Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Problematika komunikace a ošetřovatelské péče u pacienta s afázií na neurologickém oddělení

bakalářská práce

Autor práce: Lišková Petra
Studijní program: Všeobecná sestra
Studijní obor: Ošetřovatelství

Vedoucí práce: PhDr. Marie Trešlová, Ph.D.

Datum odevzdání práce: 14. 08. 2013

Abstrakt

Teoretická východiska

Pro poskytování kvalitní ošetřovatelské péče je komunikace velmi důležitá. Nemocný člověk prostřednictvím komunikace sděluje své potřeby, starosti, pocity a trápení. Tím, že pacient není schopen komunikovat, může dojít při poskytování ošetřovatelské péče k mnohým nedorozuměním. Ve své profesi všeobecné sestry na neurologickém oddělení iktového centra se setkávám s lidmi s afázií často, proto jsem si zvolila téma bakalářské práce, které se zabývá problematikou komunikace a ošetřovatelské péče u pacienta s afázií na neurologickém oddělení. Téma bakalářské práce je rozděleno na dvě části. V teoretické části je práce zaměřena na celkovou problematiku afázie, na komunikaci s pacientem s afázií a s rodinou, na náhradní komunikační prostředky a na saturování potřeb souvisejících s poruchou řeči. Dále prostřednictvím bakalářské práce jsme chtěli zjistit, jaké problémy přináší sestrám péče o pacienta s afázií, jaká je jejich znalost nejen komunikace, ale i komunikačních pomůcek a jejich využívání. Také jsme chtěli zjistit, jaká je vzájemná spolupráce sester s logopedem.

Cíle práce

Cílem bylo zjistit, s jakými problémy se setkávají sestry při poskytování ošetřovatelské péče o pacienta s afázií, dále jestli se orientují v nabídce pomůcek pro efektivní komunikaci a zda je používají při péči o pacienta s afázií. Dále jsme chtěli zjistit, jaká je vzájemná spolupráce mezi sestrami a logopedem v podpoře rozvoje komunikace pacienta s afázií. Posledním cílem bylo zjistit, zda je rodina spokojená s edukací ve využití efektivních komunikačních dovedností pro komunikaci se svým blízkým.

Metodika práce

Při výzkumném šetření v empirické části byla použita kvantitativní metoda formou anonymních dotazníků, které byly určeny pro všeobecné sestry iktových center,

cerebrovaskulárních komplexních center a standardních neurologických oddělení. Dotazníky byly rozdány sestrám se souhlasem hlavních sester a jejich vyplnění bylo zcela dobrovolné. Toho to výzkumu se zúčastnilo 103 sester. Pro šetření v oblasti spokojenosti s použitím efektivních komunikačních dovedností bylo použito kvalitativní šetření. Ve výzkumu, který probíhal v rozmezí tří měsíců se souhlasem hlavní sestry na neurologii iktového centra Nemocnice Písek, byla užita metoda nestandardizovaného rozhovoru se sedmi rodinnými příslušníky hospitalizovaných pacientů s afázií.

Výsledky

Za největší problém při poskytování ošetřovatelské péče považují sestry dorozumět se s pacientem s afázií. Dále většina sester se domnívá, že porucha řeči vede k nedostatečnému uspokojení potřeb. Související hypotéza č. 1.1 nebyla potvrzena. Druhou hypotézou jsme si chtěli ověřit, zda nedostatečné uspokojení potřeb pacienta s afázií vede k pocitu selhání. Hypotéza č. 1.2 byla potvrzena. Dále jsme zjistili, že sestry mají zběžný přehled v základních komunikačních pomůckách, některé z nich mají k dispozici na svém oddělení. Jen 43 sester je má čas plně využívat při péči o pacienta s poruchou řeči. Hypotéza č. 2 nebyla potvrzena. Dále jsme se dozvěděli, že většina dotazovaných sester hodnotila spolupráci s logopedem jako velmi dobrou, i když je neinformuje o zadaných úkolech k procvičování řeči pacienta. Stanovená hypotéza č. 3 byla potvrzena. Z výsledku kvalitativního šetření můžeme tvrdit, že spokojenost rodinných příslušníků s výsledkem edukační činnosti sester se odvíjela od schopnosti se dorozumět se svým blízkým.

Závěr

Prostřednictvím bakalářské práce jsme odhalili nedostatečné využívání komunikačních pomůcek sestrami při péči o pacienta a špatnou vybavenost komunikačními prostředky na odděleních. Také jsme zjistili málo aktivní přístup sester v edukování rodinných příslušníků ohledně správné komunikace se svým blízkým s poruchou řeči. Dále jsme odhalili mezery ve vzájemné spolupráci sester a logopeda, který ve většině případů neposkytuje informace sestrám o jeho zadaných úkolech

k rehabilitaci řeči pacienta. Na základě těchto zjištění doporučujeme rozšířit výběr komunikačních pomůcek, aby byly k dispozici k jejich používání nejen sestrám pro zlepšení komunikace, ale i rodinným příslušníkům. Dále zlepšit informovanost sester ze strany logopeda ohledně zadaných úkolů pacientovi k procvičování řeči, aby se tak sestry mohly více zapojit do rehabilitace řeči a přispět tak více k jejímu zlepšení.

Výsledky získané z výzkumného šetření mohou být zdrojem informací pro sestry a další pracovníky ve zdravotnictví a vést ke zlepšení ošetřovatelské péče a komunikace s pacienty s afázií.

Klíčová slova

Pacient

Sestra

Afázie

Bostonská klasifikace

Komunikace

Potřeby

Abstract

Theoretical Basis

Communication is very important for providing high-quality nursing care. While communicating the patient speaks about his or her needs, worries, feelings and sufferings. If the patient is unable to communicate there can occur a lot of misunderstanding in the nursing care process. In my profession as a general nurse at the neurology department of the ictus centre I meet people with aphasia quite often, therefore I have chosen for my Bachelor work the theme which deals with the issue of communication and nursing care at the patient with aphasia at the neurology department. The Bachelor work is divided into two parts. The theoretical part is focussed on the issue of aphasia in general, on communication with the patient affected by aphasia and his or her family, on alternative means of communication and on saturation of needs connected with the speech disorder. Further, this Bachelor work tries to find out what problems nurses face in the process of their care for the aphasia patient, what knowledge they have about communication, communication aids and their use. We also wanted to find out more about the mutual cooperation of nurses and the speech therapist.

Work Goal

The goal of the work was to find out what problems nurses providing aphasia patients with the nursing care meet, next, whether they are well informed about the selection of aids enabling effective communication and whether they use them while caring for the patient with aphasia. We also wanted to find out more about the mutual cooperation of nurses and the speech therapist in the process of the communication development of the patient with aphasia. The last goal was to find out if the family is satisfied with the education in the sphere of using effective communication skills for the communication with their dear one.

Work Methodology

In the process of research inquiry in the empiric part there was used the quantitative method with anonymous questionnaires which were defined for general nurses working at ictus centres, cerebrovascular complex centres and standard neurology departments. The questionnaires were distributed among nurses upon the agreement of ward sisters and their filling in was absolutely voluntary. This research involved 103 nurses. After getting information on the issue of satisfaction with the use of effective communication skills, the qualitative inquiry followed. The research was going on for the period of three months with the agreement of the ward sister at the Neurology Department of the Ictus centre of Písek Hospital and there was used the method of non-standardized interview with seven family members of the hospitalized patients with aphasia.

Results

Nurses see as the biggest problem the ability to communicate with the aphasia patient while providing nursing care. Further, majority of nurses believe that there is another problem arising from the speech disorder and it is the insufficient satisfaction of aphasia patient´s needs. Related hypothesis no.1.1 was not confirmed. The second hypothesis wanted to check if the insufficient satisfaction of aphasia patient´s needs results in the feeling of failure. Hypothesis no. 1.2 was confirmed. Further, we found out that nurses have rough knowledge about the basic communication aids, some of them they have available at the departments. Only 43 nurses have time to use them fully while caring for the patient suffering from the speech disorder. Hypothesis no.2 was not confirmed. Next we learnt that majority of the responding nurses evaluated cooperation with the speech therapist very positively, however, this specialist does not inform them on the set tasks prescribed for training the patient´s speech. The set hypothesis no.3 was confirmed. Results of the qualitative inquiry show that satisfaction of family members with the educative activity of nurses was closely related to the ability to communicate successfully with their dear one.

Conclusion

This Bachelor work revealed insufficient use of communication aids while caring for the patient as well as poor communication facilities at the departments. Further, we found out that the attitude of nurses to educate family members in the sphere of the correct communication with their dear one who is suffering from the speech disorder is not very active. Further, we found out there are mistakes concerning mutual communication between of nurses and the speech therapist, who mostly does not provide nurses with the information related to the prescribed tasks for the effective rehabilitation of the patient´s speech. On the basis of these findings we recommend to widen the selection of communication aids in order to make them available not only to nurses but the family members too. Next we recommend improvements of the foreknowledge of nurses by the speech therapist concerning the prescribed training speech tasks for the patient. Doing this, nurses will be able to join the speech rehabilitation process and contribute to the speech improvement.

Results arising from the research inquiry can be a source of information for nurses and other medical staff workers and can result in improvements in the nursing care and communication with the aphasia patient.

Key words

Patient

Nurse

Aphasia

Boston Classification

Communication

Needs

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 14. 08. 2013 .....

Petra Lišková

Poděkování

Poděkování patří především vedoucí práce PhDr. Marii Trešlové, Ph.D. za její cenné rady, připomínky a čas při psaní této bakalářské práce a také všem respondentům, kteří mi poskytli informace pro výzkumnou část práce.

Obsah

Úvod 12

1 Současný stav 13

1.1 Afázie 13

1.1.1 Z historie afaziologie 13

1.1.2 Řečová centra 14

1.1.3 Specifické symptomy poruch řeči afatika 15

1.1.4 Bostonská klasifikace afázií 17

1.1.5 Příčiny afázií 21

1.1.6 Diagnostika afázie 23

1.1.6.1 Diagnostika v akutním období afázie 24

1.1.7 Terapie afázie 24

1.2 Komunikace 26

1.2.1 Komunikační bariéry pacientů s poruchou řeči 26

1.2.2 Alternativní a augmentativní komunikace 27

1.2.3 Komunikace sestry s pacientem s afázií 29

1.2.4 Komunikace sestry s rodinou afatika 30

1.3 Saturování potřeb pacienta s afázií 31

2 Cíle práce, hypotézy 33

2.1 Cíle práce 33

2.2 Hypotézy 33

3 Metodika 34

3.1 Metodika práce 34

3.2 Charakteristika výzkumného souboru 34
4 Výsledky výzkumu 36
4.1 Rozhovory 36
4.2 Výsledky kvalitativního šetření 40
4.3 Výsledky kvantitativního šetření 41
5 Diskuse 54
6 Závěr 60
7 Seznam informačních zdrojů 62
8 Přílohy 65

Úvod

Ve své profesi všeobecné sestry na neurologickém oddělení iktového centra se setkávám s lidmi postiženými afázií často, proto jsem si zvolila téma bakalářské práce „Problematika komunikace a ošetřovatelské péče u pacienta s afázií na neurologickém oddělení.“

Charakteristickým znakem afázie je narušená komunikační schopnost. Tím, že pacient není schopen komunikovat, může dojít ze strany sester k nedostatečnému saturování jeho potřeb a k mnohým nedorozuměním. V teoretické části je práce zaměřena na celkovou problematiku afázie, její klasifikaci, příčiny a terapii. Dále se práce zabývá komunikací sestry s pacientem s poruchou řeči a jeho rodinou, náhradními komunikačními prostředky a saturováním potřeb u pacientů s afázií.

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, jaké problémy přináší sestrám péče o pacienta s afázií, znalost komunikace, komunikačních pomůcek a dále využívání těchto pomůcek při péči o pacienta s afázií. Dalším cílem práce bylo zjistit, jaká je vzájemná spolupráce sester a logopeda, a také zmapovat, zda rodina je spokojená s edukací o použití efektivních komunikačních dovednostech při komunikaci se svým blízkým.

1 Současný stav

1.1 Afázie

Afázie je charakterizována ztrátou již nabytých komunikačních schopností, přičemž mluvidla nejsou poškozena. Podle statistik je afázií ročně postihnuto zhruba 0,25-0,5 ‰ veškeré populace. Příčinou vzniku afázie je poškození korových center řeči v dominantní mozkové hemisféře, která jsou na tvorbu a rozumění řeči specializovaná (Kejklíčková, 2011).

„Afázie (fatické poruchy) jsou získané poruchy příjmu (percepce) a produkce (exprese) jazykové složky řeči, vznikající nejčastěji při poškození kůry dominantní mozkové hemisféry"(Ambler et al., 2008, str. 443).

Kromě této uvedené citace se v odborné literatuře můžeme setkat s dalšími různými definicemi afázie. Cséfalvay Zsolt (2007) označuje afázii jako získanou poruchu produkce a porozumění řeči, která vzniká v důsledku ložiskového postižení mozku. Další autor Russel J. Love (2009) ve své publikaci definuje afázii jako poruchu percepce a jazykové produkce, která vznikla v důsledku poškození centrálního nervového systému a označuje ji za multimodální poruchu, která se projevuje různými obtížemi v oblasti slovní produkce, rozumění, čtení a psaní.

Obecně se dá říct, že podstatu afázie tvoří souhrn následujících znaků: jde o získanou poruchu komunikačních schopností, která postihuje fatické symbolické funkce – tj. schopnost hovořit, rozumět mluvené nebo i psané řeči, psát, počítat, a která vzniká při ložiskovém poškození mozku jako následek systémového vlivu mozkové léze, která postihuje vyšší psychické funkce člověka (Lechta, 2003; Mysliveček 2009).

1.1.1 Z historie afaziologie

V polovině 19. století jako první popis afázie uveřejnil francouzský chirurg a antropolog Paul Pierre Broca, který při pitvě pacienta s poruchou řeči zjistil poškození

v čelním laloku levé hemisféry. Brocův objev podnítil řadu dalších vědců k hledání funkčního vysvětlení mechanismu jazyka a řeči (Lechta, 2003; Love, 2009).

V roce 1874 Carl Wernicke, německý neurolog a psychiatr, popsal případ poškození mozkové tkáně, které se nacházelo v levém spánkovém laloku nemocného, který měl problémy s porozuměním mluvené řeči. Na základě svých výzkumů vytvořil Wernicke model, který sloužil k lokalizaci předpokládané léze jazykového systému v řečových centrech nebo v jejich spojení. Tento model byl zapomenut a teprve až ve 20. století byl znovuobjeven a rozšířen Normanem Geschwindem. Nemalý vliv na rozvoj afaziologie měla také první a druhá světová válka, kdy výrazně stoupl počet raněných s chronickou afázií, které vznikly následkem ložiskového poškození mozkové tkáně po traumatických poraněních hlavy během války. Následkem toho vznikl o tuto problematiku zájem, který se začal zaměřovat i na terapii afázie. V šedesátých a sedmdesátých letech vznikla řada nových konceptů zabývajících se poruchou komunikačních schopností, dále byly prokázány hlavní anatomické rozdíly řečových center levé a pravé hemisféry (jazyková dominance levé hemisféry). V tomto období také vznikly tři zásadní testy afázie. Ve své bakalářské práci blíže popisuji jeden z těchto testů a to tzv. Bostonskou klasifikaci afázie (viz Kapitola 1.1.4). Dalšími testy afázie jsou Minnesotský test diferenciální diagnostiky afázie a Porchův index komunikační zdatnosti (Love, 2009).

1.1.2 Řečová centra

Hlavní řečová centra se nacházejí u praváků i u většiny leváků v levé mozkové hemisféře, v Sylviově rýze a v jejím okolí (viz Příloha 1). K přijímání spontánní řeči slouží Heschlovy závity (area 41 a area 42), které leží v Sylviově rýze na horní ploše spánkového laloku a s nimi těsně sousedící řečové centrum Wernickeovo (area 22) na planum temporale. Čtení zprostředkovává oblast gyrus angularis (area 39), která leží ve spodním temenním lobulu přímo před týlními zrakovými centry. Hlavní centrum řečové exprese je Brocova area, která leží v dorzální části dolní čelního závitu

(area 44 a 45) v blízkém sousedství precentrální oblasti. Pro vznik řeči jsou významná krátká asociační vlákna, která spojují Brocovu areu se spodní částí precentrálního závitu, odkud jsou inervovány svaly rtů, jazyka, hltanu a hrtanu. Exnerova psací area, která se zřejmě zapojuje při psaní, se nachází v zadní části středního frontálního závitu. Brocovu a Wernickeovu řečovou oblast navzájem propojuje fasciculus arcuatus (Ambler, 2008; Mysliveček, 2009).

V naprosté většině případů je afázie vázána na poškození levé mozkové hemisféry, protože v běžné populaci převažují praváci, u kterých je dominantní mozková hemisféra levá. Podle statistik mají praváci dominantní hemisféru v 95 % vlevo, v 5 % vpravo. U leváků je dominantní polovina mozku v 70 % vlevo, v 15 % vpravo a 15 % je dominance rozložena do obou stran (Kejklíčková, 2011).

