej stimulácie bol vyhotovený s týmto cieľom. Bazálna stimulácia sa vytvára podľa vzťahu medzi príjemcom a poskytovateľom. Je individuálna a podporuje príjemcu podľa jeho možností vývoja.

V našej diplomovej práci sa v teoretickej časti venujeme konceptu bazálnej stimulácie, jeho história, technikám. V praktickej časti nás zaujímalо aké prvky sú využívané v praxi, aký je najvýraznejší efekt jej používania, informovanosť a či má súvis s používaním bazálnej stimulácie dosiahnuté vzdelanie.

1 TEORETICKÉ VÝCHODISKÁ PRÁCE

1.1 Koncept bazálnej stimulácie

Bazálna stimulácia je koncept podporujúci ľudské vnímanie. Vnímanie je vlastne získanie vnemov pri vedomí pomocou zmyslov. Každý človek vníma zmyslami vyvíjajúcimi sa už v embryonálnej fáze a majú svoj nenahraditeľný výnam. Zmyslami vnímame samých seba a okolity svet. Schopnosť vnímania je závislá od zmyslových analyzátorov. Do nervových vlákien sa dostávajú nervové vzruchy, ktoré sú reakciou pôsobenia vonkajších faktorov. Tieto zachytávajú receptory v zmyslových orgánoch a nazývajú sa stimuly. Podnetom je akákoľvek zmena vonkajšieho alebo vnútorného prostredia, ktorá pôsobí na neurón. Počas pôsobenia podnetu na receptor vzniká v mozgu prežitok, ten je základom vnímania. Schopnosť uložiť a uchovávať informácie je prejavom plasticity nervového systému. Plasticita zahŕňa funkčné zmeny kvantity a kvality synaptického prenosu, ktoré sú spojené s pamäťou a učením a to zvýšenou výživou a stimuláciou. (Rokyta, 2015, s.112) Pri zániku neurónov (nedostatok O₂...) nie je možné ich obnovenie, ale centrálny nervový systém je schopný prispôsobenia sa, je plastický. Je to schopnosť kedy poškodené časti CNS môž byť kompenzované. Prejavom plasticity je schopnosť uložiť a uchovať informáciu. Tie sa pri cielenej stimulácii znova aktivizujú. Pri bazálnej stimulácii sa vychádza z týchto poznatkov. Tým, že máme schopnosť vnímania, naučili sme sa pohybovať a komunikovať. Navzájom sa ovplyvňuje ako vnímanie, tak aj pohyb a komunikácia. Tým, že vnímame sme schopní pohybu a komunikáciu máme zas umožnenú kôli pohybu a vnímaniu. (Fábrianová, 2014,s.19)

Základom konceptu bazálnej stimulácie sú pohyb, komunikácia a vnímanie a ich prepojenie. Základným princípom bazálnej stimulácie je sprostredkovanie vnemov zo svojho tela a stimuláciou vlastného organizmu mu umožniť vnímať okolity svet a postupne s ním nadviazať komunikáciu. (Otrubová, 2006, s.36) Ľuďom, u ktorých došlo k zmenám v týchto oblastiach to umožní podporu prostredníctvom cielenej stimulácie zmyslových orgánov pričom sa využívajú schopnosti ľudského mozgu uchovať svoje životné návyky v pamäťových dráhach. Ak pôsobí cielená stimulácia na senzomotorické systémy, aktivizuje sa pamäťová stopa čím dôjde k zlepšeniu výkonu a kognície. Znovu aktivovať mozgovú

činnosť môžeme cielenou stimuláciou uložených spomienok, čím podporíme hybnosť klientov, vnímanie a komunikáciu. Bazálna stimulácia je ošetrovateľská a liečebná metóda, umožňujúca vnímať pacientovi vlastnú individualitu, zlepšuje sa komunikácia s okolím a orientáciu v čase a priestore (Dosbaba,2021,s.22). Podporuje interakciu, vývoj a komunikáciu. Je orientovaná na všetky oblasti ľudských potrieb a mení sa v závislosti od veku a stavu klienta. Pozerá sa na neho ako na rovnocenného partnera, ako na človeka s vlastnou históriaou, s určitými schopnosťami a s individualitou, ktorú telesne a psychicky manifestuje. Tento koncept poskytuje profesionálnu, individuálnu, efektívnu, terapeutickú a humánnu ošetrovateľskú starostlivosť, nakoľko berie do úvahy to, že každý má vzhľadom k svojmu momentálnemu stavu vedomia inú požiadavku na komunikáciu s okolím. Nepoužíva žiadne nadštandardné pomôcky ani prístroje, čím nie je finančne náročná pre zdravotnícke zariadenie. Vyžaduje si len teoretické vedomosti a praktické znalosti konceptu bazálnej stimulácie, ochotu pomôcť, pochopenie a spoluprácu všetkých členov tímu (Otrubová, 2006, s.36). Je vhodná ako u pacientov v bezvedomí, na umelej plúcnej ventilácii tak aj u hemiplegických pacientov a chorých s Alzheimerovou chorobou.

“Bazálna stimulácia nie je metóda ani technika, je to koncept. Koncept znamená, že sa nejedná o presne formulovanú terapiu alebo pedagogické opatrenia, ale témy, ktoré musia byť stále rozvíjané a prispôsobované. V centre záujmu je človek s jeho psychickou realitou, ktorá nám otvára možnosť osobného stretnutia. Bazálna stimulácia je systematický individuálny doprovod a starostlivosť, ktoré podporujú učenie a osobný rozvoj človeka. Nejde o to človeka s t'ažkým postihnutím nútiť do určitých schém starostlivosti a štandardizovaných postupov. Človeka nie je možné vyvinúť, ale je možné prispôsobiť ošetrovateľské, terapeutické a pedagogické ponuky a okolité prostredie tak, aby bol podporovaný jeho vývoj. (Frohlich,1998,s.23)

Koncept bazálnej stimulácie je určený pre človeka v t'ažkej životnej situácii. K tejto situácii dochádza vtedy, ak si človek z dôvodu postihnutia, choroby, úrazu alebo staroby nie je schopný zabezpečiť sebestačnosť. Tento človek potrebuje iné osoby k tomu, aby mu pomáhali a umožnili vnímať okolity svet, aby mu umožnili priblížiť okolity svet na úroveň jeho schopnosti vnímania, aby sa mohol pohnúť alebo zmeniť polohu, aby mu bolo možné rozumieť bez možnosti využitia reči, aby ho kompetentne zaopatrili a doprevádzali. Činnosti, ktoré sú u klienta vykonávané, by mali byť súčasťou celodennej starostlivosti a

nie len obmedzené na dobu, kedy je príslušný špecialista prítomný u klienta. Pri tejto práci sú ošetrovateľskými intervenciami vlastne ošetrovateľské ponuky, pri ktorých potrebujeme rozpoznať potreby pacienta. Vychádzame zo situácie, ktorá zohľadňuje individuálne životné návyky pričom je nutné poskytnúť vhodné stimuly. Každú ošetrovateľskú ponuku vykonávame s vedomím cielenej stimulácie ako zachovaných tak isto aj oslabených zmyslov. Kľúčová je tímová spolupráca, kedy sa všetci zapájajú do starostlivosti spoločne, vzájomne nadvádzajú na seba a konzultujú (Fabiánová, 2014, s.9). Výhodou je možnosť vybrať si len určité prvky podľa potrieb pacienta. Vhodná je spoločná dokumentácia, kde sú uvádzané informácie pre ostatných. Dôležitá je spolupráca s rodinou. Tá pozná potreby klienta čím ušetrí personál od mnohých omylov. Komplexná tímová práca je základom bazálne stimulujúcej starostlivosti. Pri tejto metóde si pacienti s ťažkými diagnózami začnú uvedomovať svoje potreby, začnú vnímať vlastné telo a aj okolie. Znižuje sa závislosť pacienta, vedie k zlepšeniu pohybu, komunikácií a vnímania. Koncept používa vlastné techniky a programy (Brauner, 2019, s. 87).

Bazálna stimulácia sa vyvíja a tvorí zo vzťahu medzi ošetrujúcim a pacientom. Navrhuje pacientovi vnemy, kedy sa sám rozhodne či ich prijme alebo nie. Ošetrujúci majú možnosť a priestor aby využili vlastnú kreativitu. Pacient má možnosť vnímania a rozpoznania hraníc svojho tela, umožňuje mu mať zážitok, naskytuje sa mu možnosť vnímania okolitého sveta a prítomnosť inej osoby.

Základom je štruktúra, telo a okolie pacienta, individualita, zmysluplnosť, vzťah sestry a pacienta a podporná starostlivosť. Ošetrovateľská starostlivosť je štruktúrovaná v čase. Činnosti sú vykonávané tak, že si pacient na ne môže zvyknúť a nájsť v nich istotu a aj orientáciu. Skúša dať jasné vnemy a skúsenosti, ktoré sa vzťahujú na zážitky spojené s vnímaním vlastného tela a okolia. Pri činnostiach sestra komunikuje s použitím jednoduchých slov vyjadrujúcich zmysel jej činnosti (Slezáková, 2006, s. 9). Táto starostlivosť je pre pacienta zmysluplná a interaktívna.

Najčastejšou prekážkou pri tejto starostlivosti je rozdelenie práce. Pri vyhotovovaní plánov sa nepristupuje komplexne s ohľadom na potreby klienta. Bez vzájomnej spolupráce jednotlivých profesií a sociálneho okolia klienta na starostlivosti nie je možné dosiahnuť viditeľné pokroky vo vývoji zmeny stavu klienta.

1.1.1 Historický vývoj konceptu

Koncept bazálnej stimulácie vytvoril prof. Andreas Frohlich, špeciálny pedagóg. V roku 1970 nastúpil do rehabilitačného centra Westpfalz/Landstuhl v Nemecku, kde sa venoval deťom, ktoré mali ľažké kombinované telesné a intelektuálne zmeny. Spracoval teóriu podpory a rozvoja schopností detí s ľažkými zmenami vo vnímaní, hybnosti a komunikácii. (Friedlová, 2007, s. 13) Počas jeho výskumnej činnosti vypracoval koncept bazálnej stimulácie. U detí s ľažkými zmenami v oblasti vnímania z dôvodu hlbokej mentálnej retardácie nebolo možné nadviazať verbálnu komunikáciu. Andreas Frohlich vychádzal z vedeckých štúdií v oblasti prenatálnej vývojovej psychológie a tiež sa zaoberal podporou senzomotorickej komunikácie. Na schopnosti ľudského tela vnímať a prijímať signály a tiež reagovať cez komunikačný kanál telesného, vestibulárneho a vibračného vnímania nadviazal veľmi úspešnú komunikáciu s týmito deťmi. Tento koncept vypracoval na základe svojho tvrdenia, že aj takéto deti sú vzdelávateľné, aspoň v oblasti vnímania vlastného tela alebo nácviku rôznych pohybových aktivít v zmysle sebaobsluhy. Koncept pomáha pedagógom podporiť tieto deti v ich vývoji a skvalitniť im prežívanie života. (Fábiánová, 2014, s. 49)

Do ošetrovateľskej starostlivosti priniesla tento koncept v 80. rokoch 20. storočia prof. Christel Bienstein, zdravotná sestra. Pracovala v intenzívnej medicíne a vo Vzdelávacom centre nemeckého profesijného zväzu pre ošetrovateľské povolanie v Nemecku. Koncept využila k stimulácii pacientov v kóma vigile a dokázala úspešnosť tohto komunikačného a vývoj podporujúceho konceptu (Friedlová, 2014, s. 34). Pozitívne výsledky dali podnet aj iným odborníkom a tento koncept zaviedli do všetkých oblastí (neonatologická, psychiatrická, geriatrická, paliatívna...) Môže sa použiť u všetkých ľudí, ktorí majú obmedzenú schopnosť vnímania a pohybu. Je uznávaný v odbore ošetrovateľstva a pedagogiky. Od roku 1994 vedie Inštitút výskumu ošetrovateľstva na lekárskej fakulte súkromnej univerzity v Nemecku. V rámci svojej vedeckej činnosti vedie výskumné projekty v oblasti zmien ľudského vnímania.

Spolu s prof. A.Frohlichom modifikovali koncept pre ošetrovateľskú starostlivosť a vypracovali systém vzdelávania lektorov, ktorí zabezpečujú zaškolenie ošetrujúcich a aplikáciu konceptu do praxe. Spoločne sa podieľajú na vedeckých projektoch v oblasti konceptu bazálnej stimulácie. Lektori musia absolvovať na vybraných vzdelávacích

inštitúciách 4-semestrálne štúdium konceptu a úspešne ukončiť záverečné skúšky. Aplikovať prakticky koncept do starostlivosti sa môže len na základe absolvovania certifikovaného kurzu bazálnej stimulácie pod vedením lektora.

1.1.2 Súčasná situácia

V krajinách Európskej únie patrí takáto stimulácia k uznávaným a aplikovaným konceptom, a to ako v oblasti špeciálnej pedagogiky, tak aj v ošetrovateľstve. Je dôležitou súčasťou života u ľudí, ktorí sú akokoľvek telesne alebo duševne postihnutí, u ľudí v kóme vigile, pre mentálne postihnutých, u ľudí so zmeneným vnímaním a taktiež u všetkých klientov v ústavoch sociálnych služieb, pacientov v nemocniacích, obyvateľov domovov dôchodcov. Dôležitý a podstatný význam má aj pri starostlivosti o nedonosené deti. Jeho prínos sa dokazoval v 70. a 80. rokoch minulého storočia (Friedlová, 2007, s.15). V súčasnosti sa zavádzajú do praxe a realizuje sa. Informácie, názory a skúsenosti, nové poznatky sa vymieňajú na konferenciách, seminároch, internete, v literatúrach. V zahraničí sú k dispozícii učebnice pre prácu s konceptom v jednotlivých odboroch ošetrovateľstva - v intenzívnej, psychiatrickej, geriatrickej, neonatologickej a paliatívnej starostlivosti. Koncept je v zahraničí súčasťou osnov v štúdiu ošetrovateľstva na zdravotníckych školách a v praxi sa s ním pracuje na väčšine oddelení. Veľké zahraničné zdravotnícke zariadenia majú vlastných lektorov, ktorí priebežne školia zamestnancov (Fabiánová, 2014,s.8). V ČR bol tento pojem do 90. rokov neznám. Zdravotnícka verejnosť bola informovaná o koncepte od roku 2000 prostredníctvom odborných príspevkov v časopise Sestra, na konferenciách, na prednáškach pre personál nemocníc a zariadení sociálnych služieb. Reakcie boli rôzne a veľakrát neprijemné, lebo sa jednalo o úplne iný prístup ku klientovi a inú filozofiu starostlivosti, než na akú sme boli zvyknutí. Niektorí sa vyjadrovali štýlom: „*to tu nechceme, ešte aby sa nám rodina pozerala pod ruky*”, alebo „*to je teda blbost, dávať pacientovi osobné veci do posteľe a jeho okolia, taký neporiadok*”. V ČR je od roku 2004 koncept integrovaný do tématických plánov pre študijný program zdravotnícky asistent na SZŠ. V roku 2005 bol založený inštitút vo Frýdku-Mýstku, Institut Bazálnej stimulácie (Friedlová, 2014,s.28).

Bolo vykonaných mnoho vedeckých štúdií, ktoré dokazujú, že koncept bazálnej stimulácie stojí na vedeckých základoch. Výskumy boli vykonávané z dôvodu potreby poskytovať

ľudom čo najlepšiu a najefektívnejšiu starostlivosť, ale za vedecky odôvodniteľných podmienok. Využívanie konceptu bazálnej stimulácie znamená rozšírenie kompetencií terapeuta v rámci ošetrovateľského procesu. Na základe analýzy klientovho mentálneho a somatického stavu sa terapeut rozhodne o tom, aké techniky konceptu použije pri starostlivosti o klienta. Následne podľa toho ako sa vyvíja stav klienta a aké má reakcie adekvátne upravuje stimulujúce techniky. Takáto starostlivosť je samostatná, kreatívna a kompetentná, čím chráni terapeutov pred syndrómom vyhorenia. Konceptom sa zvýšila kvalita ošetrovateľskej starostlivosti a podporila sa nutnosť ošetrovateľského výskumu (Friedlová, 2010,s. 18). Od roku 2006 prebiehajú v ČR a SR odborné audity preškolených pracovísk. V 1.fáze auditu sa zistuje početnosť uplatňovaných prvkov konceptu v priamej starostlivosti na vybraných pracoviskách, reakcie klienta. Analyzuje sa početnosť techník, ktoré sú využívané k nadviazaniu kontaktu a ku komunikácii s klientom. Zistuje sa, ktoré techniky sú využívané ku stimulácii vnímania a udržaniu koncentrácie klientov a ku stimulácii pohybovej aktivity klientov. Prebieha tiež analýza problémov, ktoré sa vyskytli behom integrácie konceptu do starostlivosti. V druhej fáze je analýza kazuistik. Kazuistiky sú doplnené o fotografie a videá.

1.2 Bezvedomie

Vedomie je stavom, kedy si človek plne a správne uvedomuje sám seba a aj svoje okolie. Reaguje správne na vonkajšie a vnútorné stimuly a je schopný jednať podľa svojej vôle. Bdelosť alebo vigilita a jasné vedomie čiže lucidita sú základom pre neporušený stav vedomia. Bezvedomie patrí medzi kvalitatívne poruchy vedomia, pri ktorej CNS nie je schopný reagovať na vonkajšie podnety (zvuk, bolest’), zníženie vigility (Slezáková, 2006,s.56). Môže ísť o čiastočnú (somnolencia, sopor) alebo úplnú (kóma) stratu reakcií. Bezvedomie je vtedy, ak postihnutý nereaguje na hlasné oslovenie alebo na bolestivý podnet. Predtým ako človek upadne do bezvedomia má narušené vedomie, kedy čiastočne vníma, ale neadekvátne odpovedá, prípadne neurčito a nezrozumiteľne. (Bartúnek, 2016,s.427)

Vzniká následkom poruchy funkcie mozgu.

Pri ľahkej poruche vedomia, **sommolencii**, postihnutý pospáva, neodpovedá okamžite, ale pri slovnom podnete alebo pri dotyku sa prebudí, má spomalené reakcie a odpovedá s latenciou ale je schopný komunikovať. Ihned' naspäť zaspáva, keď ho prestaneme stimulovať (Gúth, 2012, s.54).

Pri hlbšej poruche, **sopor**, postihnutého nevieme prebudiť slovom, ale až intenzívnejším až bolestivým stimulom, nie je schopný komunikácie a reaguje len jednoslabičným slovom alebo obranným pohybom, zamručaním. (Kapounová, 2007,s.196)

Kóma je hlboké bezvedomie, najťažší stupeň poruchy vedomia, kedy postihnutý nereaguje, na vonkajšie podnety a kontakt s ním je nemožný. Môže byť povrchová kóma alebo hlboká. Pri povrchovej kóme je znížený korneálny reflex, myotatické reflexy a fotoreakcie. Pri bolestivých podnetoch pacient zareaguje pohybom končatín. Pulz, tlak krvi a dýchanie môžu byť normálne. Pri hlbokej kóme sa reflexy nevybavujú, vyhasínajú zornicové a korneálne reflexy, nereaguje na silnú bolest', nastavajú poruchy dýchania, pulzu a tlaku krvi. Dochádza aj k zástave spontánneho dýchania. Môže vyústiť v mozgovú smrť.

Apalický stav je to vegetatívny stav, alebo tiež coma vigil. Ide o taký druh poruchy vedomia, ktorej príčinou je poškodenie mozgovej kôry. Popisovaný je ako prechodný stav v dôsledku traumatického aj netraumatického poškodenia mozgu (krvácanie, otavy, ischémia). Môže trvať niekoľko rokov kým sa upravia funkcie mozgu a aj to s nejasným výsledkom (Ambler, 2011,s.64). Človek vyzerá, že je pri vedomí, je bdelý, oči má otvorené, pohľadom nesleduje okolie, pozera do práz dna, nefixuje, nehovorí, reaguje iba reflexne, pohyby sú neusporiadane a na slabšie podnety reagujú len horné končatiny, fáza spánku trvá iba niekoľko minút, chýbajú emočné reakcie, svaly majú zvýšený tonus. Títo pacienti nepatria medzi akútne a kritické stavy medicíny (okrem prvej fazy ochorenia), ale z hľadiska ošetrovateľstva sú to najnáročnejšie prípady. Sú úplne závislí a odkázní vo všetkých oblastiach na komplexnú ošetrovateľskú starostlivosť.

Bezvedomie patrí medzi stavy, ktoré ohrozujú život bez ohľadu na to čo je jeho príčina. Spôsobuje poruchy dýchania, upchatie dýchacích ciest, aspiráciu s následným vznikom ťažkého zápalu plúc (Dobiáš, 2006,s.61). Ak vznikne nalačno, do dýchacích ciest zatečie žalúdočná kyselina, ktorá spôsobí poleptanie dýchacích ciest s opuchom a zúžením priesvitu, alebo poškodenie výstrelky plúc s kolapsom plúcnych mechúrikov. Vyvinie sa

zastavenie prívodu kyslíka a zabráni sa tak prieniku kyslíka z plúc do krvi. Hypoxia a vazodilatácia ktorá pri ňom vzniká môže spôsobiť poruchy funkcie dôležitých orgánov a všetkých systémov. Bezvedomie vyvoláva aj poruchy krvného obehu, rozsiruje cievy, znižuje tlak krvi a spomaluje priesvitok krvi, najviac cez životne dôležité orgány. Týmto sa zhoršuje dodávka kyslíka, živín, odstraňovanie produktov látkovej výmeny a v krátkej dobe dochádza k zlyhaniu mozgu, srdca, plúc, pečene, obličiek a ostatným orgánom s následkom smrti. (Dobiáš, 2017, s. 92)

Medzi najčastejšie príčiny patrí: opitost', úrazy hlavy, epilepsia, metabolické príčiny - DM, hepatálne alebo renálne zlyhanie, hypo alebo hypertermia, obenové príčiny - arytmie, šok, otvary liekmi, febrilné kŕče, cerebrovaskulárne ochorenia - ischémie, krvácania, vnútrolebečné nádory, abscesy, psychiatricke príčiny (Kapounová, 2007, s. 197)

1.2.1 Bazálna stimulácia u pacientov v bezvedomí

Vývoj moderných, komunikačných, medicínskych a aj terapeutických metód spojených s čo najefektívnejším systémom starostlivosti prináša so sebou nové poznatky aj čo sa týka pacientov v bezvedomí a so zmenenými stavmi vedomia. Výskumy a nové technické postupy a merania poukazujú na to, že aj ľudia vo vegetatívnom stave alebo kóme vnímajú a spracovávajú informácie z okolia aj keď nie sú schopní vyjadriť sa, rozlišujú aj zmysluplné vety. Štúdie dokázali, že viac ako polovica pacientov v kóme disponuje vnútorným správaním, ktoré nie je možné rozpoznať z vonkajších reakcií prípadne pre cudzích a neskúsených sú veľmi ťažko rozpoznané (Rokyta, 2000, s.214). Tieto reakcie si všimnú najskôr príbuzní alebo ošetrujúci a skúsený personál, ktorí zbadá vegetatívne znaky a tonické impulzy.

Veľmi dôležitý je etický postoj, ktorý rezonuje medzi empatiou a reflexiou. Už na začiatku je podstatné intuitívne uchopenie skôrých telesných signálov príbuznými a personálom. Nutné je preto zameranie sa na oblasť psychiky človeka v kóme a prostredie v ktorom sa pacient nachádza a bude nachádzať, pretože všetko ovplyvňuje jeho ďalší stav. Nezameriavame sa len na udržanie a obnovenie biologických funkcií. Kóma v sebe zahŕňa ako biologický tak aj psychický proces. Obsahuje časti traumy a šokovej reakcie, ktoré môžu mať dlhodobé a pretrvávajúce dôsledky a pacienti sú náchylní na retrumatizáciu.

Pacienti sú v situácii úplnej izolácie, sú vytrhnutí zo svojho známeho a sociálneho prostredia. Pridáva sa k tomu izolujúce vnútorné zranenie mozgu pacienta a aj prostredie ARO/JIS. Pacient môže prežiť len cez úplnú a komplettnú pomoc a nepretržitú medicínsku starostlivosť. Je plne závislý od personálu a prístrojov.

Senzorická deprivácia predstavuje pre nich veľké riziko nakoľko ovplyvňuje množstvo fyziologických funkcií, vrátane zvýšenia stresových hormónov, kognitívnych funkcií, pamäť a vnímanie. Ak je človek dlhodobo vystavený senzorickému deficitu (monotónny zvuk...) dochádza k výrazným zmenám vo vedomí (Otrubová, 2006,s.37). Veľký problém je aj príliš veľa stimulov, ktorými sú pacienti vystavení na jednotkách intenzívnej starostlivosti. V štúdiach sa poukazuje na to, že týchto pacientov sa cca každých 5 minút dotkne minimálne 1 osoba. Ak sa prekročí pacientova kritická hranica a dotyky sú zasadené do neadekvátneho rámca pacienta, ten už nie je schopný informácie zmysluplnie spracovať. U pacienta sa to môže prejaviť v izolácii alebo obranných reakciách (spazmy, udieranie, stiahnutosť...). Pridávajú sa k tomu rôzne akustické podnety (alarmy...), ktorých dôsledkom je pokles vnímania (Fabiánová, 2014,s. 60).

Pacienti, ktorým je podávaných príliš málo alebo naopak príliš veľa nezmysluplných podnetov reagujú zmätenosťou, agresivitou, utiahnutím sa až predstieraním mítveho. Ošetrujúci personál by mal preto urobiť jasné a cielené, jenoznačné ponuky. V tomto prípade má veľký význam jasná reč, jednoduché vety, konkrétné pokyny, pokoj v tóne hlasu, popísanie toho čo sa ide s pacientom robiť alebo sa s ním robí a súčasné vnímanie späťnej väzby (Batuňák, 2016,s.311).

V súčasnom a pretechnizovanom prostredí nemocníc je veľké nebezpečenstvo, že sa vytratí individualita pacienta čím sa stáva len objektom starostlivosti. Kým človek žije tak je spojený s okolím pohybmi a vnemami. Preto je veľmi rozhodujúce vybudovanie sociálnych vzťahov medzi ošetrujúcim a pacientom. Ľudia v kóme majú svoju životnú história, meno, osobnosť. Aj v kóme má človek zachované vyjadrovacie prostriedky svojej osobnosti. Vhodným prostriedkom je práve preto vzťahový koncept, ktorý pomáha budovať kontakt a vzťahové ponuky čím podporí a zmobilizuje samoliečbu. Touto metódou sa pridáva hľadisko toho, čo pokladá za dôležité a potrebné samotný pacient a nie len jeho okolie. Buduje sa bližší kontakt s pacientom. Štúdie poukazujú na to, že pomocou stimulácie, ktorá zlepšuje vnímanie seba samého a pomáha budovať kontakt s druhými sa

neskôr vybuduje komunikácia kódom napr.áno, nie stiskom ruky, pohybom očí, hlavy..., čím dokážeme u pacientov vytvoriť minimálne motorické odpovede.

U pacientou v bezvedomí je hlavnou metódou rehabilitácie, rehabilitácia zameraná na multisenzorickú stimuláciu. Bazálna stimulácia patrí medzi koncept, ktorý sa nachádza medzi ošetrovateľstvom a rehabilitáciou. S rehabilitáciou sa má začať hned' ako má pacient stabilizované základné životné funkcie. Miera vnímania je u každého pacienta iná a aj odpovede sú individuálne (Gúth, 2012, s.34). Veľmi dôležité je, aby sme sa v blízkosti pacienta správali tak, ako keby bol pri vedomí, nakoľko sa nejedná o stav, kedy chorý nevníma hoci nie je schopný reagovať. Aj rôzne nevhodné poznámky môžu mať veľmi nepriaznivý psychický dopad na pacienta v bezvedomí. (Brauner, 2019, s.88)

Dôležitú rolu pri liečbe týchto pacientov hrajú príbuzní a mali by sa stať súčasťou tímu.

Stimulovať pacienta je základnou myšlienkou tohto konceptu. Pacienti stimuláciou začnú vnímať svoje telo, okolie a nasledne začnú komunikovať.

Prvé známky reakcií sú skryté. Prejavujú sa vegetatívnym parametrami ako napr. kožným odporom, dýchaním, srdečovou aktivitou. Základom je, aby stimulácia nikdy nebola bolestivá, má byť pacientovi príjemná a známa z obdobia, kedy ešte neboli chorí (Friedlová, 2005, s.25).

Stimulácia môže byť somatická, vibračná, vestibulárna, auditívna, orálna a taktilno-haptická.

1.3 Stimulácia vnímania

Ludia, ktorí môžu vnímať veľmi obmedzene svoje okolie a svet ľudí okolo seba je redukovaný a koncentruje sa len na oblasť svojho vlastného tela. Tento stav zažili všetci ľudia v prenatálnom období. Tieto zážitky sú uložené v pamäťových stopách a môžu byť aktivované s cieľom stimulovať vnímanie seba samého a použiť ich aj na naviazanie komunikácie s okolím. Vnímame prostredníctvom zmyslov. Vnímanie sa vyvíja postupne od embrya a preto rozlišujeme rôzne stupne vnímania. Začiatky vnímania boli zistené v 7. týždni prenatálneho vývoja v poradí vibračná, somatická, vestibulárna komunikácia.

Všetko, čo človek robí sa deje na základe neustálej výmeny medzi vnímaním, pohybom a komunikáciou (Frohlich, 1998, s.206).

Terapeuti pri používaní tohto konceptu skúšajú pomocou ponuky podnetov a pohybu nadviazať komunikáciu s ľuďmi so zmeneným vnímaním a komunikáciou. U týchto pacientov je snaha docieľiť podporu a umožniť vnímanie tak, aby u klientov došlo k stimulácii vnímania vlastného tela, rozvoju identity, vnímania okolia, komunikáciei s okolím, zvládnutiu orientácie v čase a priestore, zlepšeniu funkcií organizmu. (Friedlová, 2005, s. 18)

Pri cielenej a štruktúrovanej stimulácii zmyslov a hybnosti u klientov podľa konceptu bazálnej stimulácie vznikajú nové dendrické spojenia v mozgu. Vybavujúce sa pamäťové stopy, umožňujú chorému reagovať podľa jeho zvyklostí. Stimuláciou sa rozvíja vnímanie vlastnej osoby. Človek, ak nie je schopný vnímať sám seba nemôže vnímať ani okolie. Dávame mu možnosť vnímať hranice tela a okolia, podporujeme komunikáciu, bránime senzorickej deprivácií a zmierňujeme dezorientáciu a zmätenosť. Bazálnu stimuláciu využívame u osôb so zmenou v zmyslovom vnímaní, zmenou v komunikácii a hybnosti, u pacientov v kóme, dlhodobo ležiacich, v intenzívnej starostlivosti, u nekľudných, dezorientovaných ľudí pri plnom vedomí, u geriatrických pacientov a nedonosených a detí. K tomu, aby bola stimulácia kvalitná a úspešná je dôležité získanie kvalitnej autobiografickej anamnézy, formulácia reálnych cieľov, zostavenie plánu a kontinuálne monitorovanie reakcií pacienta na poskytovanú stimuláciu (Friedlová, 2007,s. 131).

Autobiografická anamnéza - starostlivosť, ktorá je poskytovaná na základe anamnézy znamená to, že porozumieme jedincovi. Pri aplikovaní prvkov bazálnej stimulácie do ošetrovania klienta vychádzame zo zvykov a pamäťových stôp, ktoré sa pokúšame vybaviť, aby sa klienti uvolnili a zlepšili si vedomie. Pomáha nám pri tom zoznámenie sa s jeho rodinou, u ktorej zistujeme zvyky pacienta (ako zaspáva, čo pije, raňajkuje, čo má rád,...), životné návyky, prežívanie, vzdelanie, rodinný stav....

Každý človek je iný a inak sa správa a reaguje v určitých situáciách. Každého formuje jeho sociálne okolie a prežívané situácie. Individuálna starostlivosť preto vyžaduje pochopenie daného človeka. Tým, že každý je jedinečný, každý má aj vlastnú autonómiu, každý sa riadi vlastnými vnútornými zákonmi. Pracovať s autonómou človeka znamená rešpektovať ho a pochopiť.

Spísanie biografie predstavuje veľmi dôležitú súčasť ošetrovateľského procesu. Pri jej znalosti ošetrovateľské intervencie budú zohľadňovať individualitu klienta.

Príbuzní sú veľmi dôležití v liečebnom a ošetrovateľskom procese. Získanie biografie môže byť dlhodobý proces nakoľko príbuzní nemusia poskytnúť všetky údaje hneď pri prvom rozhovore. Príbuzní na to, aby poskytli všetky údaje musia získať dôveru u terapeuta (Fabiánová, 2014,s. 50). Dôležité je, vysvetliť príbuzným prečo sa ich pytame na také veci, čo od nich očakávame a prečo je to podstatné a dôležité, čo chceme dosiahnuť.

Jednotlivé oddelenia, zariadenia by si mali vypracovať otázky, ktoré sú vhodné vzhľadom na skladbu klientov, ich možné potreby a štruktúru daného pracoviska. Príkladom môžu byť otázky napr.: profesia klienta, jeho sociálna situácia, aký je typ (kľudný, živý, či potrebuje ruch okolo seba, nejaké dianie...), ako počuje, vidí, jeho rytmus, štruktúra dňa, či je pravák, ľavák, aké má rád dotyky, ako spí, ako sa prikrýva, ako si čistí zuby, čo rád jedáva, čo rád pije, aké zvuky, hudbu má rád, aké má oblúbené vône, materiály, predmety, veci, čo robí ak má bolesti, čo robí aby sa cítil dobre,(Friedlová, 2007,s.134)

Je nevyhnutné, aby personál rešpektoval príbuzných ako rovnocenných partnerov a ich schopnosti a kompetencie. Odmietnuť príbuzným spolupodieľať sa na starostlivosti znamená minimalizáciu toho, aby sme vedeli zaradiť životné návyky klienta do starostlivosti. Znamenalo by to vytvorenie bludného kruhu nesúhlasu, nepochopenia a neakceptovania medzi terapeutom a rodinou. Ak sú odborníci v rolách tých, ktorí vedia všetko najlepšie vytvorí sa odstup a chlad vo vzťahoch. Príbuzní, ak uvidia záujem o biografiu klienta znamená to pre nich pozitívny signál. Posilní sa pocit dôvery voči terapeutom. Dôveru posilní taktiež vzájomný rozhovor a dohoda medzi príbuznými a terapeutmi na spoločných cieľoch a postupoch v starostlivosti o klienta.

1.4 Podpora hybnosti

Pohyb je dôležitý na zabezpečenie chôdze, udržanie tela, k získaniu a prijatiu potravy, k vyprázdňovaniu, dýchaniu, rozmnožovaniu, k práci a je taktiež spojený s komunikáciou (reč, mimika, gestikulácia) a rôznym ďalším psychickým prejavom (Lippertová, 2020,s.21). Schopnosť pohybu umožní človeku ako komunikáciu s okolím tak

aj vnímanie vlastného tela a okolia. Predtým než sa vykoná pohyb je myšlienka na pohyb a preto nie je možné oddeliť vnímanie a pohyb.

Najdôležitejšiu zložku telesných funkcií predstavujú cielené úmyselné pohyby, sú základom práce a komunikácie, cielené pohyby predstavujú cielenú motoriku (Trojan, 2005,s.54).

Koncept vychádza z vedeckých tvrdení, že správanie človeka má prvky vrodené, geneticky programované a tiež získané, čiže vytvorené v priebehu života jedinca. Prvou formou inteligencie u človeka je forma senzomotorickej inteligencie a trvá celý prvý rok života. Toto obdobie nemôže byť preskočené. Je základom myslenia. Obsahuje skúsenosti s pohybom a vnímaním. Sú to aktivity týkajúce sa vnímania, držania tela (svalový tonus) a pohybu. Senzomotorická inteligencia je schopnosť riešiť tieto aktivity ešte pred zvladnutím reči (Kolář, 2009, s.243). Rovnaké je to u ľudí, ktorí následkom úrazu alebo ochorenia zišli do nižšieho vývojového štadia a musia rovnako ako deti riešiť problémy senzomotorikou. Človek svoje prostredie poznáva pomocou zmyslov, činov (motoriky) a analýzy. K vykonaniu určitých cieľov jednania vznikajú v mozgu systémy s vlastnou organizáciou. Vďaka opakovaniu určitej činnosti sú spevňované a stabilizované.

K podpore hybnosti koncept využíva techniky všetkých prvkov, základných aj nadstavbových. Dôležitá je však motivácia aby sa stimulovalo vnímanie a tým sa podporila hybnosť.

1.5 Podpora komunikácie

Ide o vedomú činnosť ľudského správania sa. Znamená byť v spojení. Komunikácia je stále prebiehajúci dej, pri ktorom sa prenášajú myšlienky cez predstavy, zakódovaním, prenosom, prijatím, dekódovaním a reakciou. Komunikáciou budujeme a udržiavame medziľudské vzťahy. Cez komunikáciu získavame nové vedomosti a znalosti a odovzdávame ich ďalej. Prebieha výmena informácií, pocitov, názorov, pozorovania. Nedá sa nekomunikovať, alebo môžme tiež povedať, že žiadna odpoveď je tiež odpoveď (Slezáková, 2006,s.25). Veľký vplyv má aj na kvalitu života. Vnemy z rôznych zmyslových orgánov sú spracované v mozgu, ukladané sú do pamäte a neskôr sú vybavované, aby sme pomocou nich hodnotili a spracovali situáciu. Vďaka vnímaniu sme

sa naučili pohybovať a komunikovať. Pohyb, vnímanie a aj komunikácia sa navzájom ovplyvňujú. Vnímanie umožňuje pohyb a komunikácia je umožnená vďaka pohybu a vnímaniu. Komunikácia prebieha vtedy, ak príjemca a komunikátor sú schopní informácie vnímať, analyzovať a reagovať na ne. Musí sa zároveň chcieť, vedieť a môcť komunikovať (Morales, 2006,s.25).

Súčasťou profesionality sestry je schopnosť vedieť komunikovať s pacientom. Ochorenie, dlhodobé odlúčenie od rodiny, nemožnosť pracovať môže mať u pacienta za následok zhoršenie komunikačných schopností. Sestra ich môže podporiť. (Venglářová, Mahrová, 2006,s. 36).

Komunikácia môže byť verbálna a aj neverbálna. Na schopnosť verbálnej komunikácie vplýva úroveň vnímania, vyslovovanie, znalosť jazyka, výška a tón hlasu, schopnosť analyzovať slová. Neverbálna komunikácia je častejšia. Tá je tiež ovplyvnená úrovňou vedomia, schopnosťou urobiť pohyb a možnosťou využitia iných komunikačných kanálov než auditívneho. Obsahuje v sebe aj správanie jedinca, vzdialenosť, mimiku, postoj, gestá, zrakový kontakt... Vnímanie nie je možné bez zmyslových orgánov, ktoré sú schopné prijať a spracovať informácie. Komunikačnými kanálmi môžu byť všetky zmyslové orgány. Mimikou chápeme pohyby tvárového svalstva. To má schopnosť reagovať grimasou na silný podnet aj počas anestézie. Najdôležitejším prvkom v komunikácii sú oči a to vrátane ich smerovania počas komunikácie. Tvár nám vyjadruje vlastne to, ako informáciu príjmame, spracovávame a vyhodnocujeme. Vďaka mimickým svalom máme veľké vyjadrovacie možnosti. V tvári je možné rozlíšiť šťastie, strach, prekvapenie, zlosť, smútok, spokojnosť, záujem. (Křivohlavý, 1995,s.117). To isté sa ukrýva je aj v gestikulácii a postavení tela. Držanie tela nám vyjadruje psychický stav a prežívanie človeka. Úzkosť alebo obrana sa nám ukazuje odklonom tela, odvrátením tváre, zaťatými päťami a aj schúlenou polohou. Významný prvak je aj vzájomná vzdialenosť a vzájomné postavenie. Vzájomné vzdialosti pri kontaktoch sú individuálne, nakoľko každý človek má inak nastavené hranice autonómie. Terapeuti pracujú v oblasti ich intímnej zóny, preto by mali dbať na to, aby komunikačné prvky neboli sprevádzané pocitom ohrozenia. Koncept bazálnej stimulácie vychádza z toho, že sa berie do úvahy a rešpektuje sa autonómia človeka. Terapeuti si preto dávajú pozor na kvalitu dotykov a iné prvky nonverbálnej komunikácie.

V komunikácii je dôležité takisto postavenie tela. Ak je terapeut ku klientovi otočený chrbtom, výrazne ovplyvňuje vôleu a ochotu klienta komunikovať. Komunikácia bez očného kontaktu je veľmi nepríjemná.

Svaly v oblasti tváre vyjadrujú stav prežívania človeka. Na základe svalového napäťa v tvári môže terapeut usúdiť aké emócie klient prežíva a aj zhodnotiť úroveň jeho vnímania. Niektorí ľudia, ktorí sa nachádzajú v ťažkom mentálnom alebo telesnom stave ako napr.kóma vigile, hlboká mentálna retardácia, seniori so sluchovým a zrkovým deficitom, dementní..., nie sú schopní využívať auditívnu komunikáciu a ani udržiavať očný kontakt (Otrubová, 2006,s.37). Pre terapeutov je ťažké s takýmito ľuďmi nadviazať kontakt, preto by mal profesionálne využívať všetky prvky komunikácie, prispôsobiť a vhodne vybrať to čo je pre klienta prospéšné a priateľné a taktiež by mal vedieť rozpoznať reakcie klienta na zvolený typ komunikácie a adekvátne reagovať (Friedlová, 2007,s.30).

Komunikáciu na oboch stranách ovplyvňujú psychické procesy a javy: emócie, myšlienky, obavy, spomienky, očakávania, predsudky....., ktoré sa zohľadňujú terapeutmi pri aplikácii bazálnej stimulácie. Komunikácia by preto mala byť vedomá a zámerná a mala by sa sústrediť na to, aby sa získala dôvera klienta a na odovzdanie informácií.

Komunikácia potrebuje vždy nejaké médium, ktoré má funkciu transportu. Tieto médiá môžu byť: vône, chute, dotyky, zmeny polohy, fyzikálne a chemické podnety. Komunikácia može byť práve preto: somatická, vibračná, vestibulárna, olfaktorická, orálna, optická, auditívna, taktilne-haptická (Lippertová, 2020, s.14).

Komunikovať s ľuďmi, ktorí majú obmedzené vyjadrovacie schopnosti alebo vedomie je veľmi náročné. Klienti v kóme sú uzavretí vo svojom svete, nedokážu komunikovať verbálne, ale komunikujú dotykom. Sú potrebné vedomosti o problematike ale aj schopnosti vedieť zaznamenať reakcie klienta. Tie sú častokrát veľmi slabo viditeľné, nepatrné. Zvyčajne je prvou osobou, ktorá si všimne reakcie jeho príbuzný. Preto koncept zapája do starostlivosti aj príbuzných a ich názory a postrehy sú akceptované a zohľadňujú sa.

Ťažké sú situácie, kedy klient nevykazuje žiadne reakcie. Ak sa budeme pozerať na ľudí v kóme, vo vegetatívnom stave, s demenciou alebo hlbokou mentálnou retardáciou ako na osobu, ktorá cíti, vníma a reaguje a vyberieme vhodnú metódu komunikácie môže sa nám podať zistíť aké je vedomie a vnímanie (Dosbaba, 2021,s.22). Je doležité aby sa terapeut

prispôsobil úrovni klienta. Komunikovať môžme iba v prípade ak zvolíme jeho formu komunikácie. Ak klient pristúpi na našu formu a zareaguje na ňu tak môžme posúdiť stav vedomia. Znamená to, že musíme byť schopní rozpoznať aj minimálne reakcie klienta a dať im význam. Pozornosť venujeme napr. rytmu dýchania, mrknutiam očí, pohybom prstov... Tieto reakcie je potrebné zachytiť a nadviazať na ne, napr. jemným stiskom zápästia, keď sa pacient nadychuje.

Bazálna stimulácia vychádza z toho, že každý človek je schopný niečo niektorým zmyslom vnímať. Vždy je schopný otvoriť sa a komunikovať. Stav kedy nereaguje môže byť tiež forma správania sa. Niektorí ľudia vedia komunikovať len prostredníctvom gest, symbolov. Prejavy môžu byť aj veľmi jemné ako: mrkanie, hlboký dych, stonanie, otváranie očí, úst, úsmev, uvoľnenie svalového tonusu, mimika, kľudné pohľady do okolia, zatváranie úst a očí, blednutie, nekľudné a nepravidelné dýchanie, pláč, krik, stonanie, zvýšenie svalového tonusu, kŕčovité držanie tela, kŕčovitá mimika, odvrácanie sa, motorický nekľud, manipulácia na vlastnom tele, sebapoškodzovanie....(Bartuněk, 2016, s.311)

Na klienta pozérame ako na osobnosť bez ohľadu na postihnutie a jeho aktuálny stav.

Alternatívou možnosťou komunikácie je aj popisovanie toho čo robíme, čo sa deje v okolí, zmysly pacienta stimulujeme aj prostredníctvom hudby, čítaním obľúbenej knihy.