1.1.3 Specifické symptomy poruch řeči afatika

V mluveném projevu pacienta s afázií se můžeme nejčastěji setkat s těmito specifickými příznaky jako je porucha plynulosti řeči, porucha porozumění, parafázie, agramatismy, perseverace, stereotypie, řečové automatismy a anomie.

Podle *poruchy plynulosti* řeči můžeme rozdělit afázii na nonfluentní (neplynulou) a fluentní (plynulou). U neplynulé afázie je tvorba řeči výrazně zpomalená, řeč je často obsahově chudá, tvořená někdy i jen jednotlivými slovy. Dále v řečovém projevu, který je u afatika spojen se zvýšeným úsilím, nacházíme chyby nejen po gramatické stránce, ale také ve skladbě slov. Naopak u plynulých afázií je tempo řeči převážně normální, někdy však může být zrychlené až překotné se sníženou srozumitelností (logorea). Typickým znakem u fluentních afázií bývá prázdná řeč, která je složena převážně ze slovních druhů, jako jsou příslovce, částice a citoslovce. Dalším specifickým příznakem afázie je *parafázie*, kdy v mluveném projevu dochází k deformaci slov různého typu a stupně. Pokud se kvalita parafázií změní na těžší stupeň, může hrozit riziko progrese neurologického onemocnění, které afázii vyvolalo. V řeči afatika rozeznáváme *parafázii fonémickou, žargonovou* a *sémantickou*, kdy u fonémické

parafázie je tvar slova deformovaný, často se vyskytují pouze záměny fonému, ale nadále můžeme rozumět významu slova, např. kvítek – klítek, dveře – dveřka. Při žargonové parafázii dochází k naprosto těžké slovní deformaci, kdy slovo je natolik změněné, že nelze porozumět mluvenému projevu afatika. U parafázie sémantické si pacient nemůže vzpomenout na dané slovo a snaží se ho nahradit významově podobným slovem. Kromě poruchy plynulosti řeči pacienti s afázií mají také problémy s porozuměním. *Porucha rozumění* osob s afázií nemusí být hned zřejmá. Často pacient dokáže daný příkaz vykonat správně tím, že ho na základě dané situace pochopí. Při poruchách zejména v temporoparietálních oblastí mozku dochází k poruchám chápání, dekódování mluvené řeči a vnímání. Můžeme se také setkat s tím, že pacient s afázií jednoduchý pokyn provede správně, ale složitější příkaz nedokáže provést, protože si ho nepamatuje nebo nerozumí. Dále se můžou v řečovém projevu pacienta s afázií vyskytovat *agramatismy*. Jako *agramatismus* se označuje nedodržování gramatických pravidel při tvorbě řeči, dále dochází k redukci počtu syntaktických slov, až mluvený projev má podobu spíše telegrafického stylu. Zároveň je rytmus řeči provázen pomlkami a tempo je výrazně zpomalené. Také u pacienta s afázií při rozhovoru může docházet k neustálému ulpívání na předešlém podnětu i v následujících odpovědí i přesto, že daný podnět už nepůsobí. Tento jev označujeme jako *perseveraci*.

Dalšími příznaky v mluvních projevech pacientů s afázií jsou *automatismy* a *stereotypie*. Za *automatismy* se označují jazykové fragmenty, které se často vyskytují v běžné komunikaci a které se automaticky spouštějí na zevní podnět. Při *stereotypii*, která bývá typická pro nonfluentní expresivní afázii, dochází k opakování určitého jazykového fragmentu (slabika, slovo, krátká věta). Někdy pacienti s afázií nejsou schopni pojmenovat určité předměty, osoby, činnosti atd. Jde o tzv. *anomii*, která je charakteristická pro amnestickou afázii. V komunikaci se anomie projevuje pomlkami, váháním, používáním jednoduchých pojmů a popisných vět jako náhradu za chybějící výraz. Hledaný pojem, na který si dotyčný nemůže vzpomenout, se někdy podaří vybavit s nápovědou prvního písmene slova (Škodová, 2007; Cséfalvay, 2007; Bachurová, Lebedová, 2008).

1.1.4 Bostonská klasifikace afázií

V současné době stále neexistuje jednotný systém klasifikace afázií, kdy příčinou může být odlišný pohled jednotlivých afáziologických škol na danou problematiku. Zejména v klinické praxi se nadále můžeme setkat se základním dělením afázie na expresivní (motorickou), percepční (senzorickou), totální (globální). Toto základní dělení afázie je v současnosti nedostačující a jak uvádí Cséfalvay (2007), Bostonská klasifikace afázie (viz Tab. 1) si stále více získává příznivců z řad logopedů a lékařů.

Dělení afázie podle Bostonské klasifikace vychází z hodnocení výkonů ve čtyřech parametrech řeči: spontánní řeč – hodnotí se plynulost a neplynulost řeči, porozumění řeči, opakování a pojmenování. Spontánní řečová produkce se u většiny pacientů s afázií dá rozdělit podle tempa slovní produkce afázie na fluentní (plynulé) a nonfluentní (neplynulé). Afázie nonfluentní vznikají při zadních mozkových lézí v oblastech frontálního laloku a projevují se především poruchou slovní produkce. Rozumění řečí bývá narušeno v různé míře. V případě přední mozkové léze je především narušeno rozumění syntaktickým strukturám, zatímco v situaci zadní léze mají pacienti problémy už při porozumění významu slov. Poruchy pojmenování se vyskytují u každého typu afázie. Schopnost opakování slov a vět mají zachovanou především ti pacienti, u kterých nedošlo k poškození oblasti v okolí sulcus lateralis (Cséfalvay, 2007).

Brocova afázie

Brocova afázie vzniká při poškození v oblasti Brocovy arey, v postcentrálních částech mozkové kůry a subkortikální části čelního laloku. U Brocovy afázie je produkce řeči nonfluentní, kdy slovní produkce, která je značně omezená a zpomalená, se vyznačuje méně než 40 slovy za minutu. K afázii se dále přidružuje apraxie řeči a někdy i porucha artikulace. Mluvený projev je tvořen s námahou a někdy bývá zredukován na jednoslovné promluvy. Tato neplynulost řeči způsobuje u pacientů s afázií potíže při vyhledávání slov z jejich mentálního slovníku. Ve spontánní řečové

produkci se objevují fragmenty slov, záměny některých fonému (pes místo pec), anebo používání tzv. cirkumlokuce - kompenzační strategie opisu určitého slova.

Agramatismus je dalším charakteristickým příznakem Brocovy afázie. Ve slovní produkci se vyskytují především podstatná jména, slovesa se v řečovém projevu vyskytují velmi málo. Rozumění řeči je výrazně lepší než slovní produkce. Poruchy porozumění při běžném rozhovoru nemusí být hned zřejmé, protože pacient může porozumět na základě dané situace. S porozuměním jednoduchých vět nemívají pacienti s afázií výrazné potíže, ale mohou mít problémy s porozuměním syntakticky složitějších vět. Dále se u Brocovy afázie setkáváme s poruchou čtení (alexie) a poruchou psaní (agrafie), často bývá přítomna paréza horní nebo dolní končetiny (Cséfalvay, 2007; Ambler, 2008).

Globální afázie

Globální afázie vzniká v důsledku rozsáhlých lézí v tzv. perisylvianské oblasti mozku dominantní hemisféry. Příčinou globální afázie je uzávěr mozkových tepen nebo masivní krvácení do čelní, spánkové a temenní části mozku, kdy bývá také přítomna těžká hemiparéza pravé strany, hemianopsie (výpadek poloviny zorného pole), hemihypestézie (částečné snížení citlivosti poloviny těla).

Slovní produkce je u globální afázie výrazně poškozena, dochází k stereotypnímu opakování neologismů a perseveraci slabik. Také velmi výrazná je porucha porozumění řeči, avšak u některých pacientů lze naučit využívat při komunikaci kompenzační pomůcky v podobě obrázků či piktogramů. Také čtení a psaní je u globální afázie výrazně narušeno (Cséfalvay, 2007; Ambler, 2008).

Smíšená transkortikální afázie

Smíšená transkortikální afázie se projevuje podobnými symptomy jako má globální afázie, s výjimkou lepší schopnosti opakovat slova. Ve slovní produkci pacientů jsou přítomny automatizované fráze, perseverace a echolálie (chorobné opakování slyšeného). Pacienti trpící smíšenou transkortikální afázií mají problémy s opakováním a porozuměním. Tento typ afázie vzniká při poškození mozku v oblasti řečiště mezi

mozkovými tepnami - arteria cerebri anterior, arteria cerebri media a arteria cerebri posterior. V důsledku těchto lézí, jsou izolována řečová centra (Cséfalvay, 2007).

Transkortikální motorická afázie

Transkortikální motorická afázie je nonfluentní afázie. Ve slovní produkci se často vyskytují echolálie, při odpovědích si pacienti s afázií vystačí krátkými větami. U těchto pacientů bývá ve verbálním projevu výrazná malátnost. Rozumění je narušeno zejména u syntakticky složitějších vět. Čtení je zachováno, avšak vyznačuje se pomalým tempem při čtení nahlas. Také psaní je poznamenáno výrazně pomalým tempem. Písmo je deformované a ve psaní se vyskytují pravopisné chyby. Příčinou transkortikální motorické afázie je léze, která vzniká před nebo nad Brocovou areou v levém čelním laloku nebo v suplementární motorické oblasti (Cséfalvay, 2007; Ambler, 2008).

Transkortikální senzorická afázie

Řečová produkce u transkortikální senzorické afázie je plynulá s velkým množstvím sémantických parafázií. Pacienti jsou schopni opakovat i delší věty. Porozumění, čtení a psaní je narušeno, avšak při opisování slov může být psaní po formální stránce zachováno. Nejčastějším doprovodným příznakem je hemianopsie pravé strany a výpadek zrakového pole, který se nachází v pravém horním kvadrantu. Příčinná léze u transkortikální senzorické afázie je v zadních oblastech spánkového laloku, respektive na temporo-okcipitálním pomezí (Cséfalvay, 2007; Ambler2008).

Wernickeova afázie

Wernickeova afázie patří mezi afázie fluentní, která se projevuje poruchou porozumění řeči a obtížemi s opakováním slov. Mateřská řeč se tak stává „zcela cizí“, pacient slyší slova, ale nerozumí jim. Mluva je plynulá s normální artikulací řeči a prozódií. Produkce slov může být někdy nadměrná (logoroická). Obsah řečového projevu je provázen většinou parafráziemi verbálního typu (náhrada nebo novotvorba celých slov), paragramatismy, neologismy a volnými asociacemi. Někdy může být přítomen tzv. slovní salát, kdy řeč je zcela nesrozumitelná. Schopnost opakovat a číst

nahlas je porušena. U psaní je tvar písmen zachován, ale s nesmyslným obsahem. Porozumění bývá výrazněji postiženo, pokud vzniklá léze zasahuje do mediálních lokalit spánkového laloku, zatímco porucha čtení bývá více při poškození zadních lokalit s přesahem do temenního laloku (Pfeiffer, 2007; Ambler, 2008; Love, 2009).

Kondukční afázie

U kondukční afázie bývá produkce řeči plynulá s četnými fonémickými parafráziemi a zachovanou artikulací. V mluveném projevu nacházíme obtížné hledání slov, fonémické a verbální parafázie. Při psaní mají pacienti potíže s pravopisnými chybami, nesprávným pořadím slov a nesmyslným obsahem. Tvar písma je zachován. Porozumění řeči u kondukční afázie je zachováno, ale pacienti můžou mít problémy s porozuměním gramatické složky řeči a logickým vztahům. Opakování je porušeno zejména u opakování syntakticky složitějších vět. Při čtení nahlas se objevují často parafrázie, zatímco u čtení potichu je porozumění dobré (pacient se více soustředí na obsah). Příčinná léze je u kondukční afázie zejména v oblasti gyrus supramarginalis nebo v oblasti sluchové asociační arey spánkového laloku (Cséfalvay, 2007; Ambler, 2008; Love, 2009).

Anomická afázie

Mluvený projev u anomické afázie je plynulý, ale přerušovaný obtížemi s vybavováním slov, které pacient různě opisuje (cirkumlokuce). Místo lžíce říká „to, čím se jí“, místo kalhot „to, co si navlékám na nohy.“ U anomické afázie je rozumění téměř neporušeno. Ve psaní se můžou objevit potíže s vybavováním slov, ve čtení můžou pacienti podávat různé výkony. Anomická afázie vzniká na základě léze v levé hemisféře v angulárním gyru, nebo jako následek po úpravě jiného typu afázie (Pfeiffer, 2007; Love, 2009).

Na následující stránce je zde uvedena pro větší přehlednost jednoduchá Tabulka č.1 Bostonské klasifikace, ve které je znázorněn souhrn všech jednotlivých typů afázií s jejich specifickými klinickými syndromy ve čtyřech sledovaných oblastech. Jedná se o spontánní řeč, porozumění řeči, opakování a pojmenování.

Tabulka 1: Bostonská klasifikace - základní charakteristika klinických syndromů afázie

Klinický syndrom afázie	Spontánní řeč	Porozumění řeči	Opakování	Pojmenování
Brocova	nonfluentní agramatická parafázie	lehké až těžké poruchy	narušeno	narušeno
Globální	stereotypie	těžce narušeno	těžce narušeno	těžce narušeno
Transkortikální motorická	nonfluentní echolálie	lehké až těžké poruchy	nenarušeno	narušeno
Transkortikální smíšená	nonfluentní stereotypie	těžce narušeno	zachované, lehce narušeno	narušeno
Wernickeho	fluentní, parafázie, neologismy	těžce narušeno	narušeno	narušeno
Konduktivní	fluentní	lehce narušeno	výrazně narušeno	lehce narušeno
Amnestická	Fluentní, anomické pauzy	lehce narušeno	zachováno	narušeno
Transkortikální senzorická	Fluentní, echolálie	těžce narušeno	Zachováno, echolálie	narušeno

Zdroj: Cséfalvay, 2007

1.1.5 Příčiny afázií

Mezi příčiny, které se podílí na vzniku afázie, patří cévní mozkové příhody, úrazy hlavy, nádory mozku, zánětlivá onemocnění mozku, degenerativní onemocnění mozku.

Cévní mozková příhoda (iktus) patří k nejčastějším příčinám afázie, která vzniká na základě *ischemie* (nedokrvení) mozku nebo v důsledku *hemoragie* (krvácení) do mozkové tkáně. ***Ischemie*** může být způsobena stenózou nebo obturací přívodné tepny krevní sraženinou, která se vyvíjí pozvolna, popřípadě embolem (vmetkem), uvolněným z extrakraniálních tepen nebo ze srdce. Přerušením zásobení mozkové tkáně krví dochází k poškození a k rychlému odumírání nervových buněk v příslušné části mozku. Někdy může být cévní ischemická mozková příhoda přechodná, označovaná jako tranzitorní, která může být bez nebo s menšími následky nebo může přejít

do závažnější cévní mozkové příhody. Mezi varovné symptomy patří – obtíže s polykáním, přechodná ztráta citlivosti končetiny nebo jedné strany těla, porucha řeči, závratě, poruchy vědomí. Nejčastější příčinou ***hemoragie*** je ruptura aneurysmatu (tepenné výdutě) většinou na základě vysokého krevního tlaku.

Úrazy (traumata) hlavy s tupým nebo ostrým poraněním mozkové tkáně jsou další příčinou afázie. Při úrazech hlavy může dojít k otřesu mozku (komoce) nebo *zhmoždění mozku* (kontuze). Při ***komoci mozku*** nedochází k poranění mozkové tkáně, bývá doprovázena nevolností, zvracením, krátkodobou ztrátou vědomí nebo jen částečným zastřením vědomí, amnézií a zcela výjimečně krátkodobou poruchou řeči. U ***zhmoždění mozku*** dochází k poškození mozkové tkáně, které se projevuje menším či větším krvácením, doprovázené někdy edémem mozku. Klinický obraz je velmi variabilní. Provázející symptomy jsou mnohem vážnější, patří mezi ně ztráta vědomí, která může trvat několik minut i hodin, amnézie, ložiskové neurologické projevy včetně poruch řeči.

V případě **nádoru mozku** vzniká afázie v důsledku jeho expanze a tlaku na příslušná řečová centra v mozku. Rovněž abscesy, cysty a hematomy svou expanzí mohou být příčinou poruch řeči.

Také **zánětlivé onemocnění mozku se** podílí na vzniku afázie. Patří mezi závažné onemocnění, které může skončit dokonce i smrtí člověka. Jednak může postihovat mozkovou tkáň - *encefalitidu*, mozkové blány - *meningitidu* nebo zároveň oboje - *meningoencefalitidu*. Původcem onemocnění jsou virové, bakteriální, ricketsiové, chlamydiové a parazitární infekce. Hlavními symptomy zánětlivého onemocnění mozku jsou poruchy vědomí, nápadné psychické změny, horečka, neurologické projevy podle lokalizace zánětu. Pacient po prodělání tohoto onemocnění může být zcela bez následků nebo mít trvalé následky, mezi které patří poškození sluchu, zraku, svalová ochrnutí končetin, mentální poškození a poruchy řeči.

Degenerativní onemocnění CNS je další příčinou afázie. Nejčastějším onemocněním je ***Alzheimerova nemoc***, která je způsobena postupnou atrofií mozku, ztrátou kognitivních funkcí pacienta a porušením jeho adaptace na sociální prostředí. Dochází k postupnému snížení paměti, intelektu, poruchám orientace a chování,

objevuje se prozopagnózie – nerozeznávají tváře, poruchy řeči v expresivní i receptivní části. Rozumění řeči slábne a nakonec mizí, řeč je setřelá až nesrozumitelná.

Podobné projevy i etiologii má ***Pickova nemoc***, u které dochází k postupnému rozpadu osobnosti a progredující demenci. Řeč je postižena postupně, její výkon slábne, objevuje se nutkání k nesmyslné mluvě, slovní projev bývá frázovitý, dochází k perseveraci – ulpívavému opakování slov (Škodová 2007; Kejklíčková, 2011).

1.1.6 Diagnostika afázie

Cílem adekvátního vyšetření je správné diagnostické zařazení, určení stupně a specifického typu afázie. Správná klasifikace afázie má také význam pro případnou volbu rehabilitačního postupu. Vyšetření poruch řeči se skládá z postupně prováděných zkoušek a testů, ve kterých se hodnotí spontánní řeč, rozumění řeči, schopnost opakovat zvuky, slova a věty po vyšetřujícím, schopnost jmenovat předměty, číst a psát. K celkovému klinickému obrazu se v dnešní době kromě testů a zkoušek využívá i moderní zobrazovací techniky jako jsou počítačová tomografie a magnetická rezonance.

Detailnější a komplexnější vyšetření afázie spadá především do kompetence klinického logopeda, kdežto neurologické vyšetření je spíše orientační. Neurologové zjišťují jazykové poruchy v rámci vyšetření vyšších psychických funkcí, které je součástí neurologického vyšetření (Cséfalvay, 2007; Ambler, 2008; Russell, 2009).

Z velkého množství neuropsychologických testů jsou u nás používány zatím nejvíce testovací baterie, např. *Western Aphasia Battery* - WAB. Tato baterie je složena osmi subtesty, ve kterých se hodnotí spontánní řeč, rozumění řeči, cílené pojmenování, opakování, čtení, psaní, praxie, kalkulie a prostorové vidění. Podle získaného skóre je možné určit typ afázie. Dále je to *Lurijovo neuropsychologické vyšetření*, které se opírá o syndromovou analýzu. Jedná se o kvalitativní vyšetření jazykových schopností (spontánní řeč, psaní, čtení), gnózie (poznávání), praxie, kalkulie, mnestické a intelektové funkce.

Z testů, sloužících k vyšetření jen některé z řečových složek, je u nás pro svoji dostupnost nejvíce rozšířený screeningový test – *Token test*, který je zaměřen na upřesnění poruch receptivní složky řeči a krátkodobou verbální paměť. Před aplikováním tohoto testu je nutné si ověřit, zda pacient s poruchou řeči nemá potíže s rozpoznáváním základních geometrických tvarů a s rozlišením základních barev. Tento screeningový test se používá u lehčích forem afázie (Škodová, 2007).

1.1.6.1 Diagnostika v akutním období afázie

V akutním stádiu jsou pacienti s afázií po cévní mozkové příhodě rychle unavitelní, kdy jejich schopnost koncentrovat pozornost, bývá značně omezená. U některých pacientů náhle vzniklá porucha komunikace a hybnosti, může být natolik stresující, že zpočátku mohou s logopedem odmítat spolupracovat. A proto je na terapeutovi, aby zvážil, kdy je vhodné vyšetření provést (Cséfalvay, 2007). Při prvním kontaktu je důležité, aby se terapeut seznámil s osobní anamnézou pacienta, s výsledky lékařských vyšetření včetně výsledků zobrazovacích metod, rodinným a sociálním zázemím. Během vyšetření pacienta se prověřuje schopnost slovní produkce, schopnost rozumět mluvenému projevu, počítání, lexie (čtení), grafie (psaní), motoriky mluvidel a polykání. Mimo jiné je nutné si ověřit schopnost koncentrace, sluchovou a zrakovou funkci. Dále je dobré obeznámit se s tím, zda pacient nepoužívá některé kompenzační pomůcky (naslouchadla, brýle, zubní protézu). Screeningové testy spolu s odebranou anamnézou umožní přesně určit lokalizaci poruchy, typ a stupeň afázie (Kejklíčková, 2011).

1.1.7 Terapie afázie

Člověk s afázií vyžaduje komplexní terapii, jejíž součástí je nejen logopedická péče, která se zaměřuje na obnovení řeči, ale také péče rehabilitační, neurologická,

psychologická, interní. Cílem terapie je dosáhnout maximálních schopností pacienta v komunikaci, s ohledem na dané postižení, což znamená vylepšit jeho komunikační schopnosti natolik, aby se běžně domluvil a nedocházelo v průběhu komunikace k nedorozumění. Postup terapie závisí především na stupni postižení, dále na typu afázie, na fyzické i psychické kondici nemocného.

V terapii se při nácviku čtení používají vhodné slabikáře s doprovodem obrázků a schémat. V začátku komunikace je dobré začínat v takových oblastech, kde se pacient s afázií „lépe chytí," kde se mu daří slovní produkce, kde lépe chápe nebo rozumí a to za pomocí říkanky, zpěvu písničky, jmenování dnů, měsíců nebo číselné řady. Zvukové záznamy se dají kombinovat s obrázky předmětů, činností, situací a také s globálním čtením (hledáním názvu pro daný obrázek). Při nácviku psaní zvláště u pacientů s motorickými obtížemi je vhodné používat silnou tužku pro lepší uchopení. Pokud je u praváků ochrnuta ruka úplně, je zapotřebí využívat ruku se zachovalou hybností. Dále k rozvoji a podpoře komunikace lze využívat nejrůznější elektronické tabulky, alternativní komunikaci, počítače s vhodným výukovým programem. Používání počítačů v rámci terapie afázie poskytuje pacientovi určitou vítanou změnu, nezávislost a samostatnost v trénování řečových dovedností, může ho využívat bez časového omezení. Nevýhody mohou spočívat v náročnosti programu především pro starší lidi, kterým chybí mentální a fyzické předpoklady, nelze vždy zajistit kompetentní pomoc a nelze ho měnit podle únavy pacienta.

Další terapeutickou metodou je muzikoterapie a arteterapie, které navozují uklidňující atmosféru, usnadňují a přispívají k navázání kontaktu s pacientem, rozvíjejí jeho pohybové schopnosti, zlepšují senzorické vjemy a přispívají k lepšímu estetickému cítění. Rehabilitace řeči by měla být systematická, přizpůsobená schopnostem pacienta a dlouhodobá. V akutním období je především terapie, která by měla být individuální a intenzivní, zaměřena na obnovu a udržení fatických funkcí, a také na znovunabytí psychické pohody nemocného. Už od prvopočátku logopedické terapie je nesmírně důležitá spolupráce s rodinou. Na místě je také spolupráce s klinickým psychologem, protože ztráta komunikačních dovedností znamená obrovskou psychickou zátěž

pro pacienta i jeho nejbližších. Dále během pobytu pacienta ve zdravotnickém zařízení, by měl klinický logoped zajistit návaznost péče po ukončení hospitalizace pacienta.

V chronickém stádiu je terapie afázie zaměřena spíše na obnovu sociálních vazeb a začlenění pacienta s afázií zpět do sociálního prostředí. K tomu napomáhá i občanské sdružení Klub Afasie, které vzniklo v roce 2000 z iniciativy PaedDR. Jaroslavy Roubíčkové (Škodová, 2007; Kejklíčková, 2011).

1.2 Komunikace

Komunikace (z lat. *communicatio*) je jedinečnou lidskou schopností, pomocí které vytváříme a udržujeme mezilidské vztahy a významně ovlivňuje rozvoj osobnosti. Jejím prostřednictvím sdělujeme své myšlenky, touhy, radosti, starosti, hněv, smutek. V obecné rovině ji lze chápat jako složitý proces výměny informací. Aby komunikace proběhla, musí být přítomen *komunikátor* - zdroj informace, *komunikant* - příjemce informace, *komuniké* - nová informace, *komunikační kanál* - cesta sloužící k přenosu.

Komunikaci rozdělujeme na verbální a neverbální. Základní rozdíl mezi neverbální a verbální komunikací je ten, že neverbální komunikace se může uskutečňovat samostatně, kdežto verbální komunikace je vždy provázená neverbální komunikací. V oblasti neverbální komunikaci rozlišujeme *paralingvistické fenomény* (kvalita hlasu a způsob mluvení) a *extralingvistické fenomény* (mimika, dotyky, gestikulace, držení těla a zrakový kontakt) a verbální komunikace je uskutečňována prostřednictvím slov (Klenková, 2006; Linhartová, 2007; Kejklíčková, 2011).

1.2.1 Komunikační bariéry pacientů s poruchou řeči

Některé sestry mohou na pacienty s poruchou řeči pohlížet jako na jedince, kteří jsou méně schopní, závislí zcela na jejich pomoci a to může negativně ovlivňovat a vytvářet stereotypy v komunikaci s nimi. Jedinci s poruchou řeči mohou mít

komunikační obtíže, které se mohou týkat i neverbálních komunikačních prostředků jako jsou dotyky, mimika, gestikulace, pohledy, posturiky (postoje, držení těla, polohy), proxemiky (komunikační vzdálenost) a také celkového vzhledu.

Další příčinou, kdy interpersonální komunikací mezi okolím a pacienty s poruchou řeči může ztěžovat fakt, že jejich handicap může být terčem nevhodných poznámek, vtipů a dokonce i ponižování. Podle Slowíka (2010) i přes snahu jednat při vzájemné komunikaci s pacientem s poruchou řeči partnersky, je riziko označované jako *„rozpornost sdělení“*, které může v komunikaci mezi sestrou a pacientem s afázií vypadat tak, že se sestra snaží s tímto člověkem komunikovat jako s rovnocenným partnerem, ale v neverbální složce komunikace vyjadřuje soucit, politování nebo odmítání. Touto neupřímností a nevěrohodností v komunikaci může sestra pacienta s afázií zbytečně zranit a ponížit. Také často člověk s afázií nedostane při komunikaci šanci odpovědět a vyjádřit se. Může za to netrpělivost a neochota vyjít člověku s poruchou řeči při komunikaci vstříc. Důležité je, aby sestra udělala všechno proto, aby v interpersonální komunikaci s afatiky nešlo o monolog, ale dialog (Slowík, 2010).

1.2.2 Alternativní a augmentativní komunikace

Komunikace s afatiky může být svízelná a někdy dokonce nereálná, kdy jejich handicap může být příčinou omezení se dorozumět nejen s ošetřujícím zdravotnickým personálem, ale i se svými blízkými a jejich kompenzační pomůckou je alternativní a augmentativní komunikace.

Augmentativní komunikace podporuje komunikační schopnosti afatiků a alternativní komunikace se používá jako náhradní prostředek mluvené řeči. Podstatou této komunikace je především dorozumět se a umožnit pacientům s poruchou řeči plnohodnotnou existenci ve společnosti. Aby alternativní komunikace plnila správně svojí funkci, musí splňovat určitá kritéria. Symboly, které se nejvíc využívají v alternativní komunikaci, by měly být srozumitelné, rychle a snadno rozlišitelné, měly by se vázat na určitý typ pojmů a měly by vyplnit nezbytnou škálu důležitých pojmů

pro sociální komunikaci. Některé symboly jsou založeny na speciálních pomůckách (fotografie, piktogramy, různé obrázky, názorné pomůcky, atd.), jiné zase vycházejí z přirozených dorozumívacích prostředků např. mimiky, gestikulace, pohledu, manuálních znaků (Slowík, 2010).

Užívání *fotografií* může být velmi motivující pro pacienty s poruchou řeči, jsou na nich zachyceny jejich prožité zážitky a vidí na nich svoje známé, přátelé a rodinu. Jsou daleko čitelnější a realističtější než obrázky nebo grafické symboly. *Piktogramy* jsou velmi zjednodušená zobrazení se symboly, které vyjadřují nějaké slovo či jednoduché věty. *Bliss symboly* jsou vytvořeny z geometrických tvarů, které zahrnují konkrétní i abstraktní pojmy, kdy velikost, orientace a poloha těchto tvarů vyjadřuje různý význam. Systém, který byl původně navržen Charlesem Blissem jako jazykový systém pro osoby mluvicí různými jazyky, obsahuje asi sto základních symbolů, jejich kombinací lze vytvářet další významy. *Symboly Makaton* jsou grafické symboly, které nesou určitý význam s pohybovým vyjádřením. Výběr vhodného systému symbolů (viz Příloha 2) pro daného jednotlivce, děláme se zřetelem na jeho potřeby, na jeho předchozích jazykových zkušenostech, věku, kognitivních, smyslových a motorických schopnostech. Tyto symboly jsou pak sestavovány do *komunikačních tabulek*.

Komunikační tabulky se vytvářejí vždy pro konkrétního uživatele a měly by se měnit v souladu s jeho potřebami. Tabulky se mohou sestavovat z fotografií, z obrázkových symbolů, písmen, slov, vět i číslic (viz Příloha 3). Další alternativní pomůckou je *afatický slovník*. Jedná se o obrázkový slovník, který je určený pro počáteční terapii afázie nebo jiných poruch řeči. Obsahuje obrázky podstatných jmen, přídavných jmen, sloves a životních situací (viz Příloha 4). A v neposlední řadě se využívá v terapii afázie také počítač se specializovaným souborem programů MENTIO. Tento soubor programů obsahuje základní slovní zásobu, dějovou posloupnost pro logopedickou praxi, soubor úloh na procvičování paměti, cvičení zrakové percepce a početní úlohy podporující samostatnost v nakupování (Škodová, 2007; Slowík, 2010).

1.2.3 Komunikace sestry s pacientem s afázií

Než začne sestra s pacientem s afázií komunikovat, měla by zajistit pacientovi pro rozhovor klidné prostředí, bez rušivých vlivů. Vypnout rádio, televizi, pokud vedou okna do hlučné ulice, zavřít je. S pacientem s narušenou komunikační schopností jedná sestra vždy s respektem, vážností a ohleduplností. Její přístup by měl být ke každému člověku individuální, plný porozumění a empatie. Také její chování by mělo být v průběhu rozhovoru co nejpřirozenější.

Sestra při rozhovoru by měla stát v zorném poli pacienta a udržovat s ním oční kontakt. Dále by měla pozorně naslouchat, co jí pacient sděluje. V komunikaci používat krátké, jednoznačně strukturované věty, mluvit pomalým tempem, vyjadřovat se jasně a srozumitelně. Dále se ujišťovat, že jí pacient rozumí a snažit se doplňovat svůj projev obzvláště u těžkých poruch řeči gesty, mimikou, včetně ukazováním na předměty, o kterých právě hovoří. Dále by neměla používat zdrobněliny, cizí slova ani abstraktní pojmy. Rozhovor by neměl být dlouhý a ani náročný. Sestra by měla v rozhovoru především používat uzavřené otázky, na které lze odpovídat pouze ano – ne.

V komunikaci by sestra měla být především trpělivá, měla by pozorně naslouchat, co jí pacient sděluje. Dále se snaží odhadnout skutečný význam sdělení a potřeby pacienta s poruchou řeči. Sestra by měla pamatovat na to, že slovo, které jí pacient s afázií sděluje, nemusí být používáno v jeho skutečném významu. Pokud k tomu dojde, snaží se sestra skutečný význam slova vysvětlit. Když sestře pacient s afázií nerozumí, měla by se snažit o jinou formulaci, stejnou věc může vyjádřit odlišným způsobem. Dále by sestra neměla na pacienta s poruchou řeči mluvit zvýšeným hlasem, afázie není nedoslýchavost. Při nesrozumitelném projevu pacienta během rozhovoru sestra nezasahuje, jeho význam může dodatečně vyznít. Při perseveraci (vytrvalé opakování slov) rozhovor sestra přeruší a odvede řeč na něco jiného. Pokud v řeči pacient s afázií používá sprostá slova, sestra se nepohoršuje, protože mohou být projevem automatismů. K usnadnění komunikace může sestra využít také náhradní komunikační prostředky, pokud je má k dispozici na oddělení. Nejsnadnější a nejefektivnější komunikací je komunikace písemná, pokud pacient je schopen psát a číst.

Při péči o pacienta s narušenou komunikační schopností, který nedokáže plně vyjádřit své potřeby, by si sestra měla uvědomit to, že za pacienta nerozhoduje (Venglářová, Máhrová, 2006; Neubauer, 2007; Schuler, 2010; Slowík, 2010; Pokorná, 2010).

1.2.4 Komunikace sestry s rodinou afatika

Všeobecná sestra by měla být schopna navázat kontakt a odpovídat na otázky rodiny nemocného, ale pro některou sestru to může být mnohdy náročný „komunikační oříšek“. Především první kontakt s blízkými nemocného hraje důležitou roli pro navázání dobrého vztahu a spolupráce. Sestra nesmí opomenout, že rodina poskytuje nejen psychickou, fyzickou podporu, ale může také poskytnout zdravotnickému personálu důležité informace o nemocném, který sám není schopen je poskytnout kvůli poruše řeči. Také poslední kontakt v komunikaci je důležitý proto, aby rodina nemocného odcházela s pocitem, že mu byla poskytnuta náležitá a profesionální ošetřovatelská péče (Kapounová, 2007; Špatenková, 2009).