Jedným z významných súčastí neverbálnej komunikácie je dotyk. Je základnou ľudskou schopnosťou. Koža je najväčším percepčným orgánom ohraničujúci telo a predstavuje kontakt so svetom. Cez kožu je možné somatické vnímanie. Sú v nej receptory, ktoré reagujú na tepelné, mechanické, bolestivé podnety. Médium dotykov sú ruky. Dotyky stimulujú nervovú sústavu, podporujú somatický, psychický a sociálny vývin. Pri jeho nedostatku dochádza k citovej deprivácii. Dotyk je základom somatickej stimulácie. Dotyk má byť jasný, zretelný, kľudný, priamym tlakom jednou osobou najlepšie obojručne celou plochou dlane, nie iba prstami (Fabiánová, 2014, s.51). Dotyk ak je urobený v strese, uponáhľaný podáva nejasné informácie a spôsobuje neistotu. Preto nemá byť letmý, krátky, rušivý, nekvalitný.

Ruky sú médiom, ktoré pacientovi poskytuje informácie o jeho tele. Pri akejkoľvek činnosti, ktorú ideme s pacientom vykonávať používame iniciálny dotyk. Tento spôsobí u pacienta zorientovanie sa v činnostiach, ktoré sa dejú okolo neho (Friedlová, 2014, s.5).

Vďaka iniciálnemu dotyku si vytvoria pamäťovú stopu o tom, kedy sa ho činnosti týkajú a kedy nie. Nie je potrebné aby bol stále v strehu. Na jednotkách intenzívnej starostlivosti sú pacienti odelení častokrát iba s paravanom a to spôsobuje u pacientov to, že nevedia čo sa deje a bude diať a sú v strehu (Silva, Silveira, 2019, s.818). Ak je komunikácia s klientom nevhodná, objavujú sa u neho obranné reakcie ako zmeny pulzu, tlaku, dochádza k zvýšeniu potenia, tvorby slín, zvyšuje sa svlový tonus, zrýchľuje sa dýchanie. Je nutné sledovať všetky zmeny u klienta a zapisovať do dokumentácie.

Zásadou je však to, že komunikácia s pacientom v bezvedomí je potrebná a to aj napriek tomu, že nepoznáme svet pacienta. Môže ísť o cestu návratu ale aj cestu smrti. Dôležité je vedomie, že pacient neostal sám, že sme mu zabezpečili ľudský kontakt, pocit istoty a bezpečia realizovaním cielenou stimuláciou oslabených a aj zachovaných zmyslov.

1.6 Prvky bazálnej stimulácie

Bazálna stimulácia akceptuje vývojové stupne schopnosti vnímania, v ktorých sa klient nachádza (Pugina, 2005). Koncept využíva základné a nadstavbové prvky. Základné prvky sa učia v 3-dňových certifikovaných základných kurzoch a nadstavbové v 2-dňových certifikovaných nadstavbových kurzoch bazálnej stimulácie. Pri starostlivosti o klienta v kóme sa snažíme čo možno najviac obnoviť pamäťovú stopu. Využívame pri tom základné aj nadstavbové prvky konceptu.

Medzi základné prvky konceptu patrí stimulácia:

- Somatická
- Vestibulárna
- Vibračná

Tieto prvky majú primárne za cieľ zabezpečenie základných životných funkcií, ako napr.príjem potravy, dýchanie, polohovanie, spánok, aktivita (Fabiánová, 2014). Ďalším cieľom je podporiť pohybové schopnosti, vytvoriť dôveru v seba samého, získať istotu a bezpečie, komunikovať. Využíva sa najmä somatický dialog (iniciálny dotyk, kúpel, dýchanie, masáž, polohovanie...)

Medzi nadstavbové prvky konceptu patrí stimulácia:

- taktilne - haptická (hmatová)

- Olfaktorická (čuchová)
- Optická (zraková)
- Auditívna (sluchová)
- Orálna (chuťové vnemy a senzorika dutiny ústnej)

Tieto prvky nadväzujú na základné prvky a podporujú hybnosť, vnímanie a komunikáciu v súvislosti s Maslowovou pyramídou potrieb (Friedlová,2007,s.24). Prostredníctvom týchto prvkov môžme pokryť nie len základné životné potreby, ale budujeme aj pocity istoty, bezpečia, orientáciu, vzťah, vlastnú autonómiu...Prvky podporujú nie len autonómiu človeka, ale umožňujú poskytovať dôstojnú starostlivosť.

Základné prvky stimulácie:

Somatická stimulácia - Somatické vnímanie nám dáva vnemy z povrchu tela prostredníctvom kože. Ak sa človek nemôže hýbať a trávi čas na lôžku, dostáva veľmi málo podnetov zo svojho tela, stráca orientáciu na svojom tele a aj okolí. Dlhodobo ležiaci klienti strácajú prehľad o tom, kde sa im nachádza trup, ruka, noha. Dochádza k strate schopnosti vnímania seba samého, nastupujú pocity neistoty a strachu. Následkom imobility a nečinnosti dochádza k strate spomienok na pohyb a zmenám vo vnímaní telesnej schémy (Buchholz, 2008,s.234). Ak nemajú žiadnu vonkajšiu stimuláciu na koži, telo prestáva pokladáť tieto časti za dôležité, keďže sú nevyužívané a vypína ich.

Imobilní klienti alebo klienti s nedostatočnou aktivitou môžu reagovať: zmätene, neschopnosťou komunikovať s okolím, strachom, úzkostou, motorickým nekľúdom (vytrhnutie permanentného katétra, búchaním rukami do bočníc, spustením DK z lôžka), veľmi silným pritlačením tela k bočnici (tlak umožňuje vnímať hranice vlastného tela), chybnou interpretáciou reality (Friedlová, 2007,s.82).

Vnímanie vlastného tela je predpokladom k uvedomieniu si okolitého sveta a schopnosťou s ním komunikovať. Ide o predstavu o vlastnom tele ako o objekte v priestore. Človek ktorý vníma svoj telesný obraz si uvedomuje ako ďaleko sú vzdialené jednotlivé časti jeho tela, akú má polohu vo vzťahu k podlahe alebo vo vzťahu ku zvislej polohe a ako pôsobí pohyb tela na objekty v jeho okolí.

Klientov naučiť vnímať vlastné telo môžme iba pomocou vhodných somatických podnetov, stimulácií. Stimulujeme telo, jeho hranice. Do praxe integrujeme také prvky pamäťových pohybových schém, ktoré tým, že budú opakované podporia plasticitu mozgu. Stimulácia má byť vykonávaná tak, aby bola súčasne ponúkaná obom stranám tela, čím sa podporí symetrické vnímanie tela (Friedlová, 2018,s.74).

Hlavným cieľom je vybudovanie stabilnej telesnej identity.

Vhodnosť stimulácie volíme podľa stavu a potrieb klienta, berieme do úvahy jeho schopnosť vnímania, komunikácie, pohybu.

Vhodné otázky pre somatickú anamnézu:

- je klient pravák alebo ľavák?
- Ako často sa umýva a akou formou? (Sprcha, vaňa)
- Aká teplota vody je použitá?
- Aké toaletné potreby používa
- Ako často si čistí zuby? Má protézu? Spí s protézou?
- Ako často si umýva vlasy?
- Na ktorom mieste na svojom tele znesie dotyk cudzej osoby, na ktorom nie?
- Ako spí? V akej polohe? Ako sa prikrýva? V akom prádle spí? Má obľúbenú deku? Vankúš? Zatemnenie?
- Má problémy s vyprázdňovaním? Techniky k vyprázdňovaniu?
- Má rád skôr teplo? Chlad?
- Má poruchy citlivosti? Parézy? Aký ma svalový tonus? Kontraktúry?
- Používa kompenzačné pomôcky?

Kvalita somatickej stimulácie a jej účinky sú závislé na kvalite dotyku. Rozhodujúce je, či si ho klient uvedomí a bude ho schopný spracovať ako vnem, či mu umožní príjemné pocity a zlepšenie zdravotného stavu (Friedlová, 2015,s.12) . Dôležitá je kvalita, lokalita, intenzita dotykov.

Koncept bazálnej stimulácie nie je dotyková terapia ale pracuje s dotykom a veľký dôraz kladie na jeho kvalitu (Bartuněk, 2016,s.310). Ďalším dôležitým faktorom je počet rúk na klientovom tele. Ak je veľký počet rúk na klientovom tele, nedokáže sa orientovať. Nie je možné synchronizovať tlak a pohyb rúk viacerých kolegov. Práve preto je potrebné, aby sme dali vždy klientovi jasne najavo, kedy začína a kedy končí naša prítomnosť a činnosť

u neho. Informáciu mu poskytneme pomocou cieleného dotyku, iniciálneho. Na základe anamnézy vyberieme najvhodnejšie miesto na tele - najlepšie v centrálnej časti tela a pevne, zreteľne ho budeme informovať o začiatku a ukončení našej prítomnosti alebo činnosti s jeho telom. Dotyk musí byť jasný s primeraným tlakom, bez násilného vtlačenia do matraca a musí byť doprevádzaný verbálne. Vhodné miesta sú rameno, paža, ruka. Na lokalizácii by sa mali dohodnúť všetci tí, ktorí pracujú s klientom a musia ho aj všetci dodržiavať (lekári, sestry, fyzioterapeuti, logopéd, rtg pracovníci, rodina...). Je nutné iniciálny dotyk používať vždy pred a po činnosti (Fabiánová, 2014,s.50).

Somatická stimulácia môže byť:

- **Ukľudňujúca** - zabezpečí sa celkové telesné uvoľnenie, odstraňujú sa nepokojné stavy, stimuluje sa vnímanie vlastnej telesnej schémy. Vykonávame ju mokrými žinkami alebo na sucho - cez oblečenie, alebo telovým mliekom, olejom naneseným na kožu. Podstatou je stimulácia v smere rastu chlpov, od ramien ku končekom prstov, od stredu hrudníka k vonkajšej strane hrudníka (Friedlová, 2007,s.77). Nezačíname s dotykom v tvárovej časti - intímna zóna, môže vyvoláť nežiadúcu reakciu. Pri jej aplikácii dodržiavame určité zásady: pri každej stimulácii používame obe ruky, udržiavame s klientom stály kontakt, tvár a genitálie nemusíme umyť, neodchádzame a nemali by sme byť rušení, v miestnosti má byť príjemná a kľudná atmosféra, stimulácia by mala byť poskytovaná len jedným terapeutom, v intenzívnej starostlivosti môžu byť dvaja terapeuti kôli invazívnym vstupom, s tým že dotočky aplikuje jeden a druhý sa stará len o vstupy, nehovoríme s treťou osobou, ak klient vykazuje negatívne reakcie stimuláciu prerušíme. Používame ju u klientov s retardáciou, s telesným postihnutím, v kómach, nekľudných, s hyperaktivitou, s úzkosťami, s tachykardiou, s poruchami spánku, umierajúci, s Parkinsonom, s demenciemi....(Bartuněk, 2016,s. 312).
- **Povzbudzujúca** - podporuje sa aktivity, zvyšuje sa úroveň vedomia, zvyšuje sa pozornosť, svalový tonus, srdcová frekvencia a tlak krvi, vykonáva sa aj pred rehabilitáciou. Pohyby vykonávame proti smeru rastu chlpov čím sa zintenzívni vnímanie. Postupujeme od prstov smerom k telu a od strán hrudníka k stredu trupu (Friedlová, 2007,s.18). Môže sa vykonávať aj počas toalety, ak sa aplikuje počas kúpeľa, teplota vody má byť nižšia ako teplota tela. Používa sa u klientov s retardáciou,

v kómach, v situáciách so zmeneným vedomím - somnolencia, sopor, u depresívnych klientoch, so zníženým svalovým tonusom, s bradykardiou, apatických. Nepoužívame u dezorientovaných, nekľudných, s čerstvým krvácaním do mozgu a so zvýšeným intrakraniálnym tlakom.

- **Neurofyziológická** - táto stimulácia umožňuje klientom s poruchami hybnosti na jednej strane tela znova začať vnímať túto stranu. Klient musí najprv vnímať svoju zdravú časť tela, až potom si bude môcť začať uvedomovať aj postihnutú časť (Friedlová, 2007, s.52). Veľký dôraz kladieme na zrakovú kontrolu klienta. Klient by mal po celú dobu kontrolovať a sledovať stimuláciu na svojom tele. Najlepšia poloha je v sede, používame aj zrkadlo. Na postihnutú ruku sa dá žinka a podporným umývaním stimulujeme tvár smerom od zdravej k postihnutej strane. Pokračujeme na trup v smere postihnutej časti a pohyby na chrbte a na nohách sú vedené tiež od zdravej k postihnutej strane (Lippertová, 2020, s.17). Používa sa u klientov s parézami, plégiami, s ochoreniami pohybového aparátu, po úrazoch, u detí s DMO, s retardáciou...)
- **Diametrálna** - redukuje svalové napätie a tým aj svalové kontraktúry. Najčastejšie sa aplikuje formou kúpeľa s teplotou vody 38-40 C. Dôležité je dodržať symetrickú stimuláciu, stimulácia oboch strán tela (Na jednej strane diametrálna, na druhej skľudňujúca).
- **Symetrická a rozvíjajúca sa** - používame ju u klientov, ktorí majú poruchy rovnováhy, podporuje u nich vnímanie telesnej schémy, zafixuje telesnú symetriu (Beinstein, 2003). Pohyby vykonávame synchronne na oboch polovicích tela. To znamená, že sa stimulujú obidve HK a následne na to aj DK (Fábrianová, 2014, s.52). Dôležitá je pozícia terapeuta, aby mohol pracovať na oboch stranách tela. Pred touto stimuláciou sa odporúča skľudňujúca stimulácia. Rozvíjajúcim stimuláciu vykonávame u klientov, ktorí nemajú stabilizovanú telesnú schému alebo je nutné aby sa rozvíjala. Pri tejto kúpeľovej stimulácii dôjde k zvýrazneniu symetrie a stredu tela. Používa sa u detí, predčasne narodených, malých detí a taktiež u klientov v kóme vigile, kvadruplegikov a dlhodobo imobilných. Títo klienti majú vnímanie tela sústredené na stred tela, preto sa táto stimulácia sústredí práve tam. Po ukočení sa odporúča nepolohovať klienta proti jeho svalovému napätiu, ale tak, aby došlo k uvoľneniu. Svalový tonus stimulujú extrémne mäkké matrace, tie telu nekladú žiadny odpor.

Stabilizovať vnímanie telesnej schémy a s ňou súvisiacu schopnosť získania informácií o vlastnom tele nám umožňuje **polohovanie**. Už počas kľudného ležania po 30 minútach sa mení vnímanie vlastného tela. Klienti strácajú pocit vlastných telesných hraníc, stav sa umocňuje u ľudí dezorientovaných a u klientov ležiacich na veľmi mäkkých matracoch (antidekubitnárne). Tým, že je nedostatok podnetov pohybových aj senzorických dochádza k degeneratívnej habituácii - zvyk, návyk (Frohlich, 1998,s.243). Spôsobuje to narušenie psychiky a telesnej orientácie. Psychika a vnímanie tela sa nastavili na jednotvárnosť. Klienti sa vnímajú veľmi málo a nie sú telesne a psychicky orientovaní. Reakciou na túto situáciu môže byť pasivita až nereagovanie, alebo naopak, klient môže byť zmätený až autoagresívny. Zmätenosť patrí k následkom straty orientácie na svojom tele.

Následky habituácie: poruchy vnímania tela, telesnej identity, koordinácie, komunikácie, dezorientácia, nekľud, agresivita, chybná interpretácia pôsobenia okolia, depresie, strata identity osobnosti.

Polohovaním klienti získavajú informácie o svojom tele a stabilizujú vnímanie telesnej schémy (Hatz-Casparis,2020,s.46). Stimulujeme ich somaticky a aj vestibulárne, pretože meníme klientovi pozíciu a stimulujeme jeho vestibulárny aparát. Je ním zabezpečená aj senzorická stimulácia, lebo je rozdiel sledovať okolie z polohy na chrbte, z boku alebo zo sedu.

Na schopnosť vnímania vplývajú aj iné faktory ako poruchy spánku, poškodenia mozgu, lieky, horúčky, dehydratácia, bolest' (Friedlová, 2010, s.10).

Polohovanie pôsobí aj ako profylaxia vzniku dekubitorov, pneumonie, tromboembolických komplikácií. Z neurologického hľadiska je cieľom polohovania stimulácia vnímania vlastného obrazu, podať klientovi informácie o jeho tele, o jeho telesných hraniciach, zorientovať ho, stimulovať pohyb, umožniť vnímať symetriu tela, zlepšiť motoriku, poskytnúť vizuálne a optické stimulácie.

Nutnosťou pri polohovaní je to, aby sme brali do úvahy a zohľadnili to, ako sa klient číti, jeho pohodlie a aj autobiografiu. Spolupracujeme s príbuznými a všetkými členmi tímu. Niektorí klienti zaspávajú so svojim oblúbeným vankúšom, dekou, s dekou zastrčenou za ramenami, čiže ako zvykol klient zaspávať, ležať, oddychovať (Bartúnek, 2016,s.312).

Na zlepšenie vnímania klienta majú veľký vplyv aj minimálne zmeny telesnej pozície, ako napr: prepletenie prstov na ruke, položenie ruky na hrudník, ohnutie HK k telu, prekríženie

DK, polohovanie na rôzne tvrdých matracoch, malými zmenami polohy pomocou zrolovaných uterákov, vankúšov, perličkových vankúšov....

Výraznú telesnú stimuláciu klientom prinášajú polohy múmia alebo hniezdo. Obe polohy sa dajú kombinovať s malými zmenami v polohe. Napr.: klient leží na boku ale jeho telo nemá s podložkou uhol 90 ale 45 (Tomová, 2016,s.88).

Poloha hniezdo - Táto poloha poskytuje klientom pohodlie a spôsobuje im príjemné pocity v zmysle cítim sa dobre. Majú pocit istoty a zlepšuje sa vnímanie hraníc svojho tela. Používa sa u klientov vo fáze odpočinku, cez noc, po ukludňujúcim kúpeli, po vyšetreniach, na stimuláciu vnímania vlastnej telesnej schémy, obrazu, u nekludných a agresívnych klientov, s motorickým nekludem, pri dezorientácii, umierajúcich, v kómach, detí, s hypertenziou, so spasticitou (Brauner, 2019,s.89).

Klient sa uloží do polohy, ktorú zvolíme (chrbát, bok, bricho, sed v kresle...) a jeho telo obložíme dekami, vankúšmi, fixačnými perličkovými vankúšmi, môžeme použiť zrolované deky, uteráky, obliečky, pri deťoch mäkké hračky. Klienta prikryjeme a stimulujeme ho aj taktilno-hapticky. Využijeme aj informácie z anamnézy, napr.ako sa rád prikrýva...

Nutné je, aby sme kládli veľký dôraz a mysleli sme na kvalitu dotykov. Pri polohovaní dodržiavame všetky zásady čo sa týka podkladania častí tela a ak je klient plegický dodržiavame zásady polohovania pri plégiách.

Poloha hniezdo je dôležitá pre svalový tonus, motoriku a vnímanie svojho obrazu.

Poloha mumio - Táto poloha poskytuje veľmi intenzívnu stimuláciu vnímania vlastnej schémy. Používa sa najmä u klientov v koma vigile a u detí s ťažkou mentálnou retrdáciou. Môže sa využiť aj ako nefarmakologický postup pri neklude a agresivite. Veľmi účinná je u detí ktoré sa narodili drogovo a alkoholovo závislým matkám. Kontraindikáciou je klaustrofobia v anamnéze (Křivoohlavý, 2002, s.107).

Klient sa zabalí do deky alebo prestieradla tak, že začneme pri nohách klienta a končíme v hornej časti tela. Zafixovanie je pod telom klienta. Môže sa táto poloha aj skombinovať a polohou hniezdo. V tom prípade sa klient zabalí spolu s vankúšmi, dekami, alebo ho obložíme ešte okolo tela polohovacími vankúšmi. Ruky sa nechávajú na hrudníku, čo umožní klientovi vnímať vlastný dych a má možnosť dostať sa z tejto polohy. Hlava, lakte, kolená a päty sú podložené. Je dôležité, aby sme chvíľu sledovali klienta a jeho reakcie, niekedy je potrebné polohu uvoľniť. V tejto polohe by mal zostať maximálne 20 minút.

Masáž stimulujúca dýchanie a kontaktné dýchanie - ide o ďalšiu techniku somatickej stimulácie. Dýchanie patrí medzi základné ľudské potreby. Nedostatočné dýchanie vedie k zníženiu telesnej sily a nedostatok energie spôsobí to, že človek nedokáže vnímať okolie a dianie. Je stále viac vťahovaný do seba až úplne vymizne aktívna výmena informácií s okolím (Lysková, 2006,s.72).

Táto masáž je masáž, ktorá sa prevádzka v rytme a s dostatočným tlakom našich rúk na oblasť chrbta alebo ventrálnu časť hrudníka. Je súčasťou dychovej gymnastiky. Jej hodnota je aj vysoko komunikačná, vedie k ustáleniu rytmu dýchania. Pacient dýcha rovnako ako terapeut. Snažia sa o zladenie rytmu. Terapeut musí dýchať kl'udne, prirodzene a hlboko. Ak je klient na ventilátore, prispôsobujeme sa ventilátoru. Týmto vzniká komunikačný proces, ktorý spôsobuje uvoľnenie, istotu a pre terapeuta to znamená vyjadrenie empatie voči klientovi. Táto technika potrebuje tréning a je dôležité, aby bola správne vykonaná, aby sa zaistil jej ciel'. Táto masáž taktiež zmierňuje a odstraňuje stavy nekľudu a zmätenosti (Škutchanová, 2014,s.52). Dochádza k vytvoreniu vzťahu medzi ošetrujúcim a klientom. Prehľbené dýchanie uvoľní napätie a klienti sa telesne a duševne upokoja a uvoľnia. Cieľom je, aby klient nadobudol kl'udné, hlboké a pravidelné dýchanie. Pomôže mu to aj uvedomiť si vlastné telo a zvyši sa koncentrácia tak, aby bol schopný reagovať na podnety z okolia. Dôjde aj k menšiemu vyplavovaniu stresových hormónov.

Táto technika je vhodná u klientov: s povrchným dýchaním, nepravidelným dýchaním, zrýchleným alebo spomaleným, s bolest'ou, depresiou, s poruchami spánku, so zmeneným vnímaním vlastného tela, so strachom, s malígnymi dg (empatia), na umelej plúcnej ventilácii, po umelej plúcnej ventilácii (odvykacia fáza), s inhalačnou alebo CPAP maskou, umierajúcich (Otrubová, 2006,s.36).