Sestra při komunikaci, která by měla mít charakter společenské konverzace, by si měla uvědomit a respektovat své kompetence, které jsou omezené povinností mlčenlivosti. V rozhovoru s rodinou se sestra nezmiňuje o diagnóze, nálezech, vážnosti stavu a prognóze nemoci. Informace, které sestra poskytuje, by měly být srozumitelné. Při navazování kontaktu by si měla představit jménem a funkcí, a ještě před rozhovorem by si měla ujasnit cíl a formu rozhovoru. V průběhu komunikace sestra musí zvažovat obsah, ale i dosah svých slov, a také se snažit naučit rodinu pacienta s afázií efektivní komunikace s ním (Špatenková, 2009).

1.3 Saturování potřeb pacienta s afázií

Potřeba člověka vzniká ze subjektivního pocitu určitého nedostatku nebo přebytku v oblasti biologické, sociální, psychologické nebo duchovní. U potřeb, které nejsou dostatečně saturovány sestrou, může docházet k tomu, že psychika nemocného, jeho myšlení, pozornost a také jeho emoce jsou negativně ovlivněny. Pro člověka jsou potřeby důležité pro jeho vývoj a jejich saturování je důležité pro udržení rovnováhy organismu. Systematické hodnocení a saturování potřeb nemocného v průběhu léčení a ošetřování je realizováno pomocí ošetřovatelského procesu a je základním rysem dnešního moderního ošetřovatelství (Trachtová, 2006).

Pacientovi s afázií se potřeby a nároky na ošetřovatelskou péči v průběhu nemoci neustále mění a vyvíjí, a proto je velmi důležité, aby sestra tyto potřeby nejen plně uspokojovala, ale také je předvídala a zároveň pacienta vedla a podporovala v soběstačnosti. Kromě saturování základních fyziologických potřeb (potřeba dýchání, výživy, vylučování, potřeba být bez bolesti) je důležité, aby také sestra saturovala potřeby bezpečí a jistoty, potřeby sebeúcty a sebekoncepce, potřeby lásky a sounáležitosti, které můžou být u pacienta v důsledku jeho změněných komunikačních schopností a hospitalizace narušeny.

Potřeba jistoty a bezpečí je základní lidskou potřebou, která je důležitá pro každého z nás, nabývá v nemocnici zcela jiného rozměru. Neuspokojená potřeba jistoty a bezpečí se projevuje úzkostí, strachem, někdy i hněvem, zlostí a agresí. Aby se pacient s afázií cítil v bezpečí, musí veškeré jednání a chování sester vést ve svém důsledku k odstranění nebo snížení pocitu nejistoty, strachu a úzkosti. Pacienti s afázií signalizují převážně strach, úzkost a nejistotu neverbálně než verbálně, a tak velice záleží na pozorovacích a komunikativních schopnostech sestry. Pokud sestra bude dostatečně saturovat potřebu sounáležitosti a lásky, bude se pacient cítit v bezpečí (Trachtová, 2006; Kapounová, 2010).

Sebeúcta a sebekoncepce pacienta s afázií mohou být v důsledku ztráty komunikačních schopností narušeny. Problémy se sebekoncepcí se projevují strachem, úzkostí, ale i hněvem, nepřátelstvím a pocitem bezmocnosti. Při hodnocení

a posuzování sebekoncepce a sebeúcty pacientů s afázií vychází sestra především z neverbálních projevů pacienta, kdy schoulená postava, zanedbaný zevnějšek a vyhýbání se očnímu kontaktu mohou svědčit o poruchách sebekoncepce a sebeúcty. Sestra by měla odhalit stresory, které narušují sebehodnocení a zjistit jak jsou tyto stresory pacientem vnímány. Nutným předpokladem pro zjištění problémů a následné pomoci je empatický přístup sestry k pacientovi (Trachtová, 2006).

Potřeba sounáležitosti a lásky je plněna především ze strany rodiny nebo přátel. Následkem hospitalizace se pacient ocitá v neznámém prostředí plného cizích lidí, odtržen od svých blízkých, a proto by sestra měla pacientovi umožnit dostatečný kontakt se svojí rodinou a přáteli, kteří mohou nemocného s poruchou řeči motivovat a podporovat v komunikaci. Sestra tuto potřebu naplňuje tím, že se k nemocnému s afázií chová s respektem, pochopením, porozuměním a přijímá ho jako lidskou bytost, která není v důsledku narušených komunikačních schopností závislá zcela na její vůli (Trachtová 2006; Šamánková 2011)

2 Cíle práce, hypotézy

2.1 Cíle práce

Cíl1: Zjistit s jakými problémy se setkává zdravotnický personál v péči o pacienta s afázií.

Cíl2: Zjistit zda zdravotnický personál je orientován v nabídce pomůcek pro efektivní komunikaci s pacientem s afázií a používá je při péči o něho.

Cíl3: Zjistit jaká je vzájemná spolupráce zdravotnického personálu a logopeda v podpoře rozvoje komunikace u pacienta s afázií.

Cíl4: Zjistit zda rodina je spokojena s edukací o použití efektivních komunikačních dovedností při komunikaci se svým blízkým, poskytovanou sestrou.

2.2 Hypotézy

H1.1: Absence verbálních projevů je překážkou pro tvorbu ošetřovatelské diagnózy, což vede k nedostatečnému uspokojení potřeb pacienta s afázií.

H1.2: Nedostatečné uspokojení potřeb pacienta s afázií vede k pocitu selhání v poskytování kvalitní péče.

H2: Zdravotnický personál má podmínky pro využívání efektivních komunikačních dovedností.

H3: Zdravotnický personál hodnotí spolupráci s logopedem v podpoře rozvoje komunikace s afázií jako dobrou.

H4: Rodina vyjadřuje spokojenost s výsledkem edukační činnosti sestry pro využití efektivních komunikačních dovedností.

3 Metodika

3.1 Metodika práce

Pro svou bakalářskou práci jsem data získala pomocí kvantitativního a kvalitativního šetření. Kdy pro kvantitativní šetření byla užita metoda dotazování za pomocí anonymních dotazníků (viz Příloha 5), které byly určeny pro všeobecné sestry z neurologického oddělení, z iktového a z cerebrovaskulárního komplexního centra. Dotazníky byly rozdány sestrám se souhlasem hlavních sester a jejich vyplnění bylo zcela dobrovolné. V dotazníku, který obsahoval celkem 24 otázek, se vyskytovaly otázky otevřené, polootevřené a uzavřené. Kromě identifikačních otázek, byly otázky zaměřeny na zjištění problémů sester při péči o pacienta s afázií, na komunikaci s pacienty s afázií a orientaci v komunikačních prostředcích, dále na vzájemnou spolupráci mezi logopedem a sestrami. Výsledky z výzkumného šetření byly zpracovány do grafů.

Pro kvalitativní výzkum, který probíhal v rozmezí tří měsíců se souhlasem hlavní sestry na neurologii iktového centra Nemocnice Písek, byla užita metoda nestandardizovaného rozhovoru s rodinnými příslušníky hospitalizovaných pacientů s afázií. Cílem tohoto šetření bylo zjistit, zda respondenti vyjadřují spokojenost s edukací o použití efektivní komunikační dovedností při komunikaci. Dotazovaní byli seznámeni s otázkami (viz Příloha 6) a se záznamem jejich odpovědí na diktafon se zachováním jejich anonymity. Respondenti s nahráváním nesouhlasili, a tak byly jejich odpovědi zaznamenány v písemné podobě. Otázkám, kterým respondenti nerozuměli, byly vysvětleny. Pro orientaci byli respondenti ve výsledcích z kvalitativního šetření označeni R 1 až R 7.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Pro kvantitativní šetření bylo celkem rozdáno do vybraných nemocnic 130 dotazníků všeobecným sestrám, a to 20 dotazníků do Fakultní nemocnice v Motole,

15 dotazníků do Všeobecné fakultní nemocnice v Praze, 15 dotazníků do Nemocnice České Budějovice, 25 dotazníků do Nemocnice Písek, 15 dotazníků do Thomayerovy nemocnice, 25 dotazníků do Pardubické krajské nemocnice a 15 dotazníků do Nemocnice Tábor. Z celkového počtu 130 (100%) dotazníků se vrátilo 16 (12,3%) dotazníků nevyplněných, 9 (6,9%) dotazníků chybně vyplněných, 103 (79,2%) řádně vyplněných dotazníků a 2 (1,5%) dotazníky chyběly. Pro výzkumné šetření bylo použito 103 (100 %) řádně vyplněných dotazníků respondenty. Kvalitativního výzkumného šetření se účastnilo 7 rodinných příslušníků hospitalizovaných pacientů s poruchou řeči na standardním neurologickém oddělení a jednotce intenzivní péče iktového centra Nemocnice Písek.

4 Výsledky výzkumu

4.1 Rozhovory

Rozhovor č. 1

První rozhovor proběhl s manželem šedesátileté pacientky hospitalizované osmým dnem po cévní mozkové příhodě na standardním oddělení neurologie. Z rozhovoru respondenta vyplývá, že poruchu řeči u své ženy zjistil už doma. Manžel se zmiňuje o strachu a rozpacích, kdy manželka nebyla schopna správně odpovědět na jeho dotazy. Jako prvního ho napadlo, že „něco je v nepořádku“ a raději zavolal rychlou záchrannou službu. Po přijetí manželky do nemocnice na jednotku intenzivní péče chtěl především znát informace o jejím zdravotním stavu. Po obdržení informací od lékaře se v souvislosti s poruchou řeči zajímal především o příčinu, za jak dlouho porucha řeči odezní a jakým způsobem může svojí ženě pomoci.

Další otázka v rozhovoru směřovala ke komunikaci se svým blízkým. Respondent se snažil na základě proběhlé edukace hovořit pomalu, používat kratší věty, vyhýbat se cizím slovům, také ukazovat na předměty, o kterých právě hovořil a snažil se podporovat manželku v komunikaci. Muž byl s edukací sestry spokojený a domníval se, že mu pomohla při rozhovoru s jeho ženou. *„Jsem rád, že mi sestřička předvedla, jak mám s manželkou mluvit, myslím si, že mi to pomohlo se s ní lépe dorozumět.“* Dále dle sdělení respondenta byla provedena edukace sestrou již na jednotce intenzivní péče.

Rozhovor č. 2

Další rozhovor probíhal s příbuznými sedmdesátiletého pacienta, který byl hospitalizovaný čtvrtým dnem na JIP neurologie pro CMP. Jednalo se o 2 dcery nemocného s afázií, který se nedokázal především vyjádřit.

První dcera byla ze začátku dost šokována, když jí lékařka sdělila, jaké onemocnění postihlo jejího otce. Respondentka mi říká, jak první den při návštěvě v nemocnici svého otce, nebyla schopna nic vnímat. Chtělo se jí pořád brečet, byla v šoku a zajímala se především o zdravotní stav otce. Když se dozvěděla od lékařky, že otec není schopen

s ní komunikovat, měla dcera obavy, zda bude otec mluvit jako dřív. Při druhém návštěvním dnu již byla trošku klidnější. Lékařka a sestry jí dávaly naději na zlepšení zdravotního stavu otce. V souvislosti s poruchou řeči se dcera zajímala, jakým způsobem má trénovat řeč u tatínka. Sestra jí vysvětlila, že otec musí začít trénovat s pomocí různých předmětů, například fotek, obrázků. Dále jí předvedla jakým způsobem má s tatínkem mluvit. Také byla respondentce zajištěna konzultace u logopedky. Této konzultace se zúčastnila společně se svojí sestrou. Na základě získaných informací pak přinesla rodinné fotografie, časopisy, které ukazovala otci a snažila se ho povzbuzovat v komunikaci. Každý návštěvní den byla informována sestrami nejen o ošetřovatelské péči, ale také o tom, zda dělá tatínek pokroky v komunikaci. Na další otázku: „Jakým způsobem vám edukace pomohla?“, uvedla respondentka: *„Zatím mi moc nepomohla. Snažila jsem se s tatínkem mluvit, jak mi to ukázaly sestřička i paní logopedka, ale zatím se s ním moc nedorozumím. Teda kromě jídla a pití, tam je domluva o něco lepší.“* I po proběhlé edukaci není respondentka spokojená, protože se jí nedaří komunikovat se svým otcem. Dále dcera uvedla, že na rozhovor se svým otcem a procvičování řeči by potřebovala více času.

Rozhovor č. 3

Následující rozhovor probíhal s druhou dcerou sedmdesátiletého pacienta, který byl hospitalizovaný na jednotce intenzivní péče. Stejně jako její sestra byla také značně šokovaná, když se při návštěvě svého otce v nemocnici dozvěděla informace o jeho zdravotním stavu. *„Dále mi také doktorka sdělila, že tatínek není schopen s námi hovořit, že má problémy s řečí.“* Její první myšlenky se týkaly především budoucnosti jejího otce. V souvislosti s poruchou řeči chtěla respondentka vědět, jak se s tatínkem má domluvit. Od respondentky se dozvídám, že potřebné informace jak komunikovat se svým tatínkem, ji sdělila logopedka. Sestra jí ke komunikaci *„něco málo řekla.“* Od logopedky se dozvídá, jakým způsobem má na otce mluvit a jaké pomůcky může při rozhovoru použít. Přestože se dcera snaží získané informace využít při rozhovoru se svým otcem, nedaří se jí s otcem komunikovat, tak jak by chtěla. Stejně jako její sestra

také respondentka uvádí, že na komunikaci a procvičování řeči otce by potřebovala více času, což na jednotce intenzivní péče není možné vzhledem k omezení návštěvní doby.

Rozhovor č. 4

Dalším respondentem byla vnučka třiasedmdesátileté pacientky, která byla hospitalizovaná 15. dnem kvůli cévní mozkové příhodě na standardním oddělení neurologie. Vnučka uvádí, že o poruše řeči u své babičky se dozvěděla od své matky, která ji telefonicky kontaktovala a informovala o přijetí babičky do nemocnice a o jejím celkovém zdravotním stavu. Na otázku co jí jako první napadlo, uvádí: *„Měla jsem strach, že je to s naší babi asi hodně vážné, a zda bude mluvit jako dřív.“*

V souvislosti s poruchou řeči se vnučka pacientky především zajímala: *„Kdo, s babičkou trénuje tu řeč.“* Sestřičkou byla obeznámena, že za babičkou dochází pravidelně každý den klinický logoped, který s babičkou rehabilituje. V průběhu hospitalizace babičky ji logopedka poučila o tom, jak mají s babičkou komunikovat a dal jí materiály týkající se komunikace s pacienty s afázií, které si doma s rodinou prostudovala.

Vnučka i její rodina se snažily na základě získaných informací při návštěvách s babičkou komunikovat a podporovat jí v komunikaci za pomocí obrázků a rodinných fotografií, které přinesli z domu. Respondentka přiznává, že zpočátku v komunikaci s babičkou dělala mnoho chyb, ale postupně tyto chyby odstranila i s menší pomocí sester. *„Byl to běh na dlouhou trať, ale stálo to za to. Nyní se ve všem, co je potřeba, docela dobře s babičkou domluvím.“*

Rozhovor č. 5

Dotazovanou respondentkou byla manželka šestapadesátiletého pacienta, který ležel sedmým dnem na standardním oddělení neurologie. Manželka byla právě na návštěvě u dcery, když její muž byl přivezen do nemocnice na JIP kvůli mozkové příhodě. Respondentka uvádí: *„Při návštěvě manžela jsem si všimla, že hůře vyslovuje a nemůže si vzpomenout na některá slova.“* Sestrou byla informována, že se jedná o poruchu řeči, která se vztahuje k onemocnění, které má její manžel.

K otázce co jí první napadlo, uvádí: *„To víte. Bála jsem se, aby to manželovi nezůstalo napořád. Manžel je totiž učitel.“* Manželka se především zajímala o to, zda je v nemocnici logoped a jestli už byl za jejím manželem. Respondentka oceňuje, že logopedka navštívila jejího manžela hned druhý den pobytu na jednotce intenzivní péče a nadále za ním dochází. Na základě proběhlé edukace při rozhovoru se svým mužem používala jeho žena především tužku a papír, aby se s manželem lépe dorozuměla. *„Písmo manžela bylo zpočátku kostrbaté, až nečitelné. Nemohla jsem to vůbec přečíst. Občas bylo obtížně zjistit, co chce. Naštěstí se manželovi řeč rychle upravila, ale i tak byly pro mě tužka a papír neocenitelným pomocníkem.“* Edukaci o efektivní komunikaci u pacienta s poruchou řeči provedla logopedka a ne sestra.

Rozhovor č. 6

Následující rozhovor probíhal se sestrou dvaaosmdesátileté pacientky, která byla šestým dnem hospitalizovaná na jednotce intenzivní péče neurologie. Z rozhovoru vyplývá, že poruchu řeči zjistila sestra pacientky při její návštěvě. Jako první sestru pacientky v souvislosti s poruchou řeči napadlo, jestli se řeč upraví a za jak dlouho.

Respondentka uvádí: *„Sestřičky mi řekly, že trpělivým trénováním se to může hodně ovlivnit a zlepšit.“* Respondentka se zajímala v souvislosti s poruchou řeči u své sestry *„o správné techniky toho speciálního trénování.“* K otázce komunikace žena uvádí: *„Vypadá to jednoduše. Mluvit pomalu, jednoduché věty. Vzít třeba sklenku do ruky a říct chceš čaj? Ale když jsem se tak pokusila mluvit se svou sestrou, moc mi to nešlo.“* Přestože respondentka s edukací sestry byla spokojená, získané informace jí zatím v komunikaci se sestrou nepomohly. V průběhu rozhovoru se pacientka snadno unavila a usínala. Také vzhledem ke krátké návštěvní době, nemohla sestra pacientky s ní tolik trénovat řeč.

Rozhovor č. 7

Dalším respondentem byla manželka dvaasedmdesátiletého pacienta, který devátým dnem leží na neurologickém standardním oddělení. Poruchu řeči zjistila manželka už doma, kdy její muž začal cítit brnění pravé ruky a špatně se vyjadřoval.

V souvislosti s poruchou řeči svého muže měla žena strach o jeho život, a tak zavolala rychlou záchrannou službu, kterou byl pacient přivezen na jednotku intenzivní péče. Manželka chtěla vědět, za jak dlouho se řeč zase upraví. Sestra ji sdělila, že u každého pacienta *„je to jiný,“* ale záleží na tom, aby se co nejdříve začalo s rehabilitací řeči. Dále jí bylo sděleno, že na oddělení dochází denně logopedka, se kterou byla později zkontaktována.

Na otázku ke komunikaci respondentka uvedla, že jí sestra vysvětlila především, jakým způsobem má mluvit se svým mužem. Následně se manželka snažila tyto poznatky využít při komunikaci se svým manželem. Také si vypomáhala při rozhovoru papírem a tužkou. Respondentka byla ráda, že jí sestra tyto informace poskytla a dále uvedla: *„Potom, co mě sestřička poučila si myslím, že se s manželem nyní lépe domluvím. Chce to trpělivost.“*

4.2 Výsledky kvalitativního šetření

Na otázku: „Jak jste se dozvěděl, že Váš blízký má poruchu řeči?“ R1 a R7 uvádí, *že doma,* R2 a R3 *od lékaře,* R4 *od své matky,* R5 a R6 *při návštěvě v nemocnici*.

Na otázku: „Co Vás jako první napadlo, když jste tuto informaci získal?“ R1 uvedl *něco je v nepořádku*, R2 *zda bude otec mluvit jako dřív*, R3 *obavy o budoucnost svého otce*, R4 *závažnost zdravotního stavu a zda babička bude mluvit jako dřív*, R5 *měla obavy, aby porucha řeči nebyla trvalá*, R6 a R7 *zda se řeč upraví.*

Na další otázku: „Co Vás dál zajímalo v souvislosti s poruchou řeči?“R1 *zajímala příčina vzniku* a spolu s R6 *za jak dlouho řečová porucha odezní a jak může pomoci.* R2 *chtěla vědět jak trénovat řeč,* R3 *jak se domluvit,* R4 *kdo trénuje řeč,* R5 *zda byl za manželem logoped,* R7 *měla strach o život svého muže.*

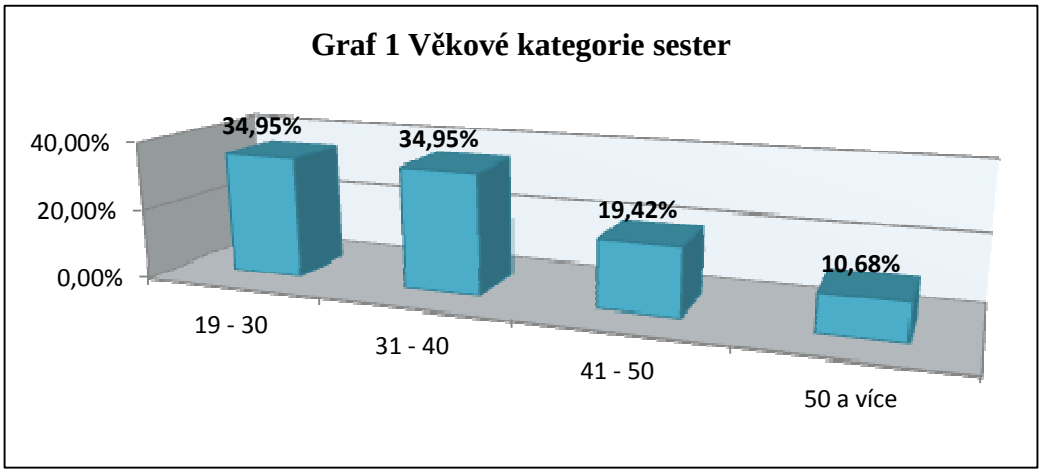
K otázce: „Co můžete říci ke komunikaci se svým blízkým po edukaci sestrou?“ R1 *používal kratší věty, hovořil pomalu, vyhýbal se cizím slovům, ukazoval na předměty a snažil se manželku podporovat v komunikaci,* R2 se *snažila na tatínka mluvit, jak ji to ukázala sestřička.* Dále R3 *něco málo mě sestra řekla,* R4 *nebyla sestrou edukována,*

R5 *nebyl sestrou edukován,* R6 *mluvil pomalu, používal jednoduché věty,* R7 *se snažila získané poznatky uplatnit při rozhovoru, během komunikace si vypomáhala papírem a tužkou.*

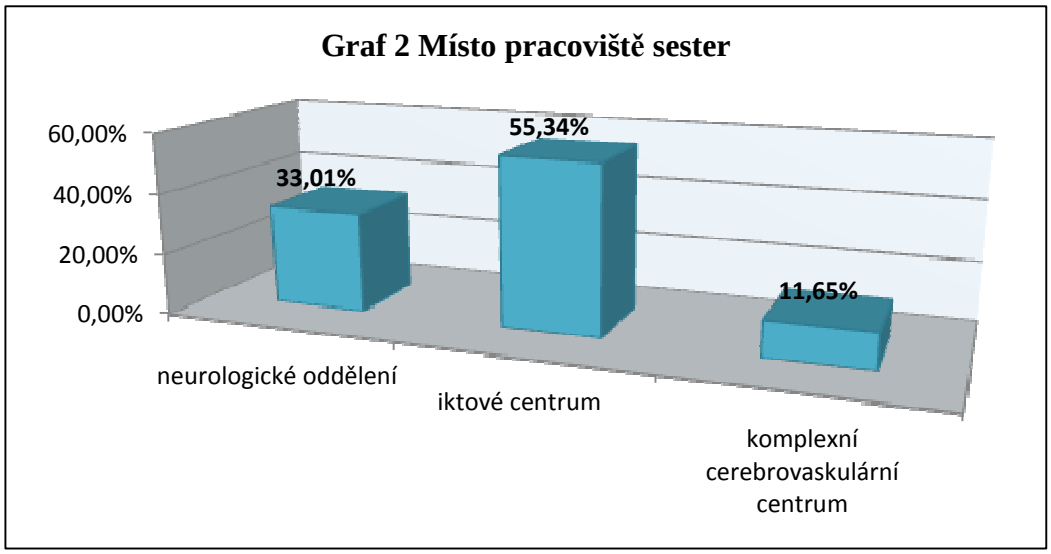
Na otázku: „Pokud Vám sestra tyto informace neposkytla, kdo Vám je poskytl nebo jakým způsobem jste je získal?“ R1, R6 *byli edukováni sestrou.* R4 a R5 *byli edukováni logopedkou.* R2,R3 a R7 *byli edukováni sestrou i logopedkou.*

K poslední otázce: „Jakým způsobem Vám pomohla edukace sestry při rozhovoru s vašim blízkým?“ R1 *byl s edukací spokojen, pomohla se dorozumět.* R2 *nedaří se jí komunikovat, nespokojená s edukací,* R3 *nepomohla, potřebovala by na komunikaci a procvičování řeči více času.* R4, *R5 nebyli sestrou edukováni*. R6 *spokojená s edukací, přesto nepomohla se domluvit.* R7 *pomohla domluvit se, byla ráda, že jí sestra tyto informace poskytla.*

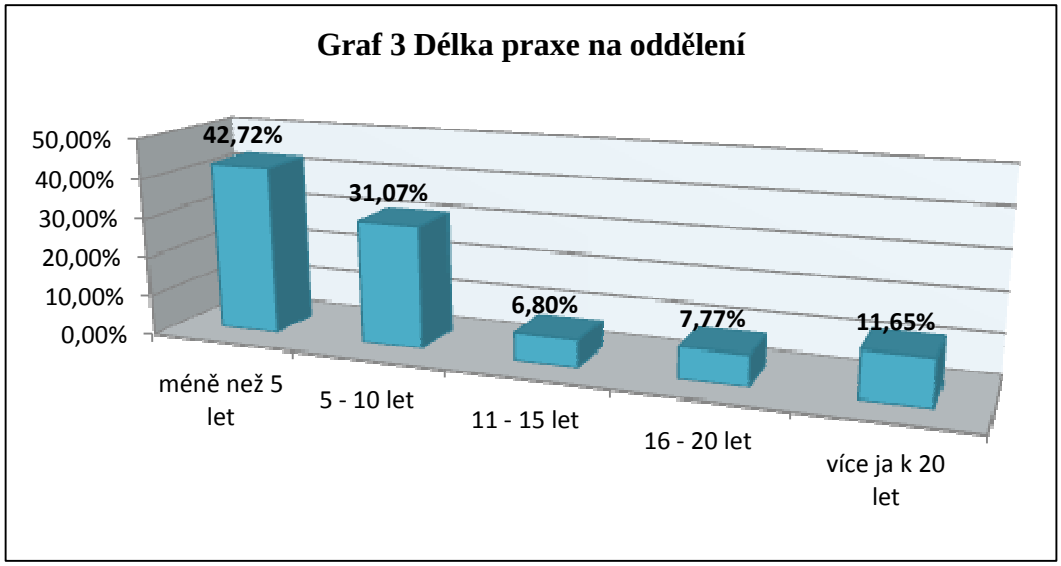
4.3 Výsledky kvantitativního šetření



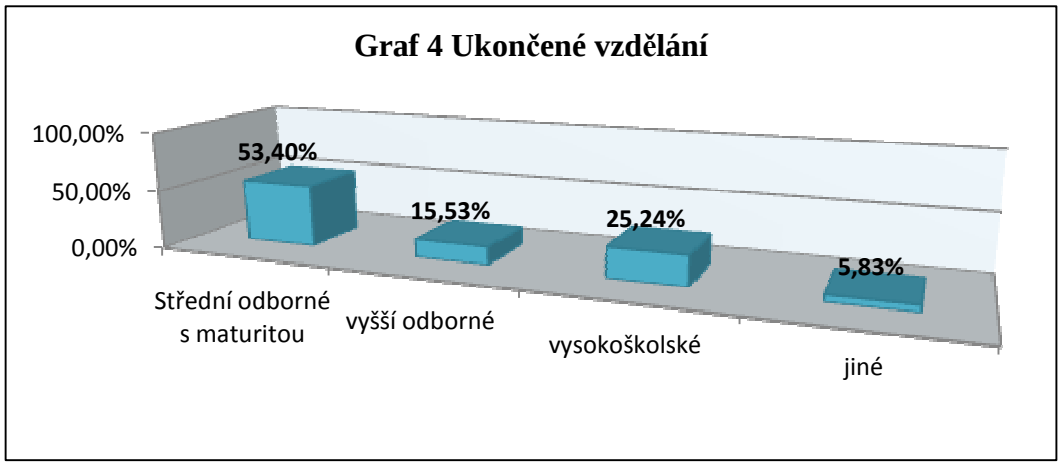
Graf 1 zobrazuje věkové rozmezí respondentek, které se účastnily dotazníkového šetření. Z celkového počtu 103 (100%) dotazovaných sester, byla počtem 36 (34,95%) zastoupena věková kategorie 19 – 30 let a 31 - 40 let. Dále 20 (19,42%) sester v kategorii 41 – 50 let. Počtem 11 (10,68%) sester byla ve věkové kategorii 50 a více let.



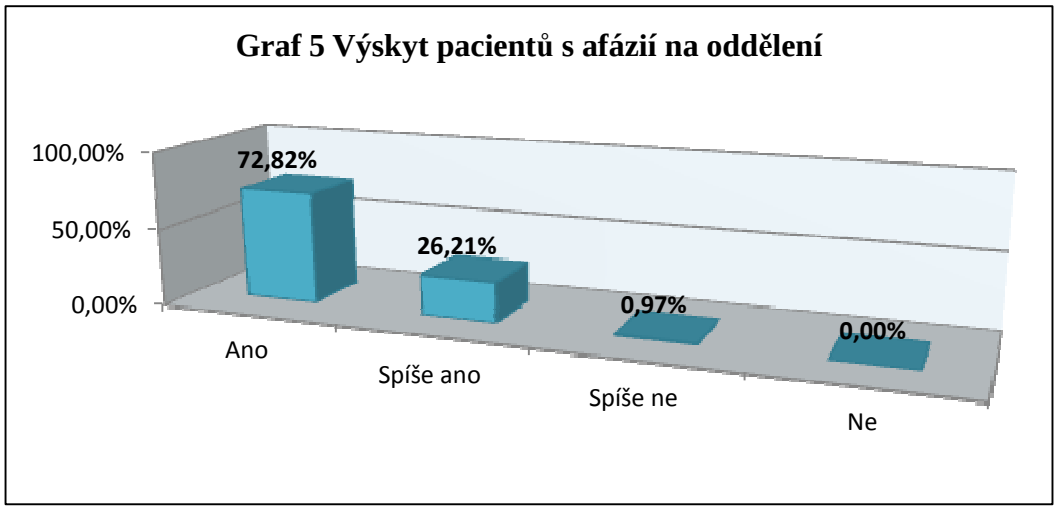
Z celkového počtu 103 (100%) dotazovaných sester pracovalo 57 (55,34%) v iktovém centru, 34 (33,01%) na neurologickém oddělení a 12 (11,65%) sester v komplexním cerebrovaskulárním centru.



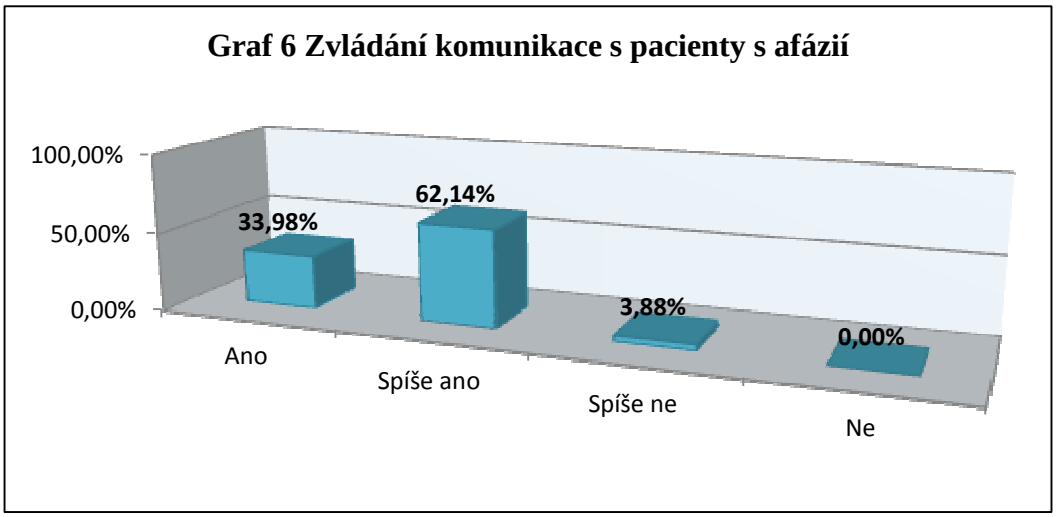
Na současném oddělení mělo praxi méně než pět let 44 (42,77%) sester, 5 – 10 let praxe mělo 32 (31,07%) sester, 12 (11,65%) dotazovaných sester mělo praxi více jak 20 let, dále 8 (7,77%) sester uvedlo praxi 16 – 20 let, 11 – 15 let praxe mělo 7 (6,80%) sester.