Táto masáž sa vykonáva položením rúk terapeuta na hrudník klienta a sprevádzka ho pri nádychu aj výdychu. Vibrácie pridávame na podporu vykašliavania ak je klient zahliený. Použiť môžme aj jeho vlastnú ruku, ktorú položíme na hrudník, čím dôjde k tomu, že si začne klient uvedomiť vlastné dýchanie. Ruky majú byť zohriate, bez šperkov, hodiniek, poloha je na chrbte alebo na bruchu, na boku, v stoji, v sede. Behom masáže ruky ostávajú na tele, nedávame ich dole.

Vestibulárna stimulácia - Rovnovážne centrá u zdravého človeka sa neustále stimulujú, tým že sa človek hýbe a mení polohy. Ľudia s obmedzenými aktivitami majú minimum

takýchto informácií, čo má za následok zhoršenie priestorovej orientácie a vnímanie pohybu. Vestibulárne vnímanie informuje o polohe, pohybe v priestore, zaznamenáva lineárne, rotačné a aj statické pohyby hlavy. Zmyslové rovnovážne centrá môžu taktiež ako somatické podľahnúť habitácií (Beinstein, 2003,s.256). Vestibulárny aparát je zodpovedný za koordinovanie pohybov, ich priebeh, orientáciu v priestore, rovnováhu a stabilizáciu obehového systému.

Ak dochádza k zmene polohy len občas, môžu sa vyskytnúť problémy ako napr.: kolaps, nevoľnosť, dezorientácia v tele a priestore, cefalea, zvýšený tonus. Túto stimuláciu vykonávame u klientov pripútaných na lôžko dlhšie ako 3 dni, s obmedzeným pohybom, v kóme vigile, s tŕňou mentálnou retardáciou, u klientov s rozvíjajúcou sa spasticitou.

Vykonáva sa u ležiacich klientov cez nepatrné pohyby jeho hlavou. Hlavou mierne otáčame do strán, tá je v stálom kontakte s podložkou a terapeut ju fixuje rukami tak, aby nezakrýval tvár klienta. Tento pohyb stačí vykonat 3-5x. Odporuča sa túto stimuláciu previesť pred každou zmenou polohy klienta. Pri zmene polohy tela, by sa mala najprv previesť zmena polohy hlavy do pozície v smere v ktorej bude klient napolohovaný.

Vibračná stimulácia - cieľom je stimulovať kožné receptory na vnímanie vibrácií a receptory hlbokej citlivosti. Vibrácie sa vnímajú smerom od periférie do vnútra tela. Vibrácie sú orientované na vibráciu nosných častí tela a klíbov. Stimuly sa ďalej presúvajú do hlbky tela až k vnútorným orgánom. Vhodné miesta sú päta, koleno, panvová kost, rameno, laket, dlaň (Machálková 2017,s.26). Vibrácie na hrudníku prevádzame len prostredníctvom rúk. Používame ju u klientov mentálne postihnutých, v kóme a pri klientoch, ktorí sa pripravujú na mobilizáciu a vertikalizáciu. Kontraindikáciou sú krvácanie, varixy, narušená integrita kože. Používajú sa k tomu rôzne technické predmety ako elektrický zubná kefka, vibrujúce hračky, lehátka, sedátka, ale aj hudobné nástroje a hlas (Friedlová, 2007, s.107-108).

Kúpeľ - dáva veľký priestor k stimulácii. Vychádzame pri ňom z anamnézy. Zisťujeme v ktorú hodinu je zvyknutý sa kúpať, či počúva hudbu pri kúpeli, aké používa prípravky. Vhodné je, aby rodina zabezpečila jeho prípravky, šampón, sprchovací gel, holiace prípravky. Behom kúpeľa klienta stimulujeme sluchovo, zrakom, čuchom aj telesne. Môžme mu vložiť ruku do umývadla s vodou, vyžmýkame žinku aby mal sluchový podnet, dáme mu ovoňať k prípravkom. Hygienu nezačíname umývaním očí, ale napr. umytím rúk.

Nadstavbové prvky stimulácie, stimulácia percepcie

Ide o stimuláciu chuti, čuchu, zraku a hmatu.

Optická stimulácia - zrak spolu so sluchom sú najviac využívané zmysly pri poznávaní okolia a k nadviazaniu komunikácie. Zrakové vnemy umožňujú človeku poznávať okolie, orientáciu, poznávať ľudí a predmety, prežívať pozitívne vnemy, zvyšovať pocity istoty, schopnosť učiť sa, usporiadalať si okolité prostredie.

Prostredie v nemocničiach je málo vizuálne podnetné a pre ľudí, ktorí sa preberajú s bezvedomia je veľmi stresujúce. Tým, že predmety nie sú uložené v pamäťových stopách nevedia klienti adekvátnie situáciu spracovať a zhodnotiť, asociovať. Neschopnosť orientovať sa v situácii a okolí vyvoláva u ľudí strach, úzkosť, agresivitu. Ak sa do takého prostredia zakomponuje niečo čo má klient vo svojej pamäťovej stope, niečo jemu známe, je pravdepodobnosť že sa upokojí (Puggina, 2005, s.313). Akákoľvek zmena telesnej polohy, hoci minimálna, je dôležitá pre optickú stimuláciu a orientáciu v priestore. Môže ísť aj o malú zmenu polohy hlavy, zmení sa zorné pole klienta. Zmenami polohy mu umožníme sledovať okolie a orientovať sa na svojom tele. Zvyšuje sa tým pocit istoty. Zmenami polohy docielime stimuláciu vestibulárnu aj somatickú. Všetko, čo stimuluje zmyslové receptory vo vestibulárnom aparáte, v klíboch, svaloch, koži prispieva ku zlepšeniu zrakového vnímania.

Pri prebúdzaní sa z kómy alebo u ľudí ktorí trpia stratou alebo poškodením optického vnemu dochádza k tomu, že nie sú schopní rozoznať detaily vo videných predmetoch a nie sú schopní vnímať všetky odtiene farieb (Valková, 2015,s.59). Princíp zrakového vnímania je podobný ako u detí: vnímanie svetla/tmy, obrys na krátku vzdialenosť(10-15 cm), vnímanie vlastných častí tela, okolia vo väčšej vzdialnosti (1-2m), vnímanie zreteľných okrajov predmetov, nie detaily, vývoj vnímania farieb.

Počas starostlivosti musíme brať do úvahy tieto skutočnosti a tieto vývojové stupne akceptovať. Na výzdobu sú vhodné obrázky, ktoré namaľujú deti. Majú jednoduché tvary a základné farby a nevyvolávajú negatívne asociácie. Nebezpečné sú naopak obrazy s komplikovanými motívmi, ktoré vyvolávajú negativitu a úzkosť.

Zrakové vnímanie môže byť aj ovplyvnené a zmenené liekmi, môže byť na podklade ochorenia alebo úrazu.

Zmeny sa môžu prejavovať rôzne: klienti nedokážu vnímať priestory v okolí - dôležité je stimuly umiestniť do miest, ktoré klient vníma, môžu nastat poruchy videnia predmetov, celistvosti, osôb, nevidí detaily, nevedia si dať do súvislostí predmety v okolí, rôzne videnie farieb, poruchy vizomotoriky - koordinácia medzi zrakovým vnemom a motorikou,...(Hensen, 2022,s.883)

Dôležité pri tejto stimulácii je dodržiavanie určitých zásad:

- Podnety majú byť zreteľne svetlé alebo tmavé
- Umožniť klientovi poznáť rozdiel medzi dňom a nocou
- Umožniť sledovanie hodín - v zornom poli
- Tvár aspoň na krátko vystaviť slnku ak je to technicky možné
- Kôli kontrastu vyberať farebné oblečenie klienta a personálu, farebné posteľné prádlo
- Jasne odlišiť kde končí stena a začína strop
- Obrázky majú byť dostatočne veľké, v zornom poli, majú mu byť známe
- Ak používa okuliare - nasadiť mu ich
- Fotografie a obrázky ktoré pozná umiestnime na okraj zorného poľa, aby sa otáčal
- Pri TV zohľadníme jeho oblúbené programy, filmy, ...a pozérame na jeho únavu
- Stimulácia musí byť prevádzaná cielene a dávkované, aby nedošlo k preťaženiu

Vždy je nutné klienta pozorovať, ako reaguje na podnety a či nie sú pre neho negatívne a nevyvolávajú nepríjemné emócie. Je potrebné myslieť na to, že pozorovanie stále rovnakých predmetov, objektov vyvoláva dezorientáciu a halucinácie (Fabiánová, 2014,s.58-59).

Auditívna stimulácia - sluch je dôležitým orgánom v komunikácii, pri rozvoji myslenia, reči, pri udržiavaní vzťahov, v spoločnosti. Na jeho základe sa využíva reč. Nepočujúci sa nenaučia hovoriť (Friedlová, 2007,s.114-116).

Cieľom auditívnej stimulácie je: nadviazanie kontaktu s klientom, sprostredkovovať informácie o jeho osobe, tele, stimulovať vnímanie klienta aktivizáciou spomienok, prebudíť spomienky klienta, zvyšovať u klienta pocity istoty, orientáciu, rozlišovacie schopnosti, naučiť klienta reči(Lippertová, 2020,s.28).

Pri tejto stimulácii používame rôzne prostriedky a veľmi doležité je aj brať do úvahy autobiografickú anamnézu. V anamnéze je doležité pýtať sa na otázky ako klient počuje, aké má poruchy sluchu, či používa kompenzačné pomôcky, aké zvuky sú mu príjemné, nepríjemné, akým hudobným nástrojom dáva prednosť, akú hudbu má rád, kedy zvykne počúvať hudbu, či sú konkrétnie situácie v ktorých chce počúvať hudbu, kedy neznáša hudbu (Fabiánová, 2014,s.60).

Reč - rozprávanie, zvukové záznamy (od príbuzných, kamarátov, spolupracovníkov)

Ak je cieľom stimulácia vnímania a aktivizácia spomienok je najvhodnejšie, ak ku klientovi hovoria jemu citovo blízke osoby. Príbuzní veľakrát nevedia čo majú hovoriť, ak je ich blízky v kóme. Doporučuje sa rozprávať o tom, čo robili, čo je nové doma, čo budú robiť zajtra, treba hovoriť v rovnakej farbe hlasu a aby oslovovali klienta tak, ako zvykli.

Hudba - reprodukovaná alebo hrana priamo u klienta na hudobnom nástroji. Pokial' ide o hudbu zo slúchadiel, dávame mu ich do vzdialenosť asi 20 cm od ucha. Týmto môže vnímať prirodzenú zvukovú kulisu okolia a od blokuje počúvané. Ak bol klient zvyknutý na slúchadlá, treba mu ich nasadiť.

Spev - so spevom pracujú muzikoterapeuti, ale spievať môžu aj príbuzní klienta.

Aby bola sluchová stimulácia efektívna je dôležité, aby sme poznali sluchové schopnosti a deficity, poznať jeho biografiu, redukovať rušivé zvuky, nerušiť priebeh stimulácie inými aktivitami, sledovať reakcie klienta, nepúšťať TV alebo rádio a popri tom sa baviť s treťou osobou (Friedlová, 2010,s.9).

Nutnosťou je upozorniť príbuzných aby rozprávali tak ako zvykli.

Orálna stimulácia - ide o intímnu osobnú zónu, ktorá predstavuje najcitlivejšiu a na vnímanie najaktívnejšiu zónu. Ústa a ruka predstavujú najaktívnejšie miesta na tele. Ústa plnia množstvo funkcií. Dôležité sú k príjmu potravy, k vnímaniu chuti, vône, k vnímaniu konzistencie, pri komunikácii, k vyjadreniu emócií, k dýchaniu, ...

Vnímanie stimulujeme chuťovou stimuláciou a aktivitou úst. Zavreté ústa chránia ústnu dutinu pred vysychaním. Suché ústa sú náchylné na vznik bolestivých ragád a sú nepríjemné. S vnímaním súvisí aj svalový tonus. Ak je človek pri vedomí má ústa zatvorené. Čím viac je vedomie zastreté tým menej človek hýbe jazykom, padá dolná čeľust a sliny vytiekajú z úst (Walper, 2016,s.42). Sliny sú stále produkované na bazálnej

úrovni a ich sekrécia sa zvyšuje nepodmieneným reflexom, alebo podmieneným, kedy stačí na ich vyvolanie vôňa jedla, pohľad na jedlo

Pozitívne stimuly v oblasti dutiny ústnej spôsobujú intenzívnu stimuláciu vnímania. Cieľom orálnej stimulácie je vlastne sprostredkovať vnemy z úst a stimulovať vnímanie, uvedomenie si vlastného tela, aktivovať k príjmu potravy, artikuláciu, mimike, úprava salivácie ale aj relaxácia a uvoľnenie.

Svalový tonus v oblasti ústnej dutiny sa zvyšuje pri stimulácii vnímania u klienta. Vykonáva sa izolované alebo ako príprava na prijímanie stravy (Morales, 2006,s.56). Klientovi umožníme ochutnať to, čo je mu príjemné, čo mu chutí, čo má rád. Nevykonáva sa, ak je klient unavený. Ku klientovi pristupujeme zo strany, aby sme v ňom nevyvolali strach a nezvýšili napätie v oblasti úst. Vhodné je začať iniciálnym dotykom. Predtým ako vstúpime do dutiny ústnej dáme najprv klientovi najavo somatickou stimuláciou čo ideme urobiť. Ak somatickou stimuláciou nedôjde k uvoľneniu a zníženiu napäťa, pridáme orofaciálnu stimuláciu (Bendová, 2016).

U klientov, ktorí neotvárajú ústa: iniciálny dotyk, čuchová stimulácia, dotyk klienta na hľave, vestibulárna stimulácia, somatická stimulácia tváre, manuálna stimulácia slinných žliaz, ľahká stimulácia pier, orofaciálna stimulácia.

Počas tejto stimulácie nekombinujeme viac ako 3 rôzne chute. Nikdy nejdeme do úst násilne. Takým vstupom vyvoláme u klienta negatívny zážitok, čo sa bude prejavovať ako zvýšenie svalového tonusu a klient nedovolí vojsť do úst. Chuťové médium spolu s chladom stimuluje pohyblivosť jazyka (Fabiánová, 2014,s.63). Molitanové stetôčky namočené v klientovej obľúbenej tekutine môžeme dať schladniť. Vhodné sú cucacie vačky, halvne pri klientoch ktorí sú ochudobnení o zážitky z dutiny ústnej (PEG, parenterálna výživa). Ide o kúsok požívatininy zabalenej v mule namočenom v minerálnej vode. Ten sa vloží do úst klienta.

Olfaktorická stimulácia - každý človek má svoje obľúbené vône. Vône a pachy vyvolávajú u ľudí spomienky. Niektoré asociujú ročné obdobia, niektoré sviatky ako Vianoce, niektoré ľudí. Orálna a olfaktorická stimulácia spolu súvisia. Aj chut' aj čuch rozoznávajú chemické látky a oba zmysly môžu mať rovnaký cieľ.

Je potrebné zistiť, ktoré vône klient uprednostňuje, aby sme nevyvolali negatívne spomienky. Klient by v tom prípade neprijal žiadne stimuly a informácie, nedosiahli by sme u neho k naviazaniu kontaktu a to len preto, že mu boli vône neprijemné alebo neznáme. Tieto stimuly neposkytujeme kontinuálne, lebo by si na ne klient zvykol rovnako ako na rovnako vyzerajúce okolie (Kreitzer, 2018, s.312).

Na túto stimuláciu je najlepšie použiť vône osobných toaletných potrieb, parfémy, deodoranty, jedlo, vône z pracovného prostredia, z jeho záujmov a koníčkov. Nevhodné sú vonné sviečky.

Čuchová stimulácia je veľmi výrazná pre stimuláciu pamäťovej stopy pri klientoch po úrazoch hlavy, hlavne vo vegetatívnych stavoch. Používa sa aj z dôvodu, aby sme pomohli klientovi orientovať sa v danej situácii a tým sa zvýši pocit istoty a bezpečia.

Taktilne - haptická stimulácia - kožný systém nám umožňuje vnímať tlak, chlad, dotyk, napätie, teplo, vibrácie, šteklenie. Jednou z najaktívnejších častí tela sú ruky. Ľudská ruka behom života získava skúsenosti a tie uchováva v pamäti. Ak je nedostatok taktilno-haptických podnetov nedôjde k aktivizácii senzorickej a motorickej projekčnej oblasti mozgovej kôry pre ruku (Hatz-Casparis,2020,s. 98).

Nekľudní, hyperaktívni klienti potrebujú rozpoznať predmet, ktorý nahmatali. Ich aktivita sa prejavuje tým, že ťahajú a ohmatávajú zavedené močové katétre, drény, invazívne vstupy, stáhajú deky, rolujú obliečky, klopkajú prstami po matraci...Tieto aktivity sú chápane v bazálnej stimulácii ako nedostatok taktilne- haptickej stimulácie. Klienti sa snažia tieto predmety niekam zaradiť, ale tým, že ich nepoznajú, nemajú ich v pamäťovej stope tak v nich vyvolávajú pocity strachu, úzkosti, neistoty (Friedlová, 2007,s.127-128).

Pri tejto stimulácii sa používajú predmety, materiály a veci ktoré sú im známe. Sú to predmety z jeho života, osobného, pracovného, z koníčkov a záľub. Môže ist' o talizmany, hračky, tenisová rakety, golfová palica, zubná kefka, pasta, hrebeň, mydlo, holiaci strojček, hrnček na pitie, žinky, uteráky, mobilný telefón, kľúče...Známe predmety stimulujú pamäťovú stopu a aktivizujú ruku k činnosti.

Pri starostlivosti o klienta je dodržiavame **zásady bazálnej stimulácie** (Friedlová, 2014,s.27):

- Privítať a rozlúčiť sa s klientom vždy rovnakým spôsobom

- Používať vždy iniciálny dotyk
- S klientom hovoríme jasne, zreteľne a nikdy nie rýchlo
- Nezvyšujeme nikdy hlas
- Tón hlasu, gestikulácia, mimika musia súvisieť so slovami, s obsahom, zámerom
- Používame formu na ktorú je zvyknutý
- Nepoužívame zdrobneniny, ak ich klient nepoužíval
- Nehovoríme s viacerými osobami naraz
- Obmedzujeme rušivé vplyvy
- Umožňujeme klientovi reagovať na slová

Cieľmi bazálnej stimulácie sú:

- Klientovi zaistiť život a vývoj
- Umožniť vnímanie vlastného života
- Poskytovať istotu a bezpečie, dôveru
- Rozvíjať vlastný rytmus (rádio, TV)
- Umožniť spoznať okolie
- Nadviazať vzťah
- Umožniť zažiť zmysel a význam činností a vecí
- Pomôcť usporiadať život
- Poskytnúť autonómiu a zodpovednosť za svoj život

2 METODIKA VÝSKUMU

Koncept bazálnej stimulácie sa týka všetkých oblastí ľudských potrieb. Vďaka nemu si ľahko chorí klienti začnú uvedomovať potreby, začnú vnímať vlastné telo a aj okolie. Postupne dochádza k tomu, že sa znižuje závislosť pacientov, zvyšuje sa lokomócia, komunikácia a vnímanie. U pacientov s nezvratnými zmenami výrazne podporujeme kvalitu života. Pocity, ktoré u klienta vyvoláme musia byť motivujúce a stimulujúce k nadviazaniu komunikácie. Mali by byť povzbudzujúce a príjemné a musia vyvolávať dôveru a bezpečie, odbúravať strach, bolest a dezorientáciu. Koncept má veľký úspech u pacientov s poruchami vedomia, po úrazoch, operáciách, nekľudných pacientov, umierajúcich, s demenciou a aj u nedonosených detí...

Tento spôsob starostlivosti bol pre nás motiváciou na napísanie záverečnej práce, kde sme si stanovili výskumný problém: **Ako odhadujú sestry prínos konceptu bazálnej stimulácie u klientov v bezvedomí?**

2.1 Vymedzenie výskumného problému

Sestra plní dôležitú funkciu pri starostlivosti o pacientov. Je nutné, aby disponovala dostatočnými vedomosťami o možnosti ako zlepšiť vnímanie a prežívanie klienta, ako zlepšiť komunikáciu, postarať o potreby klientov a to najmä u tých, u ktorých došlo k zmene vo vnímaní seba a okolia. Svojou starostlivosťou a technikami, ktoré nie sú závislé na špeciálnych prístrojoch ani pomôckach môže skvalitniť život klientov. Jedinou podmienkou je dobre vyškolený personál a motivácia humánneho prístupu a posunutia ošetrovateľskej starostlivosti smerom k potrebám pacienta.

Pri vytvorení výskumného problému sme si položili nasledujúce otázky:

1. Aké techniky konceptu sú najviac využívané sestrami?
2. Aké majú sestry skúsenosti o prínosoch konceptu pre klientov?
3. Ako sa zapája ošetrovateľský tím a rodina do aplikácie konceptu?
4. Akú dôležitosť pripisujú sestry používaniu konceptu bazálnej stimulácie?
5. Súvisí vzdelanie sestier s uplatňovaním konceptu v praxi?

2.2 Ciele výskumu

V našej diplomovej práci sme si ako hlavný cieľ určili zistenie, ako sestry vnímajú koncept bazálnej stimulácie, jeho využitie v praxi, zistiť najviac používané techniky a aký je jeho najvýraznejší efekt z pohľadu praxe sestry na klienta. Tieto ciele sú s ohľadom na dosiahnuté vzdelanie, dĺžku praxe a typ oddelenia.

2.3 Čiastkové ciele výskumu

1. Zmapovať u respondentov, aké techniky konceptu sú najviac využívané v praxi.
2. Zistiť u respondentov prínosy konceptu bazálnej stimulácie.
3. Zistiť zapájanie ošetrovateľského tímu a rodiny do konceptu pri starostlivosti o klienta.
4. Zmapovať dôležitosť konceptu bazálnej stimulácie z pohľadu sestier.
5. Zistiť spojitosť s dosiahnutým vzdelaním sestier a uplatňovaním konceptu.

2.4 Hypotézy výskumu

Pre zodpovedanie vyhotovených výskumných otázok a splnenie výskumných cieľov uvádzame nasledujúce hypotézy:

H1: Predpokladáme, že existuje štatisticky významný vzťah vo vyjadreniach sestier o najčastejšie využívaných technikách konceptu ovplyvňujúcich stav klienta v súvislosti s dĺžkou praxe sestier.

H2: Predpokladáme, že existuje štatisticky významný vzťah vo vyjadreniach sestier o prínose konceptu bazálnej stimulácie v súvislosti s dĺžkou praxe sestier.

H3: Predpokladáme, že existuje štatisticky významný vzťah vo vyjadreniach sestier o potrebe zapájania rodiny do konceptu bazálnej stimulácie v závislosti s typom oddelenia na ktorom sestry pracujú.