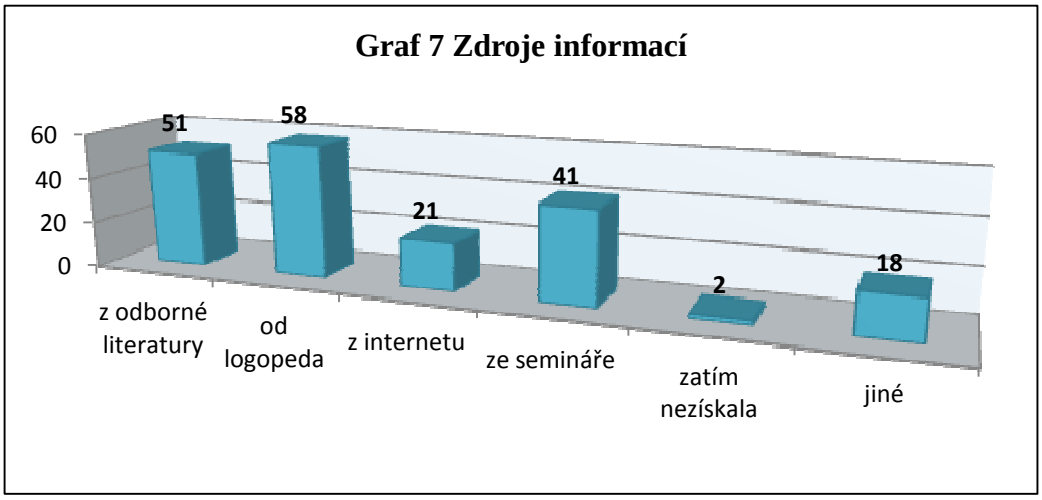
Z celkového počtu 103 (100%) dotazovaných sester mělo 55 (53,40%) střední odborné vzdělání ukončené maturitou, 26 (25,24%) sester mělo vysokoškolské vzdělání, 16 (15,53%) dotazovaných uvedlo vyšší odborné vzdělání. Možnosti jiné využilo 6 (5,83%) sester.



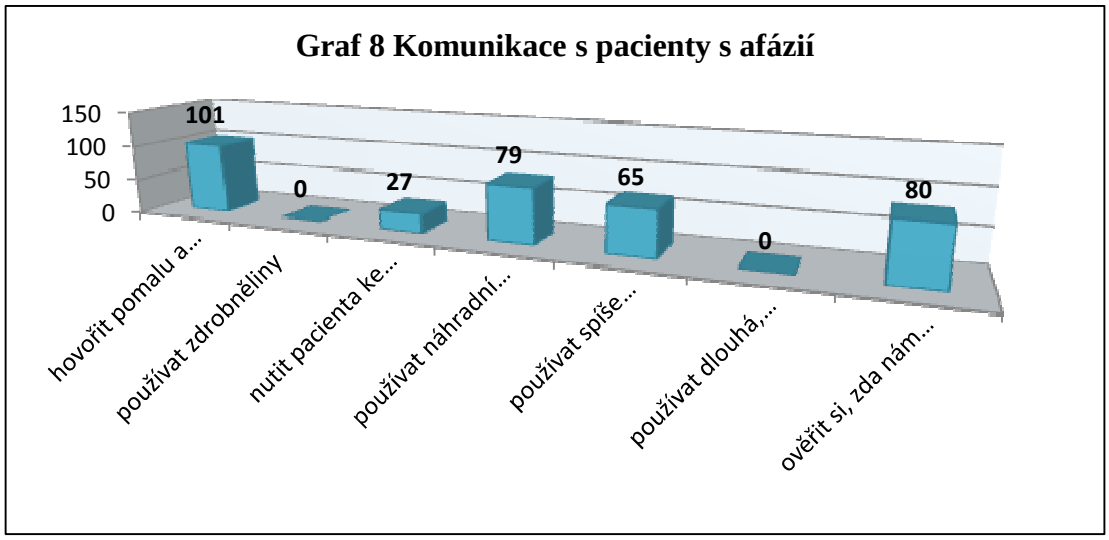
Na otázku, zda se sestry často setkávají s pacienty s afázií, odpovědělo 75 (72,82%) dotazovaných sester ano, 27 (26,21%) uvedlo spíše ano, jedna (0,97%) sestra uvedla spíše ne. Žádná sestra neodpověděla ne.



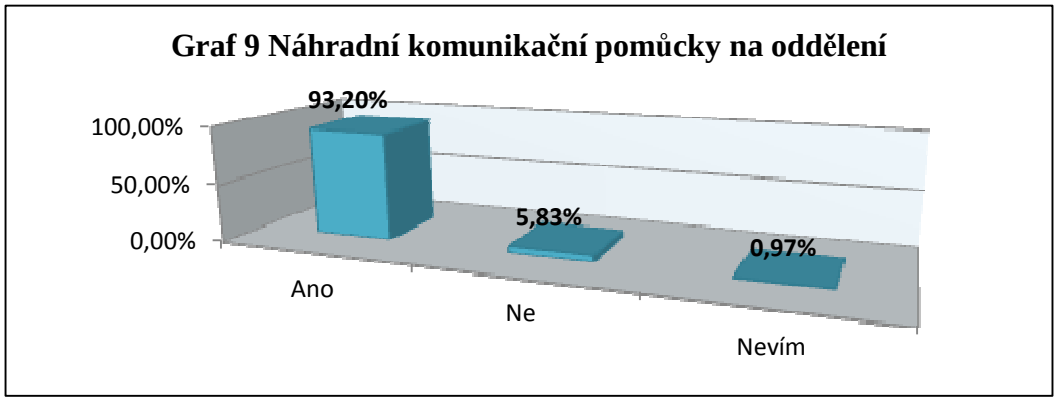
Komunikaci s pacientem s afázií zvládá z celkového počtu 103 (100%) dotazovaných sester spíše ano 64 (62,14%) sester, ano 35 (33,98%) sester, spíše ne 4 (3,88%) sester. Žádná ze sester neuvedla, že komunikovat s pacientem s afázií neumí.



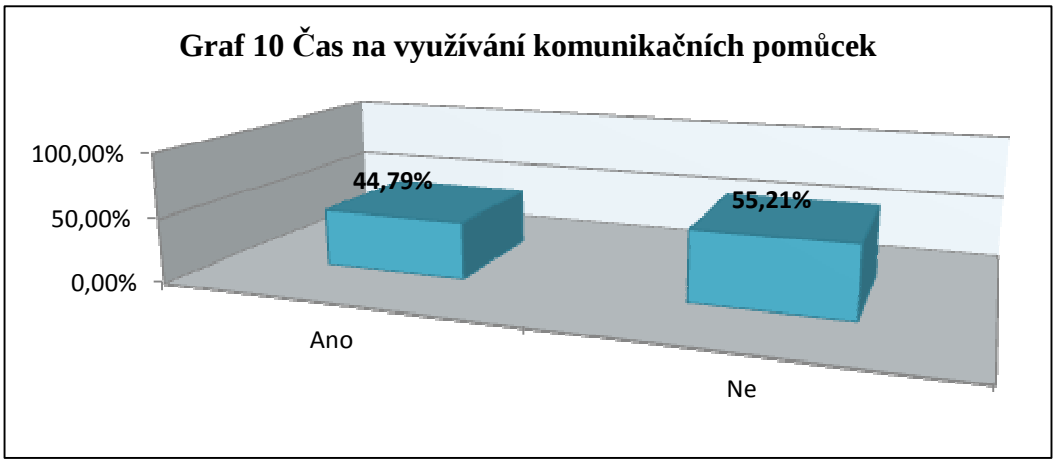
Graf 7 uvádí zdroje, odkud sestry získaly informace o správné komunikaci s pacientem s afázií. Sestry měly možnost označit více odpovědí. 58 sester uvedlo logopeda, jako další zdroj 51 sester označilo odbornou literaturu, 41 sester získalo informace ze semináře, 21 sester uvedlo internet, 18 sester uvedlo jiný zdroj a 2 sestry zatím ohledně komunikace s pacienty s afázií žádné zdroje nevyužily.



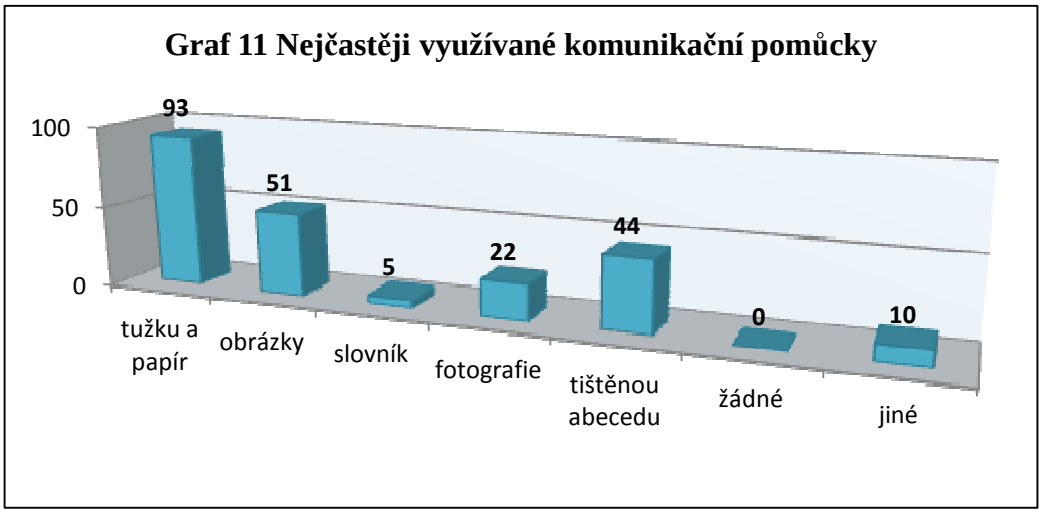
Graf ukazuje četnosti uvedených tvrzení, která pomáhají sestrám v komunikaci s pacienty s afázií. 101 sester označilo tvrzení „hovořit pomalu a zřetelně“, 80 sester uvedlo „ověřit si, zda nám pacient rozuměl“, 79 sester uvedlo „používat náhradní komunikační prostředky“, 65 označilo tvrzení „používat v komunikaci spíše uzavřené otázky s odpovědí ano – ne“, 27 dotazovaných označilo „nutit pacienta ke komunikaci“. Žádná sestra neuvedla „používat zdrobněliny a dlouhá složitá souvětí v komunikaci s pacienty s afázií.“



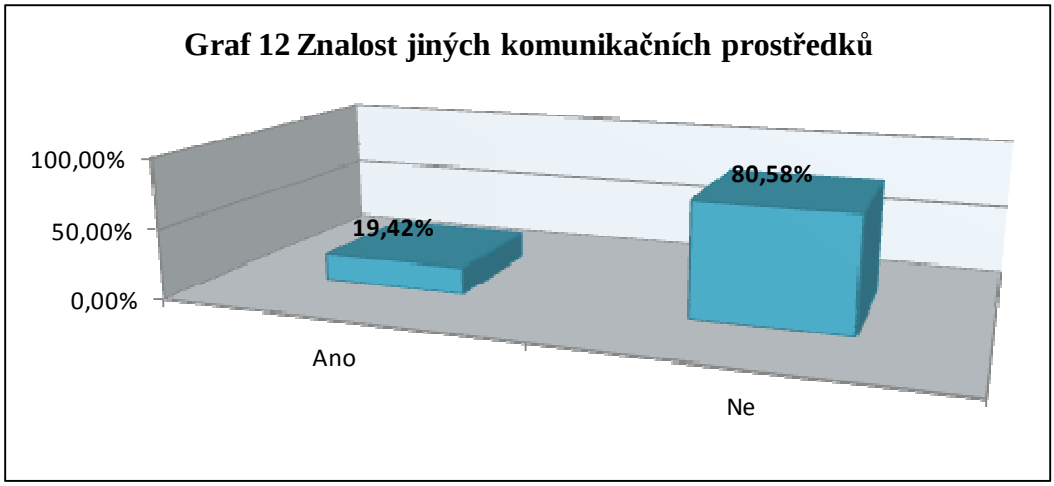
Náhradní komunikační pomůcky má k dispozici 96 (93,20%) sester, nemá 6 (5,83%) sester a jedna (0,97%) sestra nevěděla, zda je mají.



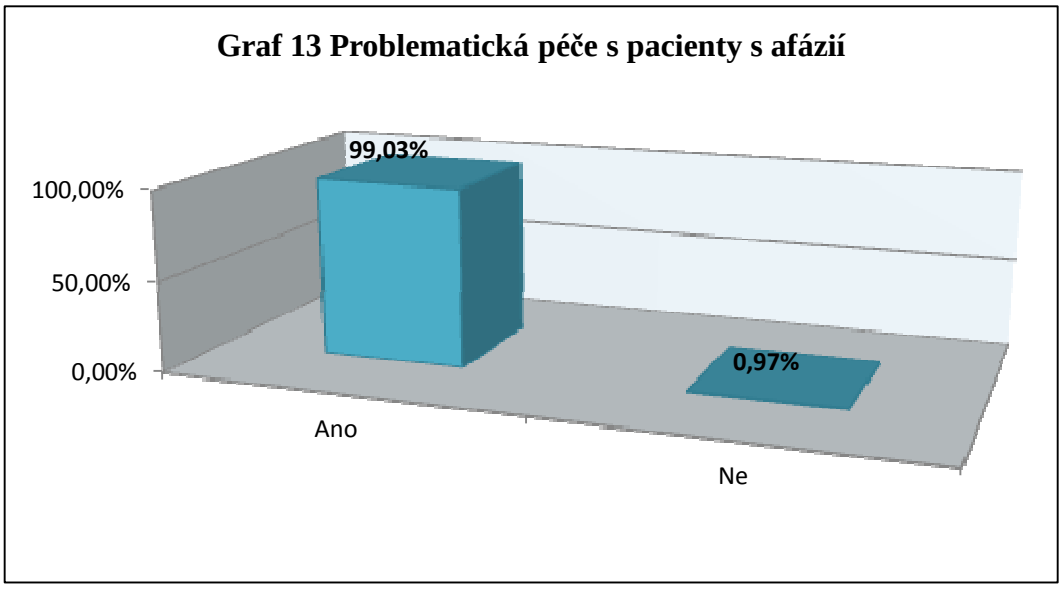
Z celkového počtu 96 (100%) sester komunikační pomůcky nemá čas využívat při péči o pacienta 53 (55,21%) sester a 43 (44,79%) má.



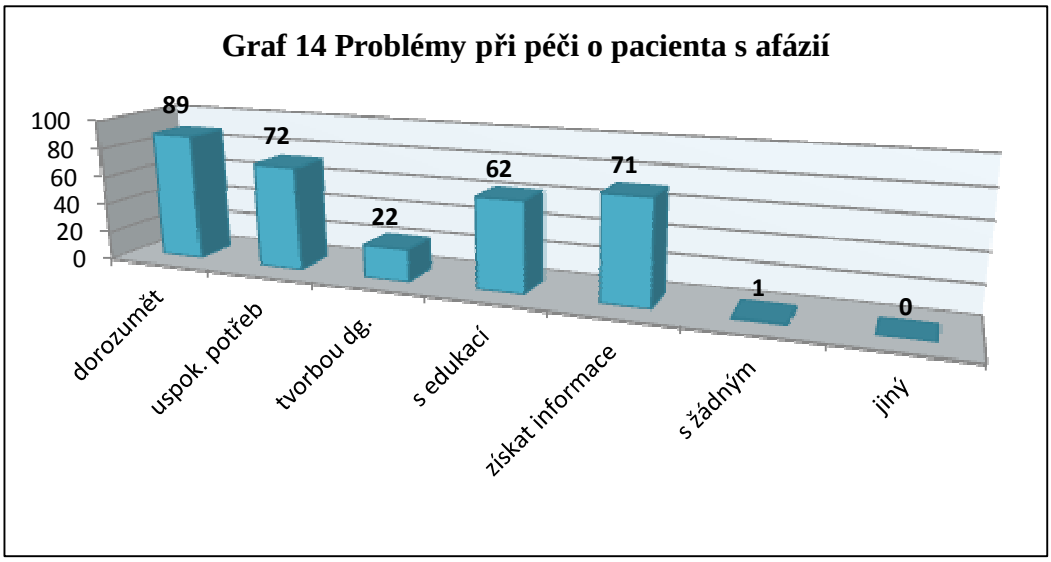
Ke komunikaci s pacientem s afázií 93 sester nejčastěji používá tužku a papír, 51 sester používá obrázky, tištěnou abecedu 44 sester, fotografie používá 22 sester, možnost jiné využilo 10 sester a 5 sester používá slovník. Na odpověď žádné neopověděl nikdo. Sestry měly možnost označit více odpovědí.



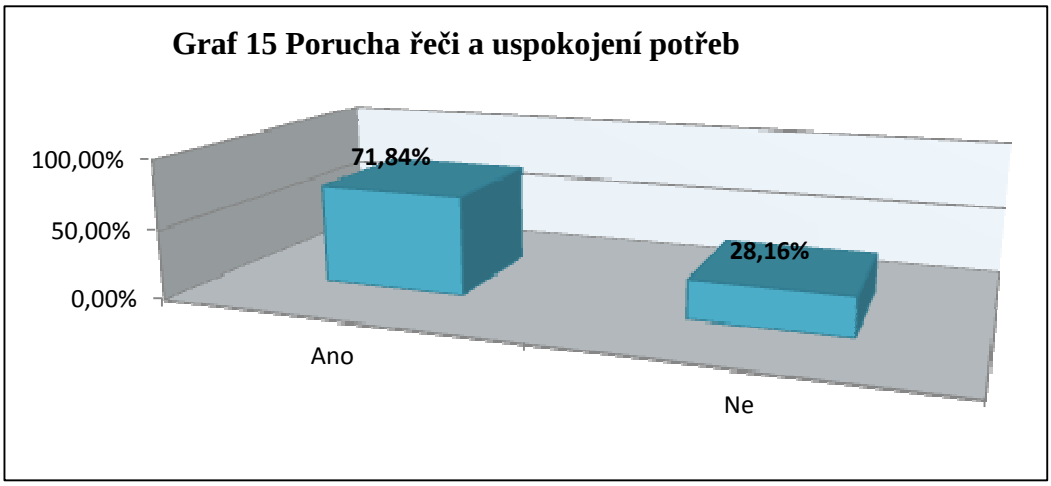
83 (80,58%) sester nezná jiné komunikační pomůcky, než které mají k dispozici na oddělení. 20 (19,42%) sester zná ještě jiné.



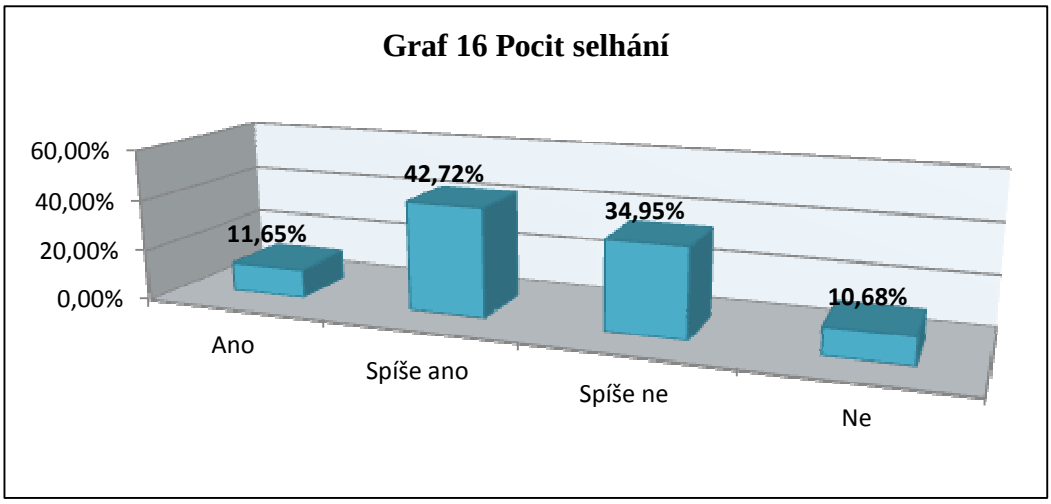
102 (99,03%) dotazovaných sester se domnívá, že péče o pacienta s afázií může být problematická. Jen jedna sestra (0,97%) tuto domněnku nesdílí.



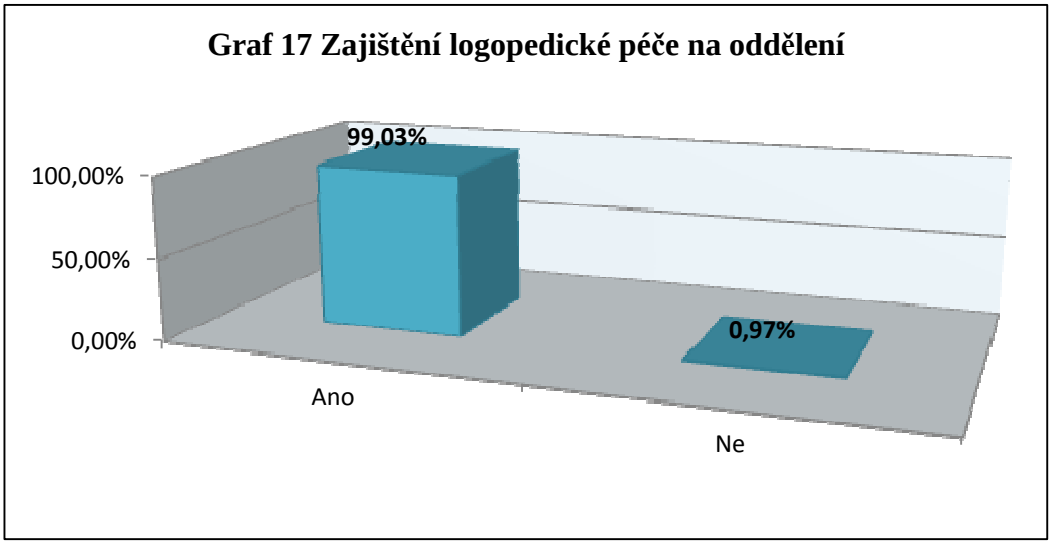
89 sester má největší problém při péči o pacienta s afázií se dorozumět, 72 sester má problém s uspokojováním potřeb, získat informace 71 sester a problém s edukací má 62 sester. Dále 22 sester má problém s tvorbou ošetřovatelských diagnóz, s žádným problémem se nesetkává jedna sestra a možnosti jiné nikdo nevyužil. Sestry měly možnost označit více odpovědí.



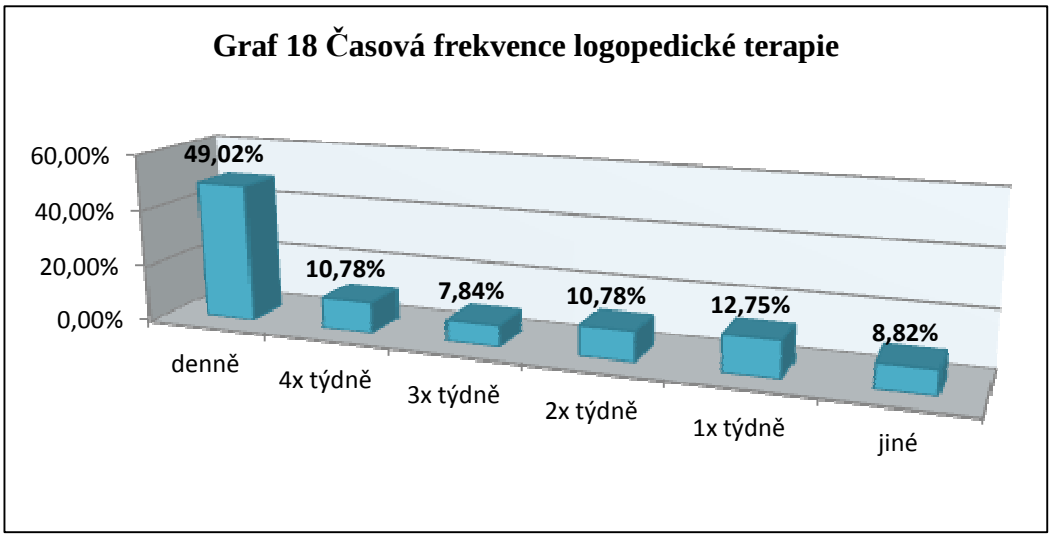
74 (71,84%) sester se domnívá, že porucha řeči pacienta vede k nedostatečnému uspokojení jeho potřeb. 29 (28,16%) sester tuto domněnku nesdílí.



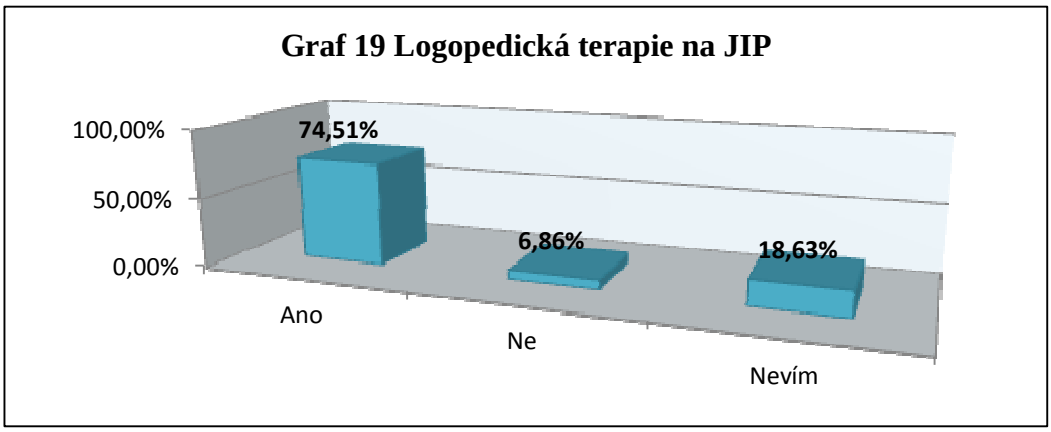
Pocit selhání, v případě, kdy nedokáží sestry plně uspokojit potřeby pacienta s afázií, spíše má 44 (42,77%) sester, 36 (34,95%) sester spíše nemá, 12 (11,65%) má a 11(10,68%) sester nemá.



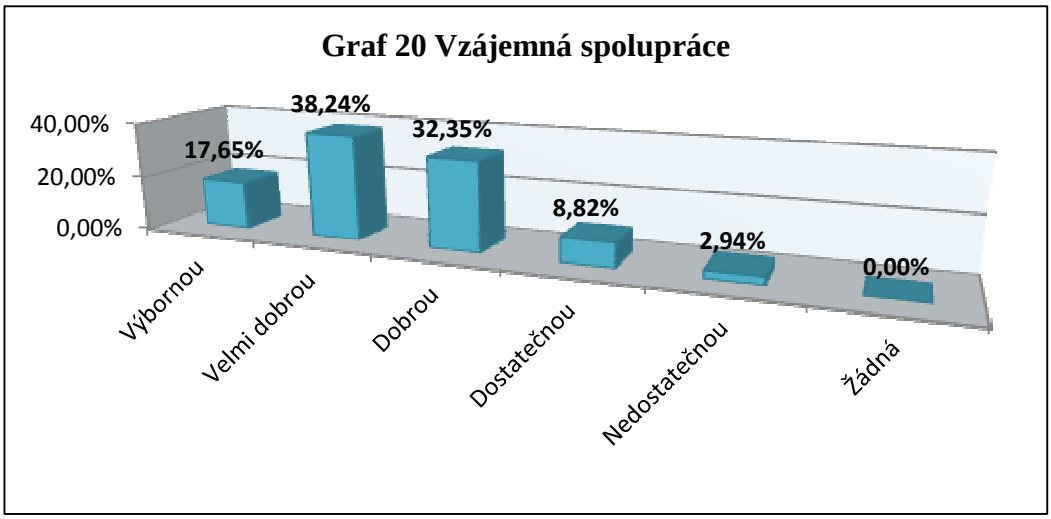
102 (99,03%) sester uvedlo, že mají zajištěnou logopedickou péči na svém oddělení a jedna sestra (0,97%) uvedla, že nemají.



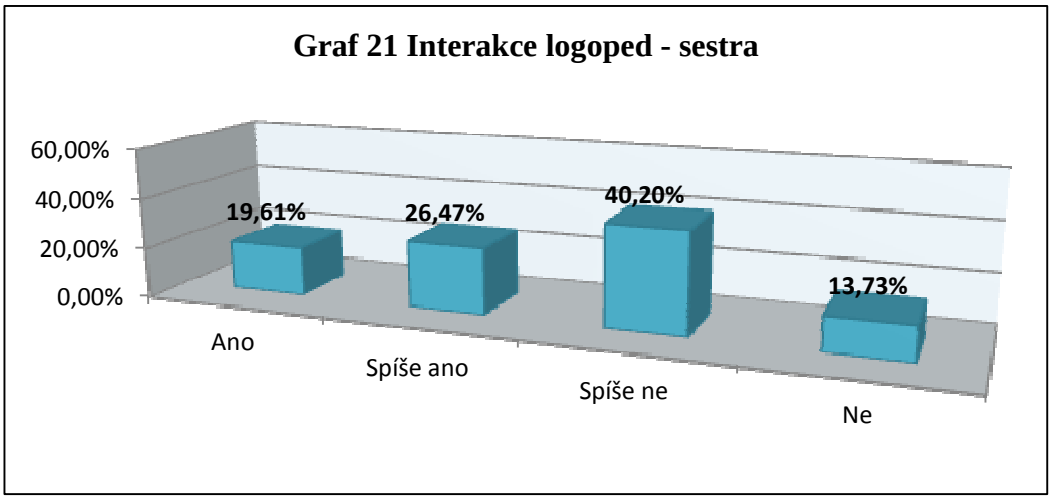
Graf 18 ukazuje časovou frekvenci logopedické terapie na odděleních dotazovaných. Z celkového počtu 102 (100%) sester označilo 49 (49,02%) dotazovaných časovou frekvenci denně. 13 (12,75%) respondentek označilo 1x týdně, 11 (10,78%) označilo 4x týdně, 11(10,78%) sester označilo 2x týdně, dále 9 (8,82%) sester využilo možnost jiné odpovědi a 8 (7,84%) sester zaškrtlo časovou frekvenci 3x týdně.



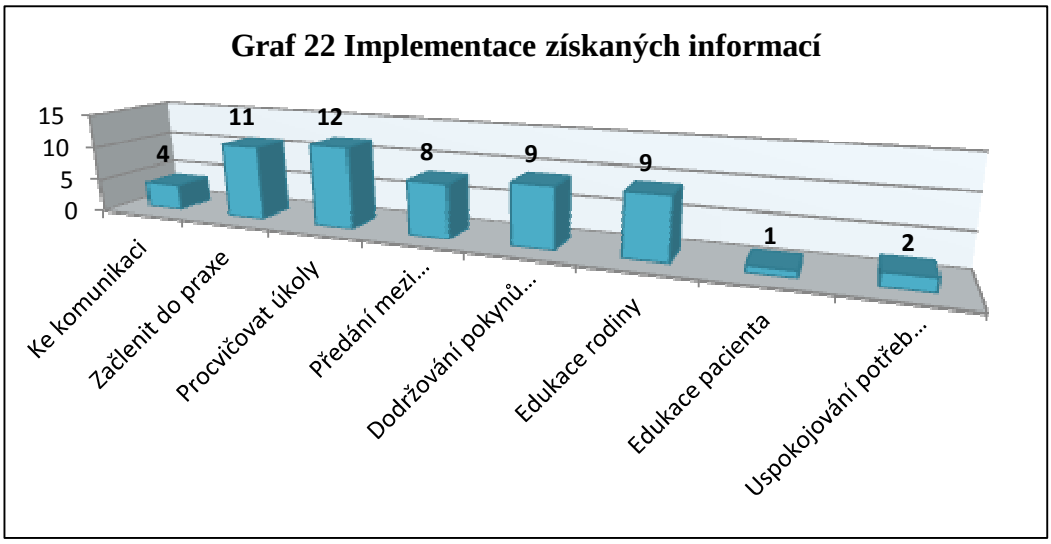
Z celkového počtu 102 (100%) sester uvedlo 76 (74,51%) sester, že mají zajištěnou logopedickou terapii na jednotkách intenzivní péče, 19 (18,63%) sester to nevědělo a 7 (6,86%) sester uvedlo, že nemají.



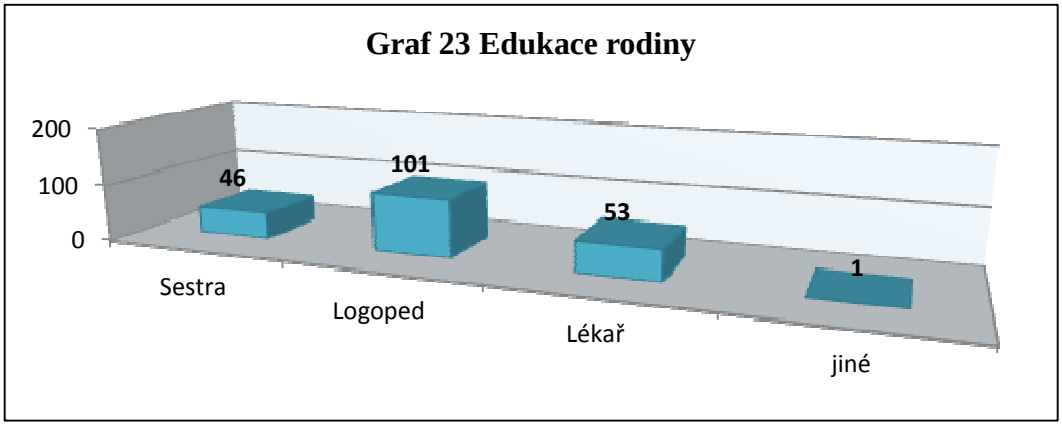
Vzájemnou spolupráci s logopedem ohodnotilo 39 (38,24%) sester jako velmi dobrou, za dobrou 33 (32,35%) sester, za výbornou 18 (17,65%), za dostatečnou 9 (8,82%) a 3 (2,94%) sestry označilo spolupráci za nedostatečnou. Možnost žádná spolupráce nebyla označena.