H4: Predpokladáme, že existuje štatisticky významný vzťah vo vyjadreniach sestier o efektívnosti používania konceptu bazálnej stimulácie v ošetrovateľskom procese v závislosti od dĺžky praxe s bazálnou stimuláciou.

H5: Predpokladáme, že existuje štatisticky významný vzťah vo vyjadreniach sestier o aplikácii konceptu bazálnej stimulácie v ošetrovateľskom procese v súvislosti s dosiahnutým vzdelaním.

2.5 Realizácia výskumu

Zber údajov sme vykonávali pomocou dotazníka určeného pre sestry. Pre tento účel sme použili vlastný dotazník, ktorý mal uspokojivú hodnotu pri dosahovaní vytýčených cieľov.

Charakteristika výskumnej vzorky

Respondenti boli vybratí zámerným výberom a splňali kritériá:

- Sestry s rôznou dĺžkou praxe
- Sestry s rôzny stupňom vzdelania
- Sestry pracujúce v rôznych typoch zdravotníckej starostlivosti

2.6 Metodológia výskumu

Pre spracovanie informácií o prínosoch využívania bazálnej stimulácie u klientov bol vyhotovený dotazník. Prostredníctvom dotazníkového výskumu môžme ľahkým spôsobom prísť k informáciám od veľkého množstva ľudí za krátku dobu. Zachová sa anonymita respondentov. Dotazník môže byť rozoslaný a výskumník nemusí byť prítomný. Respondenti majú dostatok času na zodpovedanie otázok.

Vo práci sme použili neštandardizovaný dotazník s uzavretými a polootvorenými otázkami. Dotazník bol anonymný s možnosťou výberu jednej alebo viacerých odpovedí. V úvode dotazníka sú respondenti oboznámení s cieľom výskumu a inštrukciami na jeho vyplnenie. Dotazníky boli rozoslané v Nemocnici Agel Košice Šaca, Kardiocentrum Agel, Arcus, po ich schválení riaditeľstvom spoločnosti.

3 VÝSLEDKY VÝSKUMU

V tejto kapitole uvádzame interpretáciu výsledkov získaných z realizovaného výskumu. Pri vyjadrení výsledkov sa opierame o teoretické vedomosti z oblasti výskumu. Výsledky získané z dotazníka boli spracované pomocou programu Microsoft Office Excel formou tabuľiek s uvedením slovného popisu. Znázornenie výsledkov v tabuľkách sme uviedli v absolútnych a relatívnych hodnotách.

3.1 Analýza dotazníkových položiek

Do výskumu bolo zaradených 124 sestier. Potrebné údaje boli získavané pomocou empirickej metódy – neštandardizovaným dotazníkom vlastnej konštrukcie. Online dotazník bol spracovaný a vypĺňaný sestrami.

Tabuľka 1 Typ pracoviska

Na akom oddelení pracujete?	R (n)	%
ARO/JIS	76	61%
Interné oddelenie	15	12%
Geriatria	15	12%
Iné	18	15%
Spolu	124	100%

(Zdroj: vlastné spracovanie)

Cieľom prvej dotazníkovej položky bolo zistiť typ pracoviska respondentov. Z celkového počtu stodvadsaťštyri respondentov pracuje sedemdesiatšesť (61%) na ARO/JIS. Na iných typoch oddelenia osemnásť (15%), na internom a geriatrickom oddelení pracuje pätnásť (12%).

Tabuľka 2 Využívanie konceptu bazálnej stimulácie na oddeleniach

Pracujete na svojom oddelení s konceptom bazálnej stimulácie?	R (n)	%
Áno	122	98%
Nie	2	2%
Spolu	124	100%

(Zdroj: vlastné spracovanie)

Nasledujúcou položkou sme chceli zistíť, či sa na oddeleniach využíva koncept bazálnej stimulácie. Zistili sme, že stodvadsaťdva (98%) respondentov uviedlo, že na svojom oddelení využívajú koncept bazálnej stimulácie. Naproti tomu stojí názor dvoch (2%) respondentov, ktorí uviedli, že na oddelení nevyužívajú koncept bazálnej stimulácie.

Tabuľka 3 Dôležitosť využívania konceptu bazálnej stimulácie

Je podľa Vás využívanie konceptu dôležité pri poskytovaní kvalitnej starostlivosti?	R (n)	%
Áno	115	93%
Nie	9	7%
Spolu	124	100%

(Zdroj: vlastné spracovanie)

Na dotazníkovú položku týkajúcu sa dôležitosti využívania konceptu bazálnej stimulácie pri poskytovaní kvalitnej ošetrovateľskej starostlivosti odpovedalo stopätnásť (93%) respondentov, že koncept bazálnej stimulácie a jeho využívanie považujú za dôležité pri poskytovaní kvalitnej starostlivosti. Deviati (7%) respondenti sa vyjadrili, že využívanie konceptu bazálnej stimulácie pri poskytovaní kvalitnej starostlivosti nie je dôležité.

Tabuľka 4 Využívanie konceptu bazálnej stimulácie celým tímom

Pracuje s konceptom na Vašom oddelení celý ošetrovateľský tímov?	R (n)	%
Áno	109	88%
Nie	15	12%
Spolu	124	100%

(Zdroj: vlastné spracovanie)

Stodeväť (88%) respondentov uviedlo, že na oddelení pracuje s konceptom bazálnej stimulácie celý ošetrovatel'ský tím. Pätnásť (12%) respondentov uviedlo, že na oddelení s týmto konceptom nepracuje celý tím.

Tabuľka 5 Zapájanie rodiny do konceptu bazálnej stimulácie pri ošetrovaní pacienta

Je do konceptu zapájaná rodina klienta?	R (n)	%
Áno	112	90%
Nie	12	10%
Spolu	124	100%

(Zdroj: vlastné spracovanie)

Touto dotazníkovou položkou sme chceli zistiť, či ošetrovateľský tím poskytujúci koncept bazálnej stimulácie zapája aj rodinných príslušníkov pri ošetrovaní ich rodinného člena, čím sa zvyšuje kvalita ošetrovateľskej starostlivosti. Stodvanásť (90%) respondentov uviedlo, že pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti na využívaní konceptu bazálnej stimulácie zapájajú rodinu, naproti tomu stojí názor dvanástich (10%) respondentov, ktorí uviedli, že do konceptu bazálnej stimulácie ktorú poskytujú v rámci ošetrovateľskej straostlivosti nezapájajú rodinu.

Tabuľka 6 Názor respondentov o pozitívnom vplyve na klientov

Má podľa Vašich skúseností používanie konceptu pozitívny vplyv na klientov?	R (n)	%
Áno	118	95%
Nie	5	4%
Neviem, nemám skúsenosť	1	1%
Spolu	124	100%

(Zdroj: vlastné spracovanie)

V tejto dotazníkovej položke nás zaujímal názor o pozitívnom vplyve konceptu bazálnej stimulácie na klientov. Stoosemnásť (95%) respondentov uviedli, že si myslia, že využívanie konceptu bazálnej stimulácie má pozitívny vplyv na klientov. Päť (4%) respondentov zastáva názor, že koncept bazálnej stimulácie nemá pozitívny vplyv na klientov. K možnosti neviem, nemám skúsenosť sa priklonil jeden (1%) respondent.

Tabuľka 7 Prínos bazálnej stimulácie u klientov

Aký je podľa Vás najväčší prínos bazálnej stimulácie u klientov?	R (n)	%
Zlepšenie komunikácie, pacient reaguje na oslovenie	12	10%
Zlepšenie vnímania	25	20%
Zlepšenie mobility, zníženie spasticity	75	60%
Zníženie podávania psychofarmák	11	9%
Nevšimol/a som si žiadnen prínos	1	1%
Spolu	124	100%

(Zdroj: vlastné spracovanie)

Zaujímalo nás aký má prínos bazálnej stimulácie u klientov podľa respondentov. Sedemdesiatpäť (60%) uviedlo, že podľa ich názoru využívanie bazálnej stimulácie pôsobí na zlepšenie mobility a zníženie spasticity. K možnosti, že prostredníctvom využívania konceptu bazálnej stimulácie dochádza k zlepšeniu vnímania sa priklonilo dvadsaťpäť (20%) respondentov. Dvanásť (10%) zastáva názor, že využívaním konceptu bazálnej stimulácie sa zlepšuje komunikácia s klientom a klient reaguje na oslovenie. Jedenásť (9%) respondentov uviedlo, že prostredníctvom využívania bazálnej stimulácie dochádza k zníženiu podávania psychofarmák. K možnostiam nevšimol/a som si žiadnen prínos sa priklonil jeden (1%) respondent.

Tabuľka 8 Spolupráca s rodinou pri zistovaní anamnézy

Spolupracujete s rodinou klienta pri zistovaní anamnézy?	R (n)	%
Áno	118	95%
Nie	6	5%
Spolu	124	100%

(Zdroj: vlastné spracovanie)

Dotazníkovou položkou sme chceli zistiť či respondenti spolupracujú s rodinnými príslušníkmi pri zistovaní anamnézy. Stoosemnásť (95%) respondentov uviedlo, že pri zistovaní anamnézy spolupracujú s rodinou klienta. Šiesti (5%) respondenti sa vyjadrili, že pri zistovaní anamnézy nespolupracujú s rodinou klienta.

Tabuľka 9 Využívanie iniciálneho dotyku pri práci s konceptom

Používate pri práci s konceptom u klientov iniciálny dotyk?	R (n)	%
Áno	115	93%
Nie	9	7%
Nepracujem s konceptom	0	0%
Spolu	124	100%

(Zdroj: vlastné spracovanie)

Stopätnásť (93%) respondentov sa vyjadrilo, že pri práci s konceptom využívajú iniciálny dotyk u klientov. Deväť (7%) respondentov uviedlo, že pri práci s konceptom iniciálny dotyk nevyužívajú. K položke nepracujem s konceptom sa nepriklonil žiaden respondent.

Tabuľka 10 Používanie konceptu v praxi znamená pre respondentov

Čo pre Vás znamená používanie tohto konceptu v praxi?	R (n)	%
Možnosť kreativity a sebarealizácie	4	3%
Zvýšenie empatie voči klientom a schopnosť vnímať potreby druhého	22	18%
Poskytovanie kvalitnej ošetrovateľskej starostlivosti	97	78%
Iba povinnosť	1	1%
Spolu	124	100%

(Zdroj: vlastné spracovanie)

V tejto dotazníkovej položke nás zaujímalо aký postoj a teda ako vnímajú používanie tohto konceptu respondenti v praxi. Deväťdesaťsedem (78%) respondentov uviedlo, že používaním tohto konceptu v praxi sa zvyšuje poskytovanie kvalitnej ošetrovateľskej starostlivosti. Dvadsaťdva (18%) respondentov sa prikláňa k možnosti zvýšenie empatie voči klientom a schopnosť vnímať potreby druhého. Štyria (3%) respondneti zastávajú názor, že využívaním tohto konceptu v praxi sa môže rozvíjať kreativita a sebarealizácia. K možnosti vnímania využívania tohto konceptu v praxi len ako povinnosť sa prikonil jeden (1%) respondent.

Tabuľka 11 Najčastejšie využívané techniky u klientov v bezvedomí

Ktoré techniky u klientov v bezvedomí využívate najčastejšie?	R (n)	%
Muzikoterapia	42	34%
Masáže	27	22%
Polohovanie	39	32%
Kúpele	8	6%
Používanie vôní, používanie chutí	8	6%
Spolu	124	100%

(Zdroj: vlastné spracovanie)

Štyridsaťdva (34%) respondnetov uviedlo, že najčastejšie pri práci s klientov v bezvedomí využívajú muzikoterapiu. Tridsaťdeväť (32%) respondentov využíva pri práci s klientom v bezvedomí poohovanie. Dvadsaťsedem (22%) masáže, osem (6%) respondnetov kúpele, osem (6%) používajú vône a chute.

Tabuľka 12 Techniky zlepšujúce stav klientov

Po akých technikách sa podľa Vášho názoru najčastejšie zlepšuje stav klientov?	R (n)	%
Muzikoterapia	29	23%
Masáže	21	17%
Polohovanie	38	31%
Kúpele	13	10%
Vône	2	2%
Kontaktné dýchanie	21	17%
Spolu	124	100%

(Zdroj: vlastné spracovanie)

V tejto dotazníkovej položke nás zaujímalо aké techniky vedú k zlepšeniu stavu klientov podľa respondentov. Tridsaťosem (31%) respondnetov uviedlo, že podľa ich názoru sa stav klientov zlepšuje prostredníctvom polohovania. Dvadsaťdeväť (23%) respondentov zastáva názor, že stav klientov sa zlepšuje prostredníctvom muzikoterapie. Dvadsaťjeden (17%) respondentov zastáva názor, že na zlepšenie zdravotného stavu sa podielajú masáže

klientov. Podľa trinástich (10%) respondentov sa zdravotný stav zlepšuje prostredníctvom kúpeľov a dvaja (2%) respondenti sa priklonili k možnosti používania vôni.

Tabuľka 13 Prvky bazálnej stimulácie využívajúce pri práci s klientmi v bezvedomí

Označte s ktorými prvkami pracujete u klientov v bezvedomí	R (n)	%
Somatická stimulácia	124	100%
Vibračná stimulácia	24	19%
Vestibulárna stimulácia	56	45%
Optická stimulácia	107	86%
Auditívna stimulácia	119	96%
Taktilno-haptická stimulácia	39	31%
Olfaktorická stimulácia	106	85%
Orálna a orofaciálna stimulácia	36	29%

(Zdroj: vlastné spracovanie)

V tejto dotazníkovej položke sme chceli zistiť aké prvky využívajú respondenti najčastejšie pri práci s klientmi v bezvedomí, respondenti si mohli vybrať s viacerých možností. Najviac respondentov uviedlo, že pri práci s klientmi v bezvedomí využívajú somatickú stimuláciu, k tejto možnosti sa priklonilo až stodvadsaťštyri (100%) respondentov. Stodevätnásť (96%) respondentov využíva auditívnu stimuláciu, stosedem (86%) respondentov pri práci s klientmi v bezvedomí využíva optickú stimuláciu. Olfaktorickú stimuláciu využíva pri svojej práci stošesť (85%) respondnetov. Vestibulárnu stimuláciu využíva pri práci s klientmi v bezvedomí pädesiatšesť (45%) respondentov. Tridsaťdeväť (31%) respondentov sa priklonilo k možnosti taktilno-haptická stimulácia. Tridsaťšesť (29%) respondentov používa pri práci s klientom v bezvedomí Orálnu a orofaciálnu stimuláciu. Dvadsaťštyri (19%) respondentov sa vyjadrilo, že z prvkov bazálnej stimulácie pri práci s pacientom v bezvedomí využíva vibračnú stimuláciu.

Tabuľka 14 Prínos zisťovania autobiografickej anamnézy u klientov

V čom vidíte prínos zisťovania autobiografickej anamnézy u klienta?	R (n)	%
Zistenie návykov a zvykov klienta	124	100%
Zlepšenie ošetrovateľských činností	107	86%
Lepšie spoznanie klienta	118	95%
Zvýšenie empatie	98	79%
Iné	0	0%

(Zdroj: vlastné spracovanie)

Touto dotazníkovou položkou sme chceli overiť, v čom vidia respondenti prínos v rámci zisťovania autobiografickej anamnézy u klientov. Respondent isa mohli vyjadriť k viacerým možnostiam. Stodvadsaťštyri (100%) respondentov zastáva názor, že prostredníctvom zisťovania autobiografickej anamnézy u klienta vedia zistiť návyky a zvyky klienta. Stoosemnásť (95%) respondentov sa priklonilo k možnosti, že prostredníctvom zisťovania tejto anamnézy u klientov vedia lepšie spoznať klienta. K možnosti, že využitie autobiografickej anamnézy vedie k zlepšeniu ošetrovateľských činností sa vyjadrilo stosedem (86%) respondentov. Deväťdesiatosem (79%) respondentov zastáva názor, že pomocou zisťovania autobiografickej anamnézy u klientov sa zvyšuje empatia. K možnosti iné sa nevyjadril žiaden respondent.

Tabuľka 15 Využitie bazálnej stimulácie v zariadeniach kde sa nepoužíva

Mala by sa podľa Vás zaviesť bazálna stimulácia aj do zariadení kde sa nepoužíva?	R (n)	%
Áno	115	93%
Nie	1	1%
Neviem	8	6%
Spolu	124	124%

(Zdroj: vlastné spracovanie)

Zaujímal nás názor respondentov, či by sa mala bazálna stimulácia zaviesť aj do zariadení kde sa nepoužíva. Stopätnásť (93%) respondentov uviedlo, že sú toho názoru, aby sa bazálna stimulácia zaviedla aj do zariadení kde sa nevyužíva. K možnosti, že by sa nemala

zaviesť do týchto zariadení sa priklonil jeden (1%) respondent a k možnosti v ktorej sa nevedeli respondenti vyjadriť sa priklonili ôsmi (6%) respondenti.

Tabuľka 16 Techniky bazálnej stimulácie využívajúce rodinou

Ktoré techniky používa rodina klienta najčastejšie?	R (n)	%
Hudba	20	16%
Osobné veci klienta	32	26%
Dotyk	55	44%
Hlas nahrávky	17	14%
Spolu	124	100%

(Zdroj: vlastné spracovanie)

V tejto dotazníkovej položke nás zaujímalо, ktoré techniky bazálnej stimulácie najčastejšie využívajú rodinní príslušníci. Päťdesiatpäť (44%) respondentov sa vyjadrilo, že rodinní príslušníci najčastejšie využívajú pri bazálnej stimulácii dotyk. Ďalšou možnosťou bolo využitie osobných vecí ku ktorej sa priklonio triadsaťdva (26%) respondentov. Dvadsať (16%) respondentov vyjadrilo názor, že rodinní príslušníci v rámci bazálnej stimulácie využívajú hudbu ako jednu z techník. Hlas nahrávky využíva sedemnásť (14%) respondentov.

Tabuľka 17 Použitie prvkov somatickej stimulácie v praxi

Akú somatickú stimuláciu využívate najčastejšie vo svojej praxi?	R (n)	%
Dotyk	124	100%
Stimulácia povzbudzujúca	95	77%
Stimulácia ukludňujúca	108	87%
Polohovanie - hniezdo	95	77%
Polohovanie - mumio	53	43%
Masáž stimulujúca dýchanie	78	63%
Kontaktné dýchanie	51	41%
Iné	0	0%

(Zdroj: vlastné spracovanie)

Respondenti sa mali vyjadriť v nasledujúcej položke akú somatickú stimuláciu využívajú najčastejšie vo svojej praxi, mohli sa vyjadriť k viacerým možnostiam. Stodvadsaťtyri (100%) respondentov využíva v rámci somatickej stimulácie dotyk, druhým najčastejšie využívajúcim prvkom je stimulácia ukludňujúca, ku ktorému sa priklonilo stoosem (87%) respondentov. Rovnaký počet respondentov a to deväťdesiatpäť (77%) sa vyjadrilo, že v rámci somatickej stimulácie využívajú najčastejšie stimuláciu povzbudzujúcu a polohovanie – hniezdo. Masáž stimulujúcu dýchanie využíva sedemdesiatosem (63%) respondentov, polohovanie – mumio päťdesiattri (43%) respondentov a kontaktné dýchanie päťdesiatjeden (41%) respondentov. K možnosti iné sa nevyjadril žiadnen respondent.

Tabuľka 18 Pomôcky využívajúce pri práci s konceptom bazálnej stimulácie

Aké pomôcky využívate najčastejšie pri práci s konceptom?	R (n)	%
Fotografie	124	100%
Nahrávky	122	98%
Vatové tyčinky	33	27%
Vibračné pomôcky	18	15%
Výzdoba	118	95%
Nakreslené obrázky rodinou	122	98%
TV, rádio	117	94%
Iné	0	0%

(Zdroj: vlastné spracovanie)

Naším výskumom sme chceli zistiť aké pomôcky využívajú respondenti pri práci s konceptom bazálnej stimulácie. Respondenti sa mohli vyjadriť k viacerým možnostiam tejto dotazníkovej položky. Stodvadsaťtyri (100%) respondentov využíva najviac fotografie. Rovnaký počet respondentov stodvadsaťdva (98%) respondentov sa vyjadrilo k možnostiam nahrávky a nakreslené obrázky rodinou. Stoosemnásť (98%) respondnetov využíva pri práci s konceptom bazálnej stimulácie najčastejšie výzdobu, stosedemnásť (94%) respondentov TV, radio. Tridsaťtri respondentov uviedlo, že najčastejšie využíva vatové tyčinky, osemnásť (15%) respondentov využíva vibračné pomôcky. K možnosti iné sa nevyjadril žiadnen respondent.

Tabuľka 19 Pomôcky využívajúce pri taktilno-haptickej stimulácii

Aké pomôcky používate ku taktilno - haptickej stimulácii?	R (n)	%
Predmety z povolania klienta	11	9%
Predmety používané pri záľubách	75	60%
Uteráky	119	96%
Predmety z bežného denného života - mobilný telefón, kľúče	124	100%
Kozmetické veci - hrebeň, mydlo, holiaci strojček, zubná kefka	115	93%
Iné	0	0%
Nepoužívame taktilno - haptickú stimuláciu	0	0%

(Zdroj: vlastné spracovanie)

Dotazníkovou položkou sme chceli zistiť aké pomôcky využívajú respondenti najčastejšie pri taktilno – haptickej stimulácii. Respondenti sa mohli v tejto dotazníkovej položke vyjadriť k viacerým možnostiam. Stodvadsaťštyri (100%) respondentov využíva najčastejšie predmety z bežného denného života – mobilný telefón, kľúče. Stodevätnásť (96%) respondentov využíva uteráky, stopätnásť (93%) respondentov využíva kozmetické veci – hrebeň, mydlo, holiaci strojček, zubná kefka. Sedemdeiatpäť (60%) respondentov využíva najčastejšie predmety používané pri záľubách. K možnostiam iné a nepoužívam taktilo – haptickú stimuláciu sa nevyjadril žiadny respondent.

Tabuľka 20 Prvky prispievajúce k zlepšeniu stavu

Ktoré prvky podľa Vás najskôr prispievajú k zlepšeniu stavu?	R (n)	%
Polohy	123	99%
Masáže	79	64%
Nahrávky	72	58%
Osobné veci klienta - fotografie, kozmetické veci, oblečenie	117	94%
Vibrácie	18	15%
Chute, vône	15	12%
Iné	0	0%

(Zdroj: vlastné spracovanie)

Koncept bazálnej stimulácie je postavený na prvkoch prostredníctvom ktorých sa zlepšuje stav klienta, v tejto položke sme chceli zistiť ktoré prvky podľa respondentov najviac v

pozitívnom zmysle ovplyvňujú stav klienta, respondenti sa mohli vyjadriť k viacerým možnostiam. Stodvadsaťtri (99%) respondentov sa vyjadrilo, že v pozitívnom zmysle ovplyvňujú ako jeden z prvkov stav klienta Polohy. Stosedemnásť (94%) respondentov zastáva názor, že jedným z týchto prvkov sú osobné veci klienta – fotografie, kozmetické veci, oblečenie. Sedemdeiatdeväť (64%) respondentov sa vyjadrilo, že podľa ich názoru pozitívne ovplyvňujúce prvky stav klienta sú masáže, sedemdesiatdva (58%) respondentov nahrávky, osemnásť (15%) respondentov vibrácie a pätnásť (12%) respondentov chute a vône. K možnosti iné sa nevyjadril žiaden respondent.

Tabuľka 21 Prekážky, kvôli ktorým sa nepracuje s konceptom bazálnej stimulácie

Čo je podľa Vás najväčšou prekážkou, v tom že sa s konceptom nepracuje?	R (n)	%
Nedostatok informácií o koncepte	34	27%
Nedostatok záujmu zo strany sestier	24	19%
Nedostatočná podpora zo zamestnávateľov	21	17%
Neochota spolupracovníkov	12	11%
Nedostatok kurzov	33	26%
Spolu	124	100%

(Zdroj: vlastné spracovanie)

Nie je nič výnimočné ak sa pracovníci stretnú pri svojej práci s prekážkami, preto sme chceli zistiť s ktorými prekážkami sa respondenti najčastejšie stretávajú pri práci s konceptom bazálnej stimulácie, čo značne stázuje aplikáciu konceptu v ošetrovateľskom procese. Tridsaťštyri (27%) respondentov považuje za prekážku pri práci s konceptom bazálnej stimulácie nedostatok informácií o koncepte. Tridsaťtri (26%) respondentov sa vyjadrilo k možnosti nedostatok kurzov, dvadsaťštyri (19%) respondentov nedostatok záujmu zo strany sestier. Dvadsaťjeden (17%) respondentov sa vyjadrilo, že za prekážku považujú nedostatočnú podporu zo strany zamestnávateľa. Dvanásť (11%) respondentov považuje za prekážku neochotu spolupracovníkov.

Tabuľka 22 Názor respondentov na negatívny efekt konceptu na stav klienta

Máte vo svojej praxi skúsenosť, že by tento koncept nepriniesol efekt klientovi?	R (n)	%
Áno	8	6%
Nie	114	92%
Iné	2	2%
Spolu	124	100%

(Zdroj: vlastné spracovanie)

Zaujímal nás názor respondentov na negatívny dopad konceptu na stav klienta. Stoštrnásť (92%) respondentov sa vyjadrilo, že negatívny dopad konceptu na stav klienta nespozorovali. Osem (6%) respondentov uviedlo, že podľa nich mala bazálna stimulácia negatívny dopad na stav klienta, teda mali takúto skúsenosť. K možnosti iné sa priklonili dvaja (2%) respondenti.

Tabuľka 23 Vek respondentov

Aký je Váš vek?	R (n)	%
22 - 32	18	15%
33 - 43	41	33%
44 - 54	37	30%
55 a viac	28	22%
Spolu	124	100%

(Zdroj: vlastné spracovanie)

Štyridsať jeden (33%) respondentov, ktorí sa zúčastnili nášho výskumu mali vek v rozmedzí 33 – 43 rokov, stridsať sedem (30%) respondentov bolo vo vekom rozmedzí 44 – 54 rokov, dva sáť osem (22%) respondentov malo 55 a viac rokov a osemnásť (15%) respondentov malo vek v rozmedzí 22 – 32 rokov.

Tabuľka 24 Vzdelanie respondentov

Aké máte vzdelanie?	R (n)	%
Stredoškolské s maturitou VOV	28	23%
Vysokoškolské vzdelanie 1. stupňa	20	16%
Vysokoškolské vzdelanie 2. stupňa	44	35%
Špecializácia v odbore	32	26%
Spolu	124	100%

(Zdroj: vlastné spracovanie)

Štyridsaťštyri (35%) respondentov dosiahlo vysokoškolské vzdelanie 2. stupňa. Tridsaťdva (26%) majú dosiahnuté špecializačné vzdelanie v odbore. Dvadsaťosem (23%) respondentov dosiahlo stredoškolské vzdelanie s maturitou VOV. Dvadsať (16%) respondentov dosiahlo vysokoškolské vzdelanie 1. stupňa.

Tabuľka 25 Dĺžka praxe respondentov

Aká je Vaša prax na danom oddelení?	R (n)	%
1 - 5 rokov	8	6%
6 - 10 rokov	11	9%
11 - 15 rokov	18	15%
16 - 20 rokov	48	39%
viac ako 20 rokov	39	31%
Spolu	124	100%

(Zdroj: vlastné spracovanie)

Štyridesaťosem (39%) respondentov má prax 16 – 20 rokov. Tridsaťdeväť (31%) respondentov viac ako 20 rokov. Osemnásť (15%) respondentov pracuje v zdravotníctve 11 – 15 rokov, jedenásť (9%) respondentov má prax 6 – 10 rokov, osem (6%) respondentov pracuje 1 – 5 rokov.

Tabuľka 26 Dĺžka praxe s konceptom bazálnej stimulácie

Ako dlho pracujete s konceptom bazálnej stimulácie?	R (n)	%
Menej ako rok	29	23%
1 - 3 roky	73	59%
Viac ako 3 roky	21	17%
Nepracujem s konceptom	1	1%
Spolu	124	100%

(Zdroj: vlastné spracovanie)

Sedemdesiattri (59%) respondentov pracuje s konceptom bazálnej stimulácie 1 – 3 roky, dvadsaťdeväť (23%) respondentov pracuje s týmto konceptom menej ako rok. Dvadsať jeden (17%) respondentov pracuje s konceptom bazálnej stimulácie viac ako 3 roky. K možnosti nepracujem s konceptom sa nevyjadril jeden (1%) respondent.

3.2 Vyhodnotenie hypotéz

H1 Predpokladáme, že existuje štatisticky významný vzťah vo vyjadreniach sestier o najčastejšie využívaných technikách konceptu ovplyvňujúcich stav klienta v súvislosti s dĺžkou praxe sestier.

Tabuľka 27 Pozorované hodnoty vzťahu vo vyjadreniach sestier o najčastejšie využívaných technikách konceptu bazálnej stimulácie v závislosti od dĺžky praxe.

pozorované hodnoty	Dĺžka praxe						
	1-5 rokov	6-10 rokov	11-15 rokov	16-20 rokov	viac ako 20 rokov	Spolu	
Techniky konceptu bazálnej stimulácie využívané v praxi							
11. Najčastejšie využívané techniky u klientov v bezvedomí							df = 16
Muzikoterapia	4	2	8	16	12	42	x ² = 34,15473
Masáže	0	2	5	15	5	27	
Polohovanie	1	3	4	10	21	39	
Kúpele	2	1	1	4	0	8	p = 0,005178

Používanie vôní, používanie chutí	1	3	0	3	1	8	
Spolu	8	11	18	48	39	124	
12. Techniky zlepšujúce stav							df = 20
Muzikoterapia	1	4	5	8	11	29	$\chi^2 = 20,12298$
Masáže	1	2	3	11	4	21	
Polohovanie	0	0	3	18	17	38	
Kúpele	1	2	0	5	5	13	
Vône	0	0	1	1	0	2	
Kontaktné dýchanie	5	3	6	5	2	21	
Spolu	8	11	18	48	39	124	

(Zdroj: vlastné spracovanie)

Na overenie tejto hypotézy sme premennú dĺžku praxe dali do kauzálneho vzťahu s položkou dotazníka, ktorá reprezentuje vyjadrenia sestier o najčastejšie využívaných technikách konceptu bazálnej stimulácie. Vzhľadom na to, že ide o porovnanie jednej premennej dĺžky praxe s viacerými premennými vyjadrujúcimi vyjadrenia sestier o najčastejšie využívaných technikách konceptu bazálnej stimulácie, na overenie hypotézy sme stanovili 2 štatistické subhypotézy. Na základe výsledkov tvrdíme, že sme v prvej subhypotéze zistili štatisticky významný vzťah, pretože p hodnota je $p = 0,005178$, ktorá je nižšia ako hladina významnosti 0,05 a týka sa najčastejšie využívaných techník u klientov v bezvedomí a p hodnoty $p = 0,009116$ druhej subhypotézy týkajúcej sa techník zlepšujúcich stav, ktorá je taktiež nižšia ako hladina významnosti 0,05 z čoho vyplýva, že existuje signifikantná súvislosť medzi vyjadrením sestier o najčastejšie využívaných technikách a ich vplyve na stav klienta a dĺžkou praxe.

Záver 1. hypotézy: Medzi vyjadrením sestier o najčastejšie využívaných technikách ovplyvňujúcich stav klienta a dĺžkou praxe existuje signifikantný vzťah.

H2 Predpokladáme, že existuje štatisticky významný vzťah vo vyjadreniach sestier o prínose konceptu bazálnej stimulácie v súvislosti s dĺžkou praxe sestier.

Tabuľka 28 Pozorované hodnoty vzťahu vo vyjadreniach sestier k prínosu konceptu bazálnej stimulácie a dĺžkou praxe

pozorované hodnoty	Dĺžka praxe						
	1-5 rokov	6-10 rokov	11-15 rokov	16-20 rokov	viac ako 20 rokov	Spolu	
Prínos konceptu bazálnej stimulácie							
2. Využívanie konceptu bazálnej stimulácie na oddeleniach							df = 4
Áno	6	11	18	48	39	122	x ² =
Nie	2	0	0	0	0	2	p = 6,258E-6
Spolu	8	11	18	48	39	124	
3. Dôležitosť využívania konceptu bazálnej stimulácie							df = 4
Áno	5	10	18	48	38	119	x ² = 26,87407
Nie	3	1	0	0	1	5	p = 2,11E-05
Spolu	8	11	18	48	39	124	
6. Názor respondentov o pozitívnom vplyve konceptu na klientov							df = 8
Áno	5	8	18	48	39	118	x ² =
Nie	2	3	0	0	0	5	
Neviem, nemám skúsenosť	1	0	0	0	0	1	p = 5,871E-07
Spolu	8	11	18	48	39	124	
7. Prínos bazálnej stimulácie u klientov							df = 16
Zlepšenie komunikácie, pacient reaguje na oslovenie	1	1	2	6	2	12	
Zlepšenie vnímania	1	2	8	12	2	25	x ² = 43,1747
Zlepšenie mobility, zníženie spasticity	4	3	8	27	33	75	

Zníženie podávania psychofarmák	2	4	0	3	2	11	
Nevšimla som si žiadен prínos	0	1	0	0	0	1	p = 6E-143
Spolu	8	11	18	48	39	124	
10. Používanie konceptu v praxi znamená pre respondentov							df = 12
Možnosť kreativity a sebarealizácie	4	0	0	0	0	4	x2 =
Zvýšenie empatie voči klientom a schopnosť vnímať potreby druhého	3	8	2	8	1	22	
Poskytovanie kvalitnej ošetrovateľskej starostlivosti	1	3	15	40	38	97	
Iba povinnosť	0	0	1	0	0	1	p = 5,409E-16
Spolu	8	11	18	48	39	124	

(Zdroj: vlastné spracovanie)

Druhá hypotéza bola testovaná na základe piatich položiek pri zvolenej hladine významnosti 0,05, kde sme si podľa tabuľky stanovili kritickú hodnotu Pearsonovho Chí-kvadrátu. Môžeme konštatovať, že hypotéza sa nám na základe výsledkov z tabuľky 28 pozorovaných hodnôt potvrdila. Na základe výsledkov tvrdíme, že sme v tejto hypotéze zistili štatisticky významný vzťah. P hodnota $p = 6,258E-6$ prvej subhypotézy týkajúcej sa využívania konceptu bazálnej stimulácie na oddeleniach je nižšia ako hladina významnosti 0,05. Druhá subhypotéza týkajúca sa dôležitosti využívania konceptu bazálnej stimulácie má p-hodnotu $p = 2,11E-05$ nižšiu ako hladina významnosti 0,05. Tretia subhypotéza, ktorá sa zameriava na názor respondentov o pozitívnom vplyve konceptu na klienta má p-hodnotu $p = 5,871E-07$ nižšiu ako hladina významnosti 0,05. Štvrtá subhypotéza sa týkala prínosu bazálnej stimulácie u klientov s p-hodnotou $p = 6E-143$ nižšou ako hladina významnosti 0,05. Posledná subhypotéza týkajúca sa názoru repsondneotv čo pre nich používanie konceptu bazálnej stimulácie znamená má p-hodnotu $p = 5,409E-16$ nižšiu ako hladina významnosti 0,05. To znamená, že existuje signifikantná súvislosť vo vyjadreniach sestier o prínose konceptu bazálnej stimulácie a dĺžkou praxe.

Záver 2. hypotézy: Vo vyjadreniach sestier o prínose konceptu bazálnej stimulácie existuje štatisticky významný vzťah v závislosti od dĺžky praxe.

H3 Predpokladáme, že existuje štatisticky významný vzťah vo vyjadreniach sestier o potrebe zapájania rodiny do konceptu bazálnej stimulácie v závislosti s typom oddelenia na ktorom pracujú.

Tabuľka 29 Pozorované hodnoty vzťahu vo vyjadreniach sestier o potrebe zapájania rodiny do konceptu bazálnej stimulácie v závislosti od typu oddelenia na ktorom pracujú.

pozorované hodnoty	Typ oddelenia					
	A R O/ JIS	Inte rné odd ele nie	Ger iatri a	Iné	Spol u	
Zapájanie rodiny do konceptu bazálnej stimulácie						
5. Zapájanie rodiny do konceptu bazálnej stimulácie pri ošetrovaní pacienta						df = 3
Áno	75	13	12	12	112	$\chi^2 = 19,66085$
Nie	1	2	3	6	12	$p = 0,0002$
Spolu	76	15	15	18	124	
8. Spolupráca s rodinou pri zisťovaní anamnézy						df = 3
Áno	76	10	15	17	118	$\chi^2 = 31,0973$
Nie	0	5	0	1	6	$p = 8,11E-07$
Spolu	76	15	15	18	124	
16. Techniky bazálnej stimulácie využívajúce rodinou						df = 9
Hudba	10	6	2	2	20	$\chi^2 = 29,49255$
Osobné veci klienta	12	4	7	9	32	$p = 0,000535$
Dotyk	46	2	4	3	55	
Hlas nahrávky	8	3	2	4	17	
Spolu	76	15	15	18	124	

(Zdroj: vlastné spracovanie)

Na overenie tretej hypotézy sme použili taktiež výpočet chi kvadrát testu, príslušnej testovacej štatistiky a p-hodnoty testu. Hypotézu sme testovali taktiež na základe troch položiek týkajúcich sa názoru sestier o potrebe zapájania rodiny do konceptu bazálnej stimulácie v závislosti od typu oddelenia na ktorom pracujú. Na overenie hypotézy sme stanovili 3 štatistické subhypotézy. Na základe p-hodnoty $p = 0,0002$, ktorá je nižšia ako hladina významnosti 0,05 a týka sa názoru sestier o potrebe zapájania rodiny do konceptu bazálnej stimulácie pri ošetrovaní pacienta a phodnoty $p = 8,11E-07$ druhej subhypotézy týkajúcej sa spolupráce rodiny pri zisťovaní, ktorá je taktiež nižšia ako hladina významnosti 0,05 a p-hodnoty $p = 0,000535$ tretej subhypotézy, ktorá sa týka techník bazálnej stimulácie ktoré najčastejšie využíva rodiny pri ošetrovaní, ktorá je nižšia ako hladina významnosti 0,05 sme zistili štatisticky významný vzťah medzi názormi sestier o potrebe zapájania rodiny do konceptu bazálnej stimulácie pri ošetrovaní a typom oddelenia na ktorom pracujú.

Záver 3. hypotézy: Vo vyjadreniach sestier o potrebe zapájania rodiny do konceptu bazálnej stimulácie pri ošetrovaní existuje štatisticky významný vzťah v závislosti od oddelenia na ktorom pracujú.

H4 Predpokladáme, že existuje štatisticky významný vzťah vo vyjadreniach sestier o efektívnosti používania konceptu bazálnej stimulácie v ošetrovateľskom procese v závislosti od dĺžky praxe s bazálnou stimuláciou

Tabuľka 30 Pozorované hodnoty vzťahu vo vyjadreniach sestier o efektívnosti konceptu bazálnej stimulácie v ošetrovateľskom procese a dĺžkou praxe s bazálnou stimuláciou

pozorované hodnoty	Dĺžka praxe s bazálnou stimuláciou					
Efektívnosť používania konceptu bazálnej stimulácie	Menějakorok	1-3 roky	Viacako3 roky	Nepracujem s konceptom	Spolu	

3. Dôležitosť využívania konceptu bazálnej stimulácie						df =
Áno	2 6	7 2	17	0	115	x ² = 21,2845
Nie	3	1	4	1	9	p = 9,19E-05
Spolu	2 9	7 3	21	1	124	
6. Názor respondentov o pozitívnom vplyve na klientov						df =
Áno	2 6	7 1	21	0	118	x ² = 5,18492
Nie	3	2	0	0	5	
Neviem, nemám skúsenosť	0	0	0	1	1	p = 3,1E-25
Spolu	2 9	7 3	21	1	124	
21. Prekážky, kvôli ktorým sa nepracuje s konceptom bazálnej stimulácie						df =
Nedostatok informácií o koncepte	2 3	6 5	5	0	34	x ² = 40,8368
Nedostatok záujmu zo strany sestier	1 0	4 9	9	1	24	
Nedostatočná podpora zo zamestnávateľov	1 5	5 5	1	0	21	
Neochota spolupracovníkov	4 7	3 5	5	0	12	p = 5,21E-05
Nedostatok kurzov	2 7	5 5	1	0	33	
Spolu	2 9	7 3	21	1	124	
22. Názor respondentov na negatívny efekt konceptu na stav klienta						df =
Áno	6	2	0	0	8	
Nie	2 3	7 0	21	0	114	x ² = 8981,755
Iné	0	1	0	1	2	

Spolu	2 9	7 3		21	1	124	p = 4,56E-1
-------	--------	--------	--	----	---	-----	----------------

(Zdroj: vlastné spracovanie)

Štvrtá hypotéza bola testovaná na základe štyroch položiek pri zvolenej hladine významnosti 0,05, kde sme si podľa tabuľky stanovili kritickú hodnotu Pearsonovho Chí-kvadrátu. Môžeme konštatovať, že hypotéza sa nám na základe výsledkov z tabuľky 30 pozorovaných hodnôt potvrdila. Na základe výsledkov tvrdíme, že sme v tejto hypotéze zistili štatisticky významný vzťah. p hodnota $p = 9,19E-05$ prvej subhypotézy týkajúcej sa dôležitosti využívania konceptu bazálnej stimulácie je nižšia ako hladina významnosti 0,05. Druhá subhypotéza týkajúca sa názoru respondentov o pozitívnom vplyve konceptu na klientov má p-hodnotu $p = 3,1E-25$ nižšiu ako hladina významnosti 0,05. Tretia subhypotéza, ktorá sa zameriava na prekážky kvôli ktorým sa nepracuje s konceptom bazálnej stimulácie má p-hodnotu $p = 5,21E-05$ nižšiu ako hladina významnosti 0,05. Posledná subhypotéza týkajúca sa názoru respondentov na negatívny efekt konceptu na stav klienta má p-hodnotu $p = 4,56E-14$ nižšiu ako hladina významnosti 0,05. To znamená, že existuje signifikantná súvislosť vo vyjadreniach sestier o efektívnosti konceptu bazálnej stimulácie v ošetrovateľskom procese a dĺžkou praxe s bazálnou stimuláciou.

Záver 4. hypotézy: Vo vyjadreniach sestier o efektívnosti konceptu bazálnej stimulácie v ošetrovateľskom procese existuje štatisticky významný vzťah v závislosti od dĺžky praxe s bazálnou stimuláciou

H5 Predpokladáme, že existuje štatisticky významný vzťah vo vyjadreniach sestier o aplikácii konceptu bazálnej stimulácie v ošetrovateľskom procese v súvislosti s dosiahnutým vzdelaním

Tabuľka 31 Pozorované hodnoty vzťahu vo vyjadreniach sestier o aplikácii konceptu bazálnej stimulácie v ošetrovateľskom procese a vzdelaním

pozorované hodnoty	Vzdelanie
--------------------	-----------

Aplikácia konceptu bazálnej stimulácie v ošetrovateľskom procese	Str ed oš ko lsk é s ma tur ito u V	Vys oko ško lsk é vzd ela nie 1. stu x	Vys oko ško lsk é vzd ela nie 2. stu x	Špe cial izá cia v odb ore	Spol u	
2. Využívanie konceptu bazálnej stimulácie na oddeleniach						df = 3
Áno	2 8	18	44	32	122	$\chi^2 = 10,5704$
Nie	0	2	0	0	2	p = 0,01429
Spolu	2 8	20	44	32	124	
4. Využívanie konceptu bazálnej stimulácie celým tímom						df = 3
Áno	2 0	17	43	29	109	$\chi^2 = 11,5218$
Nie	8	3	1	3	15	p = 0,00921
Spolu	2 8	20	44	32	124	4
15. Využitie bazálnej stimulácie v zariadeniach kde sa nepoužíva						df = 6
Áno	2 0	20	44	31	115	$\chi^2 = 24,8318$
Nie	1	0	0	0	1	p = 0,00036
Neviem	7	0	0	1	8	9
Spolu	2 8	20	44	32	124	
21. Prekážky, kvôli ktorým sa nepracuje s konceptom bazálnej stimulácie						df = 12
Nedostatok informácií o koncepte	1 0	3	9	12	34	$\chi^2 = 36,2221$
Nedostatok záujmu zo strany sestier	1	6	15	2	24	3
Nedostatočná podpora zo zamestnávateľov	8	6	5	2	21	
Neochota spolupracovníkov	2	4	5	1	12	
Nedostatok kurzov	7	1	10	15	33	

Spolu	2					p = 0,00029
	8	20	44	32	124	

(Zdroj: vlastné spracovanie)

Piatu hypotézu sme testovali na základe štyroch položiek týkajúcich sa vyjadrení sestier o aplikácii konceptu bazálnej stimulácie v ošetrovateľskom procese v závislosti od vzdelania. Prvá subhypotéza týkajúca sa využívania konceptu bazálnej stimulácie na oddeleniach, má p-hodnotu $p = 0,01429$, ktorá je nižšia ako hladina významnosti 0,05. Druhá subhypotéza týkajúca sa využívania konceptu bazálnej stimulácie celým tímom má phodnotu $p = 0,009214$, ktorá je tak tiež nižšia ako hladina významnosti 0,05. Tretia subhypotéza, ktorá sa týka využitia konceptu bazálnej stimulácie v zariadeniach kde sa nepoužíva má p-hodnotu $p = 0,000369$, ktorá je nižšia ako hladina významnosti 0,05. Štvrtá subhypotéza sa zameriavala na prekážky, ktoré bránia v aplikácii konceptu bazálnej stimulácie do ošetrovateľského procesu s p hodnotou $p = 0,000298$, ktorá je nižšia ako hladina významnosti 0,05. Zo všetkých skúmaných premenných sme zistili štatisticky významný vzťah vo vyjadreniach sestier o aplikácii konceptu bazálnej stimulácie do ošetrovateľského procesu v závislosti od vzdelania sestier.

Záver 5. hypotézy: Vo vyjadreniach sestier o potrebe aplikácie konceptu bazálnej stimulácie do ošetrovateľského procesu existuje štatisticky významný vzťah v závislosti od vzdelania.

4 DISKUSIA

V našej diplomovej práci sme sa venovali prínosom bazálnej stimulácie u pacientov v kóme. Cieľom práce bolo zistiť ako je vnímaný koncept bazálnej stimulácie sestrami, jeho využívanie v praxi, aké techniky sú najviac používané sestrami a ako sestry odhadujú prínos konceptu pre klienta. Výsledky sme porovnali s výsledkami iných prác, ktoré sa venovali danej problematike.

Odpovede sme podrobili analýze z údajov, ktoré sme zistili od sestier pracujúcich s klientami, ktorí majú poruchu vedomia. Dotazníky boli distribuované v Nemocnici Agel Košice - Šaca, v Kardiocentre Agel v Košiciach a v Arcuse - Košice, po ich schválení spoločnosťou. Celkovo bolo rozposlaných 140 dotazníkov. Riadne vyplnených sa vrátilo 124. Návratnosť bola 88,57 %.

Sestry vo veku 33 - 43 rokov majú najväčšie zastúpenie v počte 41 sestier (33%), nasledujú sestry vo vekovej kategórii 44 - 54 rokov (30 %), vo veku 55 a viac rokov tvorí 28 sestier (22 %) a najnižšiu kategóriu tvoria sestry vo veku 22 - 32 rokov (15 %).

Najpočetnejšiu skupinu tvorili sestry s praxou 16 - 20 rokov, 48 sestier (39%), s praxou viac ako 20 rokov bolo zastúpených 39 sestier (31%), nasledujú sestry s praxou 11 - 15 rokov (15 %) a najmenej bolo sestrier s praxou 6 - 10 rokov (9 %) a 1 - 5 rokov (6%).

Najvyššie zastúpenie majú sestry s vysokoškolským vzdelaním 2.stupňa, 44 sestier (35%), nasledujú sestry so stredoškolským vzdelaním s maturitou, 28 sestier (23%), najnižšie zastúpenie bolo sestrami s vysokoškolským vzdelaním 1.stupňa, 20 sestier (16%), špecializáciu v odbore uviedlo 32 sestier (26%).

V empirickej časti sme sa zaujímali o to, aké techniky sú najviac využívané sestrami. Kejto otázke sa nám viažu dotazníkové otázky č.9,11,13,16,17. Respondenti mohli označiť aj viac odpovedí. Otázky boli zamerané na to, aby sme zistili, čo sestry využívajú najčastejšie a s čím pracujú v praxi. Iniciálny dotyk patrí medzi veľmi dôležitý prvok pri používaní konceptu. Dôležitý je z hľadiska toho, že ak sú dotyky nečakané a necielené vyvolávajú u klientov pocity strachu, neistoty, klienti sa boja. Spôsob ako sa dotýkame a ako dovolíme svojmu okoliu, aby sa nás dotýkalo súvisí s našimi skúsenosťami a zážitkami. Z tohto dôvodu je dôležité, ak dáme najavo, kedy a kde končí naša prítomnosť a naša činnosť u klienta. Ide o cielený dotyk. Zistili sme, že tento dotyk je sestrami

využívaný na 93%. Nie je využívaný v 7%. Túto odpoveď sme porovnali s prieskumom v diplomovej práci Hrčkovej, 2014, ktorá uvádza vo svojich výsledkoch, používanie iniciálneho dotyku u 9,13% respondentov, odpoveď nie uviedlo 55% a 36% sa vyjadrilo, že nevie čo to znamená iniciálny dotyk. Telenická (2013) uvádza vo svojom prieskume používanie dotyku iba v 5%. Avšak v prieskume Kazíkovej (2013) vyplynulo, že dotyk používa 82% sestier a považujú ho za najdôležitejšiu súčasť konceptu. Tým, že koncept bazálnej stimulácie nebola a stále nie je u nás veľmi využívaný a sestry nemajú absolované školenia môžeme predpokladať, že v minulosti práve kôli nedostatočným vedomostiam o koncepte nebola dotyk používaný. V súčasnosti je množstvo informácií a prebiehajú školenia a kurzy, predpokladáme, že sestry sa dostanú do kontaktu a stretnú sa s konceptom, sú dostatočne informované o dôležitosti jednotlivých prvkov. Postupom času sa zvýšilo povedomie o nutnosti zakomponovať do starostlivosti iniciálny dotyk, než v minulosti. Z výsledkov je zrejmé, že si tento prvak sestry osvojili a používajú ho v praxi, čo je pre klientov veľmi prínosné a žiaduce, aby neboli vystavení strachu a neistote.

Ako najviac využívanú techniku sestry označili somatickú stimuláciu. Táto technika je najviac využívaná v praxi sestrami u klientov v bezvedomí v nemocnici vo Viedni, čo je prezentované v práci Martinkovej (2010, s.117). V zahraničí sa s týmto konceptom pracuje takmer vo všetkých zariadeniach. Túto možnosť označilo 100% sestier. So somatickej stimulácie sa najviac využíva dotyk (100%), stimulácia ukludňujúca (87%), povzbudzujúca (77%). Sestry využívajú v praxi aj kontaktné dýchanie, 41%. Ku komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti patrí hygienická starostlivosť s využívaním somatickej stimulácie. Dochádza pri nej k pôsobeniu na kožu a tým na receptory dotyku, chladu, tepla, bolesti. Ďalším najvyužívanejším prvkom so somatickej stimulácie je polohovanie, poloha hniezdo, ktoré označilo 77 % sestier a poloha mumio, ktorú označilo 43% sestier. Polohovanie je dôležité z hľadiska vnímania vlastného tela. K strate vnímania vlastného tela dochádza, ak ležíme na mäkkej podložke, hlavne mäkké matrace. Už minimálne zmeny polohy prostredníctvom zrolovaných uterákov, prestieradiel, polohovacích pomôcok podporia vnímanie svojho tela. Tým, že človek nevníma sám seba a okolie dochádza k poruche orientácie na vlastnom tele a okolí a človek sa nastaví na jednotvárnosť. Menej sa cíti a stráca telesnú a psychickú orientáciu. Personál tak nájde úplne nečinného klienta, ktorý vyzerá, že nekomunikuje a nechce viac žiť. Alebo naopak,

snaží sa tento stav prerušiť a je zmätený a autoagresivný. Polohovaním umocníme stabilizáciu vlastného telesného vnímania po predchádzajúcej somatickej stimulácii, napr. po kúpeli. V praxi sa najviac využívajú polohy mumio a hniezdo. Tieto dve polohy predstavujú pre klientov veľmi výraznú somatickú stimuláciu. Tieto výsledky sa líšia s výsledkami v diplomovej práci Sikorovej (2015) , kde označilo polohu hniezdo 20 % sestier, polohu mumio 6%, upokojujúcemu stimuláciu uviedlo 15 % sestier a povzbudzujúcemu stimuláciu 15 % sestier. Kontaktné dýchanie označilo 9% sestier. V prieskume Telenickej (2013) polohovanie využíva 93% sestier, masáž stimulujúcemu dýchanie uviedlo až 82% sestier. Kúpeľ označilo 80% sestier.

Pri taktilne - haptickej stimulácii sestry uviedli najviac využívané predmety z denného bežného života, túto možnosť označilo 100% sestier. Ak sú klienti nepokojní, tiahajú katétre, ruky majú veľmi aktívne, klopkajú o bočnice, matrac, tiahajú podložky, posteľné prádlo... je to najčastejšie z dôvodu, aby identifikovali predmet, ktorí nahmatali, uspokojujú potrebu aktivity. Tieto situácie nastávajú z nedostatku taktilne - haptickej stimulácie a nedostatku vlastnej aktivity. Snažia sa tieto predmety niekam zaradiť, ale vyvolávajú v nich pocit neistoty. Ruka spolu s ústami je najaktívnejšou časťou tela a z tohto dôvodu je táto stimulácia veľmi významná. V prieskume Sikorovej z roku 2015 sa uvádzajú ako najviac používané, predmety z denného života (37%), predmety zo záľub uvádza v 20% a predmety používané pri povolaní označilo 9% sestier. Môžeme vidieť, že v porovnaní s rokom 2015, sestry začali vo väčšej miere používať pomôcky, ktoré sú známe zo života klienta. Je to pre neho veľmi doležité a podstatné, aby mal vo svojej blízkosti predmety ktoré pozná a sú mu známe.

Zaujímalo nás aj to, čo najčastejšie používa rodina klienta a na koľko je zapájaná do konceptu. Tým, že je potrebné, aby sa na starostlivosti podieľala aj rodina, je dôležité, aby spolupracovala spolu s ošetrovateľským tímom. Prieskumom sme zistili, že 94% sestier zapája rodinných príslušníkov do starostlivosti. Ako najčastejšie uviedli sestry, že rodinnými príslušníkmi je využívaný najviac dotyk, (44%), nasledujú osobné veci klienta (26%), ako najmenej používané uviedli nahrávky (14%) . Naše zistenia sa líšia od zistení Hrčkovej, ktorá vo svojom prieskume z roku 2014 uvádza, že do konceptu príbuzných zapája 38 % sestier a 62% označilo, že príbuzných do konceptu nezapájajú.

V druhej otázke nás zaujímalo aké majú sestry skúsenosti o prínosoch konceptu bazálnej stimulácie. K tejto otázke sa nám viažu dotazníkové otázky č. 6, 7, 14, 15.

Sestry nám jednoznačne odpovedali, že tento koncept má pozitívny vplyv na klientov. Tento názor zdieľa 95% sestier. 5% uviedlo, že nemajú skúsenosti s pozitívnym vplyvom na klientov. Za najväčší prínos sestry pokladajú zlepšenie mobility u chorých, 60% sestier, 20% sestier uviedlo zlepšenie vnímania. Zlepšenie komunikácie, reakcie na oslovenie uviedlo iba 10% sestier. Telenická (2013) vo svojej práci uviedla ako najväčší prínos zlepšenie mobility 28%. Vargová uvádza vo svojom prieskume z roku 2015 prospešnosť konceptu od 85% sestier, 15% sestier sa nevedelo vyjadriť. Kličková (2007) uvádza vo svojom výskume 86% ako prínos konceptu z pohľadu sestier. Podľa 97% sestier by sa mal tento koncept zaviesť aj do zariadení, kde sa nepoužíva. Môžeme predpokladať, že v porovnaní z predchádzajúcimi rokmi táto metóda starostlivosti sa začína dostávať do popredia a vidieť aj záujem sestier o túto problematiku a jej aplikáciu v praxi. Hrčková vo svojej práci z roku 2014 uvádza, že je nezáujem o koncept v 9%. Ako príčinu nevyužívania konceptu uvádza nedostatok vedomostí v 38% a málo vyškoleného personálu, 34%. Kazíková (2013) uviedla vo svojej práci dôvod odmietania konceptu v 42% nedostatok času, v 20% málo personálu a v 11% málo vedomostí. Kličková (2007) uvádza v 65% nedostatočne zaučený personál a v 20% málo času. V našom prieskume čo je prekážkou v nevyužívaní konceptu najviac sestier označilo nedostatok informácií o koncepte (27%), nedostatok kurzov (26%).

K tomu, aby bol koncept prínosný pre klienta, je nutné, aby bola zozbieraná kvalitná autobiografická anamnéza. Zistili sme, že 99% sestier spolupracuje s rodinou klienta pri zisťovaní anamnézy. Ako najväčší prínos v zisťovaní autobiografickej anamnézy vidia to, že zistia návyky a zvyky klienta, 100% sestier. Lepšie spoznanie klienta označilo 95% sestier a ako prínos zlepšenie ošetrovateľských činností vidí 86% sestier. Výsledky sa odlišujú od výsledkov Hrčkovej, 2014, ktorá uvádza, že 9% sestier odoberá anamnézu a 55% anamnézu neodoberá, 35% uviedlo, že nepozná taký termín.

Kličková (2007) uvádza taktiež ako najväčší prínos lepšiu kvalitu vnímania a taktiež zlepšenie vedomia klientov. Telenická (2013) vo svojom prieskume uvádza používanie anamnézy u 72% sestier.

Kvalitná autobiografická anamnéza je veľmi dôležitá z pohľadu klienta, aby sme vedeli presne zostaviť ošetrovateľský plán, aby sme vedeli ako pristupovať ku klientovi, čo má rád a čo mu nerobí dobre. Zabezpečí individualizovanú starostlivosť. Znamená porozumieť a pochopiť klienta.

Z výsledkov nám vyplýva, že v minulosti nebola považovaná za potrebnú a nebola využívaná, prípadne sestry nevedeli čo to znamená. V súčasnosti vzhľadom k narastajúcemu záujmu a dostatočným informáciám o koncepte sa dostáva do stále sa zvyšujúceho povedomia.

V ďalšej otázke sme sa snažili zistiť ako sa zapája ošetrovateľský tím a rodina do konceptu. K tejto otázke sa nám viažu dotazníkové otázky č. 2, 4, 5, 8, 16. Veľmi dôležité pri práci s konceptom je to, aby bol používaný celým ošetrovateľským tímom a aj rodinou klienta. Ako prvé je nutné zistiť všetko, čo sa dá o klientovi, od príbuzných. Je potrebné vedieť, čo má rád, ako trávi čas, aké má záľuby, aké jedlo, pitie, hudbu, filmy má rád, aby sme vedeli vyhotoviť kvalitný ošetrovateľský plán a využiť ho čo najlepšie a najefektívnejšie v prospech klienta. Dôležité je, aby sme mu vedeli vyvolať príjemné spomienky a vykonávali činnosti tak, aby mu boli príjemné. Využívame pomôcky a predmety ktoré pozná a má k nim vzťah. Prieskumom sme zistili, že do konceptu je zapájaný celý ošetrovateľský tím čo uviedlo 88 % sestier, a 94% sestier uviedlo, že je zapájaná aj rodina do konceptu. Sestry spolupracujú s rodinou v 99% pri zisťovaní anamnézy. Tieto údaje sme porovnali a sú rozdielne s prieskumom od Sikorovej (2015), ktorá uvádzala zapojenie celého tímu v 63%, a Kličková (2007) uvádzala 66% všetkých pracovníkov. Príbuzní sa zapájajú do konceptu podľa Kličkovej (2007) v 86%. Hrčková (2014) uviedla zapojenie rodinných príslušníkov v 38%, 60% sestier uviedlo, že rodinu do procesu nezapája.

Vo svojej práci sme sa zaoberali aj otázkou, akú dôležitosť pripisujú sestry používaniu konceptu bazálnej stimulácie. S touto otázkou súvisia dotazníkové otázky č. 3, 4, 6, 10, 15. Zistili sme, že pre sestry je dôležité používanie konceptu, aby sa dosiahla kvalitná starostlivosť. Tým, že s konceptom pracuje celý ošetrovateľský tím predpokladáme, že ho vnímajú ako dôležitú súčasť svojej práce. Podľa 95% sestier má vďaka ich skúsenostiam použitie konceptu pozitívny vplyv na klientov. Pre sestry tento koncept znamená najmä poskytovanie kvalitnej ošetrovateľskej starostlivosti, ktoré označilo 78% sestier, zvýšenie

empatie a schopnosť vnímať potreby druhého označilo 18% sestier a možnosť kreativity a sebarealizácie označilo iba 3% sestier. Podľa Kličkovej (2007) koncept 86% sestier hodnotí kladne a so zlepšením vnímania a vedomia klientov. Telenická (2013) uvádza vplyv bazálnej stimulácie ako pozitívny takmer v 100%, sestry uvádzajú, že v porovnaní s tým, kým koncept nevyužívali vidia jednoznačne zlepšenie stavu klientov.

Aj vďaka týmto kladným odpovediam môžme predpokladať, že sestry koncept vnímajú ako prínos do starostlivosti o klientov.

V našom výskume nás zaujímalo aj to, či súvisí vzdelanie sestier s uplatňovaním konceptu v praxi. Na to, aby sa dal koncept využiť v praxi je potrebné preškolenie personálu. Vykonávajú sa kurzy Asociáciou poskytovateľov sociálnych služieb alebo Institutom Bazální stimulace. Nie sú potrebné žiadne prístroje a ani špeciálne pomôcky. Využívajú sa veci každodennej potreby zo života klienta, veci, ktoré sú mu blízke, ku ktorým má vzťah, ktoré pozná.

V dotazníku nám odpovedali sestry, ktoré majú ako stredoškolské vzdelanie tak aj vysokoškolské vzdelanie, so špecializáciou aj bez špecializácie. Položkami, ktoré sa týkali vyjadrení sestier o aplikovaní konceptu bazálnej stimulácie sme zistili, že je súvislosť so vzdelaním sestier a uplatňovaním konceptu.

4.1 Návrhy a odporúčania pre prax

Na základe zozbieraných údajov z dotazníkového výskumu môžme usúdiť, že postoje sestier a skúsenosti s konceptom bazálnej stimulácie sa oproti minulosti zlepšujú. Avšak na Slovensku sa tento koncept stále nevyužíva a nepracuje sa s ním v množstve zariadení. Na základe toho môžme navrhnuť odporúčania pre prax.

Odporúčania pre sestry:

- Zlepšiť si vedomosti a zručnosti využívaním konceptu v praxi
- Využívať väčšinu prvkov konceptu, aby sa čím skôr zlepšilo vnímanie a mobilita klientov
- Zlepšiť komunikáciu a koordináciu v kolektíve ohľadom používania techník
- Zaviesť záznamy o používaní konceptu a podieľať sa na výskume ohľadom konceptu

Odporúčania pre manažment:

- Zabezpečiť možnosť absolvovania kurzov, školení
- Poskytnúť platené voľno na absolvovanie kurzu
- Uhradiť výdavky ktoré sú spojené s absolvovaním kurzu
- Zabezpečiť dostatok personálu
- Motivovať personál, aby mal záujem vzdelávať sa a chcel uviesť do praxe tento koncept
- Zapájať celý tím a príbuzných klienta
- Umožniť personálu sebarealizáciu a dať možnosť uplatňovania jednotlivých prvkov

Aplikáciou našich odporúčaní do praxe sa zabezpečí lepšie využívanie konceptu v zariadeniach. Sestry budú môcť zvýšiť, skvalitniť a zefektívniť komplexnú ošetrovateľskú starostlivosť. Chorým sa zabezpečí zlepšenie vnímania, mobility a rýchlejšie zotavenie z ochorení. Autobiografiou docielime to, aby sa k chorému pristupovalo s citom a v rámci toho, čo mu je príjemné a pri starostlivosti budú používané pomôcky, ktoré poznajú a majú k nim vzťah.

ZÁVER

V diplomovej práci sme sa venovali problematike konceptu bazálnej stimulácie u pacientov v bezvedomí.

Klienti, ktorí majú poruchu vedomia sú plne odkázaní na starostlivosť iných ľudí. Majú zmenené vnímanie, nevedia čo sa s nimi deje, nemajú orientáciu a mobilitu.

Analýzou údajov a porovnávaním s údajmi z predchádzajúcich prieskumov sme zistili, že koncept a jeho jednotlivé prvky sú stále viac využívané než v predchádzajúcich rokoch. Sestry, ktoré pracujú s konceptom ho vnímajú ako prínosný, prospešný a pozitívny pre chorých. Stále sú však na Slovensku zariadenia, kde sa s konceptom nepracujú, nevyužíva sa, prípadne málo sa s ním pracuje. Potvrdilo sa nám to, že stále viac prvkov sa používa, sestry tento spôsob starostlivosti vidia ako skvalitnenie starostlivosti. Vo svojej praxi používajú stále viac možností ako koncept aplikovať do praxe. Stále však ešte niektoré nie sú zaužívané a niektoré sú využívané veľmi málo. Používaním tejto techniky si chorí ľudia začnú uvedomovať svoje potreby. Znižuje sa závislosť pacientov, zlepšuje sa pohyblivosť, komunikácia a aj vnímanie. Je veľmi prínosnou a vhodnou metódou u pacientov v bezvedomí, na umelej pľúcnej ventilácii, u hemiplegických chorých a v akejkoľvek vekovej kategórii.

Aj keď nie je isté, že sa pacienti úplne uzdravia, istotou ostáva ich zlepšenie kvality života, poskytneme im pocit ľudskej blízkosti a lepšie sociálne začlenenie. Dôležité je, aby sme sa pozerali na každého chorého v bezvedomí, s apalickým syndrómom, Alzheimerom alebo akýmkolvek iným postihnutím ako na osobu, ktorá je schopná cítiť, vníma a reaguje a keď budeme vedieť použiť vhodnú formu komunikácie môžme zistiť ich stav vnímania a vedomia. Musíme sa však prispôsobiť komunikačnej úrovni pacienta. Tým, že pacienti v kóme sú závislí na podpore personálu a príbuzných nesmieme podceňovať ich vnímanie a uvedomovanie. Ak nereagujeme alebo nesprávne reagujeme, ignorujeme ich telesné signály a reakcie, majú títo ľudia len malú šancu na zlepšenie stavu alebo dôstojné umieranie. Preto je dôležité a je to len na nás, aby sme sa čo najskôr pokúsili o nadviazanie kontaktu aspoň cez telesné, neverbálne signály.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

- AMBLER, Z. 2011. *Základy neurologie*. Praha: Galén, 2011. 351 s.
ISBN: 978-80-7262-707-3.
- BARTUNĚK, P. - JURÁSKOVÁ, D. - HECZKOVÁ, J. - NALOS, D. 2016.
Vybrané kapitoly z intenzívnej Péče. Praha: Grada Publishing, a.s., 2016.
752 s. ISBN 978-80-247-4343-1.
- BENDOVÁ, P - DOSPĚLOVÁ, L. 2016. Využitie konceptu bazálnej stimulácie v oblasti špeciálnej výchovnej intervencie. In *9. ročník Medzinárodnej konferencie vzdelávania, výskumu a inovácií, ICERI 2016 Proceedings*. Sevilla. 2016. 2189 - 2195 s. Doi:10.21125/iceri.2016.1488.
- BIENSTEIN, Ch., FROHLICH, A. 2003. *Basale stimulation in der Pflege*. Leipzig: Kallmeyersche, 2003. 250 s. ISBN 978-37-80040-01-5.
- BRAUNER, R. 2019. *Možnosti rehabilitace u dětí a dospělých*. Brno: NCO NZO, 2019. 128 s. ISBN 57-853-19.
- BUCHHOLZ, T. - SCHURENBERGER, A. - FROHLICH, A. 2008. *Basale stimulation in der Pflege alter Menschen*. Gottingen: Hogrefe, 2008. 431 s. ISBN 34-5685-302-5.
- CASPARIS - HATZ, M. 2020. *Basale stimulation in der Akutpflege*. Gottingen: Hogrefe. 2020. 128 s. ISBN 978-34-56960-15-9.
- DOBIÁŠ, V. 2006. *Urgentná zdravotná starostlivosť*. Martin: Osveta, 2006. 160 s. ISBN 80-8063-214-6.
- DOBIÁŠ, V. 2017. *5P Prvá pomoc pre pokročilých poskytovateľov*. Bratislava: Dixit, 2017. 302 s. ISBN 978-80-89662-24-1.
- DOSBABA, F. 2021. *Rehabilitační ošetřovatelství v klinické praxi*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2021. 172 s. ISBN 978-80-271-4224-8.
- FÁBIANOVÁ, A. 2014. *Orofaciálna a bazálna stimulácia*. Havlíčkuv Brod: Tobiáš, 2014. 160 s. ISBN 978-80-7311-145-8.

- FRIEDLOVÁ, K. 2005. *Bazální stimulace pro učitele předmětu Ošetřovatelství 1. a 2. díl*. Praha: Grada, 2005. 176 s.
ISBN 978-80-239-6132-4.
- FRIEDLOVÁ, K. 2007. *Bazální stimulace v základní ošetřovatelské péči*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. 168 s. ISBN 978-80-247-1314-4.
- FRIEDLOVÁ, K. 2010. Ošetřovatelské a terapeutické nabídky konceptu bazální stimulace. *Sociální služby, odborný časopis APSS ČR*, ročník XII, duben 2010, s. 18 - 19. ISSN 1803-7348.
- FRIEDLOVÁ, K. 2014. *Bazální stimulace pro učitele předmětu ošetřovatelství*. Frýdek-Místek: Institut Bazální stimulace s.r.o., 2014. 50 s.
ISBN 80-239-6132-2.
- FRIEDLOVÁ, K. 2018. *Bazální stimulace pro ošetřující terapeuty a logopedy a speciální pedagog*. Tábor: APSS ČR, 2018. 204 s.
ISBN 978-80-907-0531-9.
- FROHLICH, A. 1998. *Basale stimulation*. Dusseldorf: Verlag Selbstbestimmtes Leben, 1998. 317 s. ISBN 978-39-100-9531-1.
- GÚTH, A. 2012. *Rehabilitácia pre medicínske, pedagogické a ošetrovateľské odbory*. Bratislava: Liečreh, 2012. 63 s. ISBN 80-88932-23-8.
- HANSEN, A. 2022. Critical care nursing perception of patient involvement in Care. In *Nursing in critical care*. s. 878-884, doi: 10.1111/nicc.12815.
- HRČKOVÁ, P. 2014. *Bazálna stimulácia v intenzívnej ošetrovateľskej starostlivosti*. Diplomová práca. Bratislava. 85 s.
- KAPOUNOVÁ, G. 2007. *Ošetřovatelství v intenzivní péči*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. 352 s. ISBN 978-80-247-1830-9.
- KAZÍKOVÁ, L. 2013. *Bazálna stimulácia v paliatívnej starostlivosti*. Bakalárská práca. Nitra. 2013. 74 s.
- KLIČKOVÁ, H. 2007. *Bazální stimulace v ošetřovatelské péči u nemocného na anesteziologicko resuscitačním oddelení*. Bakalárská práca. Brno. 76 s.

- KOLLÁŘ, P. 2009. *Rehabilitace v klinické praxi*. Praha: Galén, 2009. 713 s.
ISBN 978-80-7262-657-1.
- KREITZER, M. - KOITHAN, M. 2018. *Integrative nursing*. Oxford: Oxford Univerzity Press, 2018. 744 s. ISBN 978-01-9085-104-0.
- KŘIVOHLAVÝ, J. 1995. *Komunikace ve škole*. Brno: Masarykova univerzita, 1995. 210 s. ISBN 80-210-1070-3.
- KŘIVOHLAVÝ, J. 2002. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002. 200 s.
ISBN 80-2470-179-0.
- LIPPERTOVÁ GRUNEROVÁ, M. 2020. *Multisenzorická stimulace*. Praha: Galén, 2020. 40 s. ISBN 978-80-7492-447-7.
- LYSKOVÁ, A. *Sledování významu použití techniky masáže stimulující dýchaní v konceptu bazální stimulace*. Bakalárska práca. Ostrava: Ostravská univerzita, 2006. 73 s.
- MACHÁLKOVÁ, L. 2017. Kocept bazální stimulace a jeho využití v ošetřovatelské péči. In *Interní medicína pro praxi*. ISSN 1803-5256, 2017, 19 (1): 38, s. 49 - 51.
- MORALES, R. C. 2006. *Orofaciální regulační terapie*. Praha: Portál, s.r.o., 2006. 184 s. ISBN 80-7367-105-0.
- OTRUBOVÁ, J. 2006. *Bazálna stimulácia*, Zborník I. Fórum onkologických Pacientov. Bratislava: Liga proti rakovine SR, 2006. 80 s.
ISBN 80-89201-26-1.
- PUGGINA GEISBRECHT, A.C. 2005. The auditory perception in the patients In state of coma. In *Acta*. Doi: 10.1590/S0103-21002005000300013.
- ROKYTA, R. 2000. *Fyziologie*. Praha: ISV, 2000. 359 s.
ISBN 80-85866-45-5.
- ROKYTA, R. 2015. *Fyziologie a patologická fyziologie*. Praha: Grada, 2015. 712 s. ISBN 978-80-247-4867-2.
- SIKOROVÁ, L. 2015. *Bazální stimulace v intenzivní péči z pohledu sestry*. Diplomová práca. Trenčín. 127 s.

- SILVA COSTA, S. - SILVEIRA MENEZES, L. 2019. Real and illusory perceptions of patients in induced coma. In *Revista Brasileira de Enfermagem*. Doi: 10.1590/0034-7167-2017-0906, s. 818-24.
- SLEZÁKOVÁ, Z. 2006. *Neurologické ošetrovateľstvo*. Martin: Osveta, 2006. 166 s. ISBN 80-8063-218-9.
- ŠKUTCHANOVÁ, A. 2014. Súčasný pohľad na chronické poruchy vedomia. In *Anestéziológia a intenzívna medicína*. ISSN 1339-4177, 2014, s. 50-53.
- TELENICKÁ, M. 2013. *Využitie bazálnej stimulácie v starostlivosti o geriatrických pacientov*. Diplomová práca. Bratislava. 104 s.
- TOMOVÁ, Š. - KŘIVKOVÁ, J. 2016. *Komunikace s pacientem v intenzivní péči*. Praha: Grada Publishing a.s. 136 s. ISBN 978-80-271-9539-8.
- TROJAN, S. 2005. *Fyziologie a léčebná rehabilitace motoriky člověka*. Praha: Grada. 240 s. ISBN 978-80-247-6618-8.
- VÁLKOVÁ, L. 2015. *Rehabilitace kognitivních funkcí v ošetřovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2015. 112 s. ISBN 978-80-247-5571-7.
- VENGLÁŘOVÁ, M. - MAHROVÁ, G. 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2006. 144 s. ISBN 80-2471-262-8.
- WALPER, H. 2016. *Basale stimulation Palliativpflege*. Munchen: Ernst Reinhardt Verlag, 2016. 208 s. ISBN 978-34-976-0365-7.

PRÍLOHY

Príloha 1	Dotazník
Príloha 2	Žiadosť o realizáciu prieskumnej činnosti
Príloha 3	Súhlas s realizáciou výskumu Nemocnica Agel
Príloha 4	Súhlas s realizáciou výskumu Kardiocentrum
Príloha 5	Súhlas s realizáciou výskumu Arcus
Príloha 6	Polohy mumio, hniezdo
Príloha 7	Dotyk, umývanie so žinkami

Príloha 1

DOTAZNÍK

Vážená kolegynia/ kolega

Volám sa Lea Baloghová a som študentkou 3. ročníka Ústavu sociálnych vied a zdravotníctva Bl.P. P. Gojdiča a V. Hopku Spišská Nová Ves - Prešov v odbore Ošetrovateľstvo.

Chcela by som Vás požiadať o vyplnenie dotazníka so zameraním na zistenie informácií o používaní konceptu bazálnej stimulácie a Vašich názoroch na jeho prínos u klientov v bezvedomí. Dotazník je anonymný a Vami poskytnuté informácie budú použité k spracovaniu mojej diplomovej práce. Vybrané odpovede prosím označte.

Srdečne Vám d'akujem za spoluprácu.

Bc. Lea Baloghová

1.) Na akom oddelení pracujete?

- | | |
|---------------|------------------|
| a.) ARO/JIS | b.) interné odd. |
| c.) geriatria | d.) iné |

2.) Pracujete na svojom oddelení s konceptom bazálnej stimulácie?

- | | |
|---------|---------|
| a.) áno | b.) nie |
|---------|---------|

3.) Je podľa Vás využívanie konceptu dôležité pri poskytovaní kvalitnej starostlivosti?

- | | |
|---------|---------|
| a.) áno | b.) nie |
|---------|---------|

4.) Pracuje s konceptom na Vašom oddelení celý ošetrovateľský tím?

- | | |
|---------|---------|
| a.) áno | b.) nie |
|---------|---------|

5.) Je do konceptu zapájaná rodina klienta?

a.) áno

b.) nie

6.) Má podľa Vašich skúseností používanie konceptu pozitívny vplyv na klientov?

a.) áno

b.) nie

c.) neviem, nemám skúsenosť

7.) Aký je podľa Vás najväčší prínos bazálnej stimulácie u klientov?

a.) zlepšenie komunikácie, pacient reaguje na oslovenie

b.) zlepšenie vnímania

c.) zlepšenie mobility, zníženie spasticity

d.) zníženie podávania psychofarmák

e.) nevšimla som si žiadny prínos

8.) Spolupracujete s rodinou klienta pri zist'ovaní anamnézy?

a.) áno

b.) nie

9.) Používate pri práci s konceptom u pacientov iniciálny dotyk?

a.) áno

b.) nie

10.) Čo pre Vás znamená používanie tohto konceptu v praxi?

a.) možnosť kreativity a sebarealizácie

b.) zvýšenie empatie voči klientom a schopnosť vnímať potreby druhého

c.) poskytovanie kvalitnej ošetrovateľskej starostlivosti

d.) iba povinnost'

11.) Ktoré techniky u klientov v bezvedomí využívate najčastejšie?

a.) muzikoterapia

b.) masáže

12.) Po akých technikách sa podľa Vášho názoru najčastejšie zlepšuje stav pacientov?

- a.) muzikoterapia
 - b.) masáže
 - c.) polohovanie
 - d.) kúpele
 - e.) vône
 - f.) kontaktné dýchanie

13.) Označte s ktorými prvkami pracujete u pacientov v bezvedomí:

- a.) somatická stimulácia
 - b.) vibračná stimulácia
 - c.) vestibulárna stimulácia
 - d.) optická stimulácia
 - e.) auditívna stimulácia
 - f.) taktilno-haptická stimulácia
 - g.) olfaktorická stimulácia
 - h.) orálna a orofaciálna stimulácia

14.) V čom vidíte prínos zist'ovania autobiografickej anamnézy klienta?

15.) Mala by sa podľa Vás zaviesť bazálna stimulácia aj do zariadení kde sa nepoužíva?

16.) Ktoré techniky používa rodina klienta najčastejšie?

- a.) hudbu
 - b.) osobné veci klienta
 - c.) dotyk
 - d.) hlas, nahrávky,

17.) Akú somatickú stimuláciu využívate najčastejšie vo svojej praxi?

- a.) dotyk
- b.) stimulácia povzbudzujúca
- c.) stimulácia ukľudňujúca
- d.) polohovanie - hniezdo
- e.) polohovanie - mumio
- f.) masáž stimulujúca dýchanie
- g.) kontaktné dýchanie

18.) Aké pomôcky využívate najčastejšie pri práci s konceptom?

- a.) fotografie
- b.) nahrávky
- c.) vatové tyčinky
- d.) vibračné pomôcky
- e.) výzdobu
- f.) nakreslené obrázky rodinou
- g.) TV, radio
- h.) iné

19.) Aké pomôcky používate ku taktilne - haptickej stimulácii?

- a.) predmety z povolania klienta
- b.) predmety používané pri záľubách - tenisová raketa, golfová palica...
- c.) uteráky
- d.) predmety z bežného denného života - mobilný telefón, kľúče,
- e.) kozmetické veci - hrebeň, mydlo, holiaci strojček, zubná kefka....
- f.) iné
- g.) nepoužívame taktilno - haptickú stimuláciu

20.) Ktoré prvky podľa Vás najskôr prispievajú k zlepšeniu stavu?

- a.) polohy
- b.) masáže
- c.) nahrávky
- d.) osobné veci klienta - fotografie, kozmetické prípravky, oblečenie,

e.) vibrácie f.) chute, vône. g.) iné

21.) Čo je podľa Vás najväčšou prekážkou v tom, že sa s konceptom nepracuje?

- a.) nedostatok informácií o koncepte b.) nedostatok záujmu zo strany sestier
c.) nedostatočná podpora zo strany zamestnávateľov
d.) neochota spolupracovníkov e.) nedostatok kurzov

22.) Máte vo svojej praxi skúsenosť, že by tento koncept nepriniesol efekt klientovi?

- a.) áno b.) nie

23.) Aký je Váš vek?

- a.) 22 - 32 b.) 33 - 43
c.) 44 - 54 d.) 55 - 63

24.) Aké máte vzdelanie?

- a.) stredoškolské s maturitou, VOV b.) vysokoškolské vzdelanie 1. stupňa
c.) vysokoškolské vzdelanie 2. stupňa d.) špecializácia v odbore

25.) Aká je Vaša prax na danom oddelení?

- a.) 1 - 5 rokov b.) 6 - 10 rokov
c.) 11 - 15 rokov d.) 16 - 20 rokov
e.) viac ako 20 rokov

26.) Ako dlho pracujete s konceptom bazálnej stimulácie?

- a.) menej ako 1 rok
b.) 1 - 3 roky
c.) viac ako 3 roky

Príloha 2

3r. hovorete o tom
Lea Baloghová, Železiarenská 46, Košice, 040 15, tel.č. 0915 951 098

Riaditeľstvo
Nemocnica Agel Košice Šaca
Lúčna 57
040 15, Košice Šaca

VEC: Žiadosť o realizáciu výskumnej činnosti k diplomovej práci.

Týmto Vás žiadam o povolenie realizovať výskum k diplomovej práci na tému:
"Assessment bazálnej stimulácie pri ošetrovateľskej starostlivosti o pacientov v kóme."
Výskum pozostáva z dotazníka, ktorého cieľom je zistiť ako sestry vnímajú koncept bazálnej stimulácie, jeho využívanie v praxi, aké techniky sú najviac používané a aký je jeho najvýraznejší efekt v praxi.

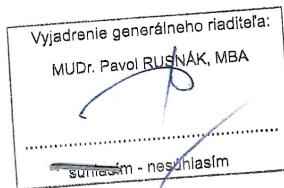
Výskumná činnosť bude realizovaná na oddeleniach OAIM/JIS, interné odd., odch., neurológia... Získané informácie budú použité výlučne k spracovaniu mojej diplomovej práce a v súlade s nariadením GDPR. V prílohe Vám prikladám dotazník.

Za odpoveď Vám d'akujem.

S pozdravom

MYMORENIE NAH. PRE OSÉ
Späť do

Lea Baloghová



Príloha 3



Bc. Lea Baloghová
Železiarenská 46
040 15 Košice-Šaca

Košice-Šaca, 16.10.2023

Vec: **Súhlas**

Na základe Vašej žiadosti **súhlasíme** s realizáciou prieskumu formou dotazníka, ktorý je určený pre sestry Nemocnice AGEL Košice-Šaca a.s. Dotazníky budú použité pre účely diplomovej práce s názvom „Assessment bazálnej stimulácie pri ošetrovateľskej starostlivosti o pacientov v kóme“

Pri používaní získaných údajov ste povinná dodržiavať mlčanlivosť o skutočnostiach, o ktorých sa dozviete a dodržiavať príslušné ustanovenia zákona č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov. Zároveň Vás žiadame, aby ste nás o výsledku písomne informovali.

S pozdravom

MUDr. Pavol Rúsnák, MBA
generálny riaditeľ

Nemocnica AGEL Košice-Šaca a.s.
Lúčna 57, 040 15 Košice-Šaca
IČO: 36 168 165
IČ DPH: SK7120001372

218

Nemocnica AGEL Košice-Šaca a.s.
Lúčna 57, 040 15 Košice-Šaca, Tel: +421 55 7234 111, E-mail: sekretariat@nke.agel.sk, Web: nemocnicakosicesaca.agel.sk
Spoločnosť zapísaná v Obchodnom registri Okresného súdu Košice I, oddiel: Sa, vložka číslo 840/V
Bankové spojenie: Československá obchodná banka, a.s., Číslo účtu: 4003008495/7500, IBAN: SK79 7500 0000 0040 0300 8495,
BIC: CEKOSKBX, IČO: 36168165, DIČ: 2020969797, IČ DPH: SK7120001372

Príloha 4

Lea Baloghová, Železiarenská 46, Košice, 040 15, tel.č. 0915 951 098

Kardiocentrum AGEL a.s.	
Dátum 13. 10. 2023	
Poradové číslo:	236. Číslo spisu:
Pielohy/listy:	Vybavuje: HR

Riaditeľstvo
Kardiocentrum Agel Košice - Šaca
Lúčna 57
040 15, Košice - Šaca

VEC: Žiadosť o realizáciu výskumnnej činnosti k diplomovej práci.

Týmto Vás žiadam o povolenie realizovať výskum k diplomovej práci na tému:
"Assessment bazálnej stimulácie pri ošetrovateľskej starostlivosti o pacientov v kóme."
Výskum pozostáva z dotazníka, ktorého cieľom je zistiť ako sestry vnímajú koncept bazálnej stimulácie, jeho využívanie v praxi, aké techniky sú najviac používané a aký je jeho najvýraznejší efekt v praxi.

Výskumná činnosť bude realizovaná na oddeleniach OAIM/JIS. Získané informácie budú použité výlučne k spracovaniu mojej diplomovej práce a v súlade s nariadením GDPR.
V prílohe Vám prikladám dotazník.

Za odpoved' Vám d'akujem.

S pozdravom

Lea Baloghová



Príloha 5

Fwd: Žiadosť o realizáciu výskumu ku diplomovej práci

Predmet: Fwd: Žiadosť o realizáciu výskumu ku diplomovej práci

Od: "popikova@arcuskosice.sk" <popikova@arcuskosice.sk>

Dátum: 13. 10. 2023, 6:57

Pre: Iveta Kurčáková <kurcakova@arcuskosice.sk>

----- Preposlaná správa --- Forwarded Message -----

Predmet:Žiadosť o realizáciu výskumu ku diplomovej práci

Dátum:Thu, 12 Oct 2023 15:33:42 +0000 (UTC)

Od:Lea Balogh <balogh1lea@yahoo.co.uk>

Dobrý deň, chcela by som Vás veľmi pekne poprosiť, či je možné zrealizovať vo Vašej organizácii výskumnú činnosť formou dotazníkov pre sestry. Výsledky by boli použité v diplomovej práci. V prílohe Vám posielam dotazník aj žiadosť.
Prípadne na koho sa mám obrátiť so žiadosťou.

Ďakujem Baloghová

= Prílohy:

Dotazník - Assessment bazálnej stimulácie .docx	17,3 kB
Žiadosť o súhlas s prieskumom Arcus .docx	8,7 kB

Subject Re: dotazník

From kopcova
<kopcova@arcuskosice.sk>

To: Lea Balogh
<balogh1lea@yahoo.co.uk>

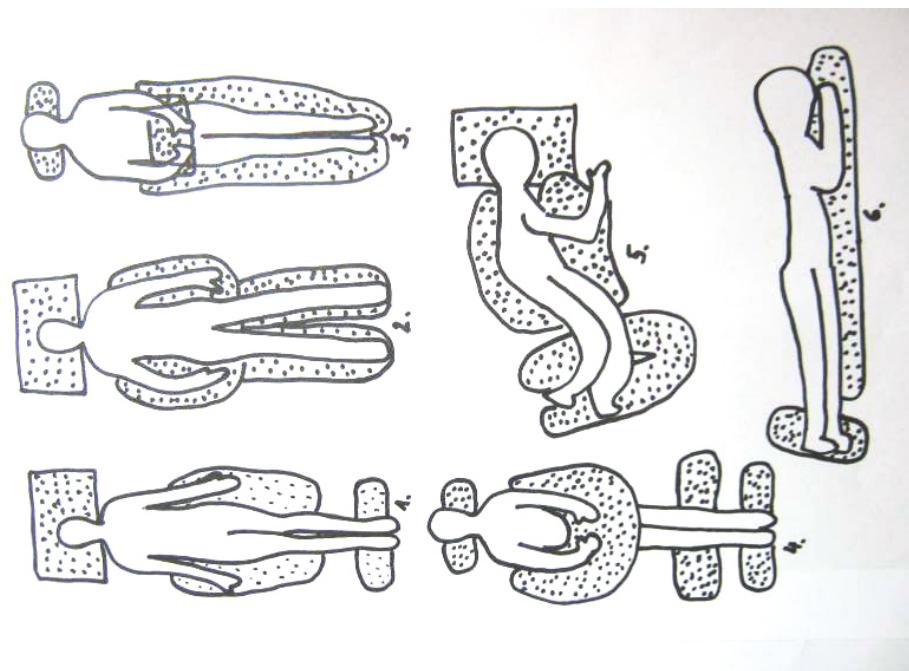
Date Yesterday at 12:27

Dobrý deň , na základe Vašej žiadosti súhlasíme s realizáciou prieskumu formou dotazníka určeného pre sestry v Našom zariadení. Pre účely diplomovej prace s názvom Assessment bazalnej stimulácie pri ošetrovateľskej starostlivosti o pacientov v kóme.

Prajem pekný deň.

[View more](#)

Príloha 6



Príloha 7