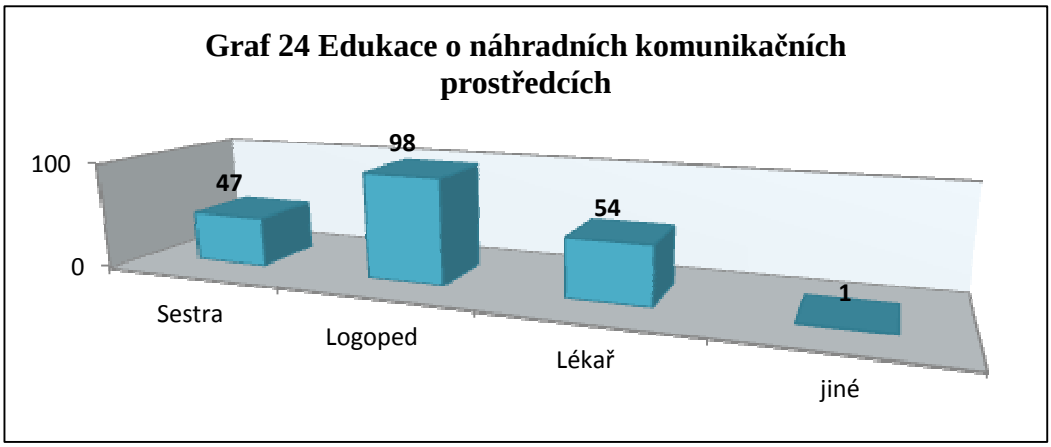
Na otázku, zda logoped informuje sestry o jeho zadaných úkolech k procvičování řeči pacienta, z celkového počtu 102 (100%) sester odpovědělo spíše ne 41 (40,20%), spíše ano 27 (26,47%) sester, ano 20 (19,61%) sester a ne 14 (13,73%) sester.



Z počtu 47 dotazovaných sester informace získané od logopeda začleňují do praxe následovně: 12 sester uvedlo, že se snaží „procvičovat zadané úkoly s pacientem“, 11 sester se poskytnuté informace snaží „začlenit do praxe“, 9 sester „dodržuje pokyny logopeda“, 9 sester využívá tyto informace „k edukaci rodiny“, 8 dotazovaných tyto informace „předá dalším kolegyním“, 4 sestry je využívají „při komunikaci s pacientem“, 2 sestry „k uspokojování potřeb pacienta“ a „k edukaci pacienta“ je využívá jedna sestra.



Dle odpovědí 101 sester má edukovat rodinu o správné komunikaci logoped, 53 sester uvedlo lékaře a sestru označilo 47 sester. Možnost jiné využila jedna sestra.



Podle 98 sester má edukovat rodinu o náhradních komunikačních prostředcích logoped, lékaře označilo 54 sester, 47 zaškrtlo sestru. Z nabídky jiné odpověděla jedna sestra.

5 Diskuse

K této bakalářské práci, která se zabývá problematikou komunikace a ošetřovatelské péče o pacienta s afázií na neurologickém oddělení, bylo stanoveno několik výzkumných cílů. Jedním z cílů bylo zjistit, s jakými problémy se setkává zdravotnický personál při poskytování ošetřovatelské péče o pacienta s afázií, dále jestli se orientuje v nabídce pomůcek pro efektivní komunikaci a používá je při péči o pacienta s afázií. Dále jsme chtěli zjistit, jaká je vzájemná spolupráce mezi sestrami a logopedem v podpoře rozvoje komunikace pacienta s afázií. Posledním cílem bylo zjistit, zda je rodina spokojená s edukací ve využití efektivních komunikačních dovedností pro komunikaci se svým blízkým. Ke zjištění těchto cílů byla provedena šetření metodou kvantitativní a kvalitativní. Kvalitativního výzkumného šetření se účastnilo 7 rodinných příslušníků hospitalizovaných pacientů s poruchou řeči na neurologickém oddělení iktového centra v Nemocnici Písek.

Pro kvantitativní šetření bylo celkem rozdáno do sedmi vybraných nemocnic 130 dotazníků všeobecným sestrám. Z celkového počtu 130 (100%) dotazníků se vrátilo 16 (12,3%) dotazníků nevyplněných, 9 (6,9%) dotazníků chybně vyplněných, 103 (79,2%) řádně vyplněných dotazníků a 2 (1,5%) dotazníky chyběly. Pro výzkumné šetření bylo použito 103 (100 %) řádně vyplněných dotazníků respondenty.

První část otázek z dotazníkového šetření byla spíše identifikační. V této části se potvrdil trend, kdy ve zdravotnictví roste počet sester s vysokoškolským vzděláním či vyšším odborným vzděláním, protože 55 (53,40%) respondentek uvedlo střední odborné vzdělání ukončené maturitou, 26 (25,24%) sester vysokoškolské vzdělání, 16 (15,53%) dotazovaných uvedlo vyšší odborné vzdělání a 6 (5,83%) sester v nabídce jiné uvedlo pomaturitní specializační studium (graf 4). Dále dotazník poskytl informace o tom, že nejvíce neurologických sester bylo z iktového centra 57 (55,34%). Z toho můžeme usuzovat, že poskytovaná ošetřovatelská péče v iktových centrech je intenzivněji založená, a tudíž více náročná na počet sester, než je tomu na standardních odděleních (graf 2).

Jedním z cílů této práce bylo zjistit, jaké problémy přináší sestrám péče o pacienta s afázií. Předpokládali jsme, že pro sestry bude největší problém při absenci verbálních projevů pacienta tvorba ošetřovatelských diagnóz. Z výsledků šetření jsme zjistili, že problém s tvorbou ošetřovatelských diagnóz uvedlo jen 22 sester. Jedním z důvodů, proč se sestry nesetkávají s tímto problémem, může být, že nejsou pravděpodobně zvyklé pracovat na základě ošetřovatelských diagnóz. Nejčastěji sestry uváděly problém dorozumět se, dále problém s uspokojováním potřeb, získat informace a problém s edukací pacienta (graf 13). Na základě uvedených odpovědí můžeme říct, že poskytování kvalitní ošetřovatelské péče pacientům s afázií není jednoduché a přináší řadu problémů, které vyplývají z poruchy komunikace. U pacientů, kteří nejsou schopni se vyjádřit, podle Trachtové (2006), může být cenným zdrojem informací jednak rodina, ale také pozorovací schopnosti sestry k posouzení zdravotního stavu nemocného. Důležitou roli hraje i délka praxe na oddělení. Sestry s delší praxí mají zajisté mnohem více znalostí a zkušeností s pacienty s poruchou řeči a mají tak lepší předpoklad rychleji reagovat na problémy související s poruchou řeči. Více zkušeností můžeme předpokládat i v komunikačních dovednostech s těmito pacienty. Zjistili jsme, že praxi mělo na neurologickém oddělení méně než pět let 44 (42,77%) sester, praxi 5 – 10 let mělo 32 (31,07%) sester, 12 (11,65%) dotazovaných sester uvedlo praxi více jak 20 let, dále 8 (7,77%) sester uvedlo praxi 16 – 20 let a 11 – 15 let praxe mělo 7 (6,80%) sester.

Dále nás zajímalo, zda porucha řeči vede k nedostatečnému uspokojení potřeb pacienta, což potvrdilo 74 (71,84 %) sester a 29 (28,16%) sester tuto domněnku nesdílelo (graf 15). Také jsme zjistili, že nedostatečné uspokojení potřeb pacienta vyvolává u větší části sester pocit selhání (graf 16).

Dozvěděli jsme se, že sestry mají na oddělení k dispozici náhradní komunikační pomůcky (graf 9), ale plně je využívá při péči o pacienta 43 (44,47%) sester a 53 (53,21%) sester pro nedostatek času je plně nevyužívá (graf 10). Jednou z příčin, proč sestry nemají čas využívat náhradní komunikační pomůcky, může být zřejmě neznalost ve správném používání. Další příčina může být ve větší koncentraci hospitalizovaných pacientů a nedostatkem sester na standardních odděleních, a na jednotkách intenzivní péče je to náročnost na ošetřovatelskou péči o pacienta

s afázií především v akutním období, jeho celkový zdravotní stav, a také časová náročnost, což naznačuje i graf 11, kdy nejvíce respondentek využívá ke komunikaci tužku a papír. Jak sám Slowík (2010) uvádí nejefektivnější a nejsnadnější je komunikace písemná. Jak už bylo uvedeno, nejčastěji využívaná pomůcka ke komunikaci, kterou mají sestry k dispozici na svých odděleních, je tužka a papír. Z toho můžeme usuzovat, že vybavení týkající se náhradních komunikačních pomůcek je nedostatečné. Dále nám šetření poskytlo informace o tom, že většina sester ovládá komunikaci s pacienty s afázií (graf 8). Je zajímavé, že 27 dotazovaných sester se domnívá, že pacienta s narušenou komunikační schopností je ke komunikaci třeba nutit. Musíme si uvědomit, že ztráta komunikačních schopností je pro pacienta velmi stresující a frustrující záležitost, kdy tato ztráta může vést podle Slowíka (2010) k nepřiměřeným reakcím a agresi. Náš přístup by měl být nejen ohleduplný, plný porozumění, jak uvádí Venglářová (2006), ale i motivující. Měli bychom pacienta v komunikaci nejen podporovat, ale také ho vybízet k aktivní spolupráci.

Sestra nemá kompetence k reedukaci komunikačních schopností, ty má klinický logoped. Z toho to důvodu jsme chtěli zjistit, zda na odděleních je zajištěna logopedická péče a jak hodnotí sestry vzájemnou spolupráci s logopedem. Zjistili jsme, že na odděleních ve vybraných nemocnicích, kde probíhalo výzkumné šetření, byla logopedická péče zajištěna (graf 17). Dále z výsledků šetření vyplynulo, že vzájemnou spolupráci s logopedem hodnotí 39 (38,24%) dotazovaných sester jako velmi dobrou, 33 (32,35%) sester jako dobrou, výbornou 18 (17,65%) sester, za dostatečnou ji považuje 9 (8,82%) a nedostatečnou 3 (2,94%) sestry (graf 20). Také nás zajímalo, zda logoped informuje sestry o jeho zadaných úkolech pacientovi v rámci rozvoje řeči. Z odpovědí sester vyplynulo, že logoped sestry neinformuje (graf 21). Dále v otevřené otázce jsme chtěli zjistit, jak se získanými informacemi sestry nakládají. Dozvěděli jsme se, že sestry tyto informace využívají především k procvičení úkolů s pacientem, dále se je sestry snaží začlenit do praxe, využít při edukaci rodiny nebo se snaží získané informace předat dalším kolegyním. V menší míře sestry využívají získané informace při komunikaci s pacientem nebo k uspokojování jeho potřeb a k edukaci pacienta (graf 22). Je s podivem, že respondentky označily spolupráci s logopedem jako velmi

dobrou (graf 20), přestože většina sester uvedla, že je logoped o jeho zadaných úkolech k procvičování řeči pacienta neinformuje (graf 21). Jak bylo výše uvedeno, v současné době je v nemocnicích zajištěna logopedická péče pro pacienty s afázií a jak uvedlo 76 (74,51 %) sester probíhá logopedická terapie již na jednotce intenzivní péče (graf 19). Podle Kejklíčkové (2011) je vhodné pro pacienta, aby logopedická terapie začala již v akutní fázi, pokud to jeho zdravotní stav dovolí. Terapie v akutní fázi by měla být systematická, a pokud zdravotní stav pacienta dovolí, intenzivní, zaměřena především na restituci a udržení fatických funkcí, na opětovné získání psychické stability, jak uvádí Škodová (2007). 49 (49,02%) dotazovaných sester uvedlo, že logopedická terapie probíhá na odděleních denně (graf 18).

Další zajímavá data, která přineslo šetření, se týkala edukace rodiny o správné komunikaci s pacienty s poruchou řeči a edukace o náhradních komunikačních prostředcích (graf 23, 24). Z výsledků kvantitativního šetření, můžeme tvrdit, že sestry sice vědí, jak komunikovat s pacientem s poruchou řeči, ale z rozhovorů vyplývá, že sestrám v edukaci rodin chybí aktivní přístup. Sestrou byli edukováni pouze dva respondenti, další tři respondenti byli edukováni logopedkou a sestrou, kdy jeden z nich uvedl k edukaci sestry: *„něco málo mě sestra řekla.“* Edukace sestrou neproběhla u dvou respondentů. Dále rozhovory poskytují informace o tom, že respondenti chtějí vědět, jak mají komunikovat se svým blízkým. Podle většiny sester by měl edukovat rodinu o správné komunikaci logoped (graf 23). Domnívám se, že edukovat rodinu by měla spíše sestra. Také už proto, že sestra je neustále přítomna na oddělení a přijde s rodinou pacienta do styku častěji než klinický logoped, který za pacientem dochází. Otázkou zůstává edukace o komunikačních prostředcích. Z grafů jsme získali informace, že čas využívat pomůcky ke komunikaci mělo 43 (44,79%) sester, nejčastěji používanou komunikační pomůckou byla tužka a papír. Dále jsme se dozvěděli, že jen 20 (19,42%) sester znalo ještě jiné komunikační pomůcky, kdy jedenáctkrát sestry uvedly piktogramy, pětkrát komunikační tabulky, čtyřikrát slovník pro afatiky, třikrát PC a jedenkrát magnetické tabulky (graf 12). Na základě těchto získaných informací můžeme tvrdit, že sestry mají pouze zběžný přehled o komunikačních prostředcích. Když si uvědomíme, že výzkumné šetření probíhalo na neurologických odděleních,

kde jsou převážně hospitalizovaní jedinci po cévní mozkové příhodě, která bývá provázena poruchou řeči a také hybnosti, užití komunikační pomůcky jako je tužka a papír nemusí být vždy vhodné. Daleko vhodnějšími pomůckami k podpoře a rozvoji komunikace jsou třeba piktogramy, komunikační tabulky nebo afatický slovník atd. (viz Příloha 3,4). Z předchozích informací, můžeme usuzovat, že sestry umí pracovat pouze s komunikačními prostředky, které mají na oddělení. Jak už bylo uvedeno, rehabilitovat řeč pacienta s afázií, by měl zkušený logoped, který umí pracovat s komunikačními pomůckami, a který je schopen vybrat pro pacienta tu nejvhodnější komunikační pomůcku. Přesto i sestra by měla umět pracovat s komunikačními pomůckami, aby se mohla lépe dorozumět s pacientem, a tím poskytovat kvalitnější ošetřovatelskou péči. Informace jak pracovat s komunikačními pomůckami, mohou sestry získat v rámci celoživotního vzdělávání nebo lepší spolupráce s klinickým logopedem. Musíme si uvědomit, že rehabilitace řeči u pacientů s afázií může trvat i několik týdnů až měsíců. Pacient po propuštění do domácí péče a jeho rodina by měli být obeznámeni jak spolu komunikovat a jak pracovat s náhradními komunikačními pomůckami.

Posledním cílem jsme chtěli zjistit, zda rodina vyjadřuje spokojenost s edukací o využívání efektivních komunikačních dovedností při komunikaci. Ke zjištění tohoto cíle jsme využili kvalitativního šetření. Z poskytnutých rozhovorů jsme získali informace o tom, že respondenti po proběhlé edukaci se snažili v rozhovoru používat, krátké věty, mluvit pomalu, podporovat svého blízkého v komunikaci i za pomocí komunikačních pomůcek, které si přinesli z domu. Žádný respondent neuvedl, že by využíval nebo mu byla poskytnuta pomůcka z oddělení, což potvrzuje již zmíněnou domněnku, že oddělení nejsou dostatečně vybavená. S výslednou činností edukace byli spokojeni R1 a R7, kdy edukace jim pomohla dorozumět se. R6 získané informace při rozhovoru se svým blízkým nepomohly, přesto s edukací sestry byla spokojená. R2 spokojená nebyla, nedařilo se jí komunikovat. Z odpovědi *„něco málo mě sestra řekla“* a edukace *„nepomohla, potřebovala by na komunikaci a procvičování řeči více času,“* vyplývá, že R3 s výslednou činností edukace pravděpodobně spokojená nebyla.

Rozhovory poskytly informace o tom, že na jednotkách intenzivní péče rodina nemá dostatek času na procvičování komunikace se svým blízkým, protože je zde návštěvní doba časově omezena. Také sestra při poskytování edukace by si měla vytvořit vždy dostatek času, aby její výsledná edukační činnost byla co nejefektivnější. Dále z rozhovorů můžeme usuzovat, že kvalita edukační činnosti sester ovlivňuje spokojenost rodinných příslušníků, protože jim to umožní lepší komunikaci a dorozumění se svým blízkým.

6 Závěr

Tím, že pacient není schopen komunikovat, může dojít ze strany sester k nedostatečnému saturování jeho potřeb a k mnohým nedorozuměním. Bakalářská práce, která se zabývá problematikou komunikace a ošetřovatelské péče u pacienta s afázií na neurologickém oddělení, je rozdělena do dvou částí. V teoretické části je práce zaměřena na celkovou problematiku afázie, její klasifikaci, příčiny, diagnostiku a terapii. Dále se práce zabývá komunikací sestry a saturováním potřeb souvisejících s poruchou řeči. V empirické části jsme chtěli zjistit, s jakými problémy se setkávají sestry v péči o pacienta s afázií, zda sestry znají náhradní komunikační prostředky a využívají je v péči. Dále jsme se chtěli dozvědět, jaká je vzájemná spolupráce s logopedem a zmapovat, zda rodina vyjadřuje spokojenost ve využívání efektivních komunikačních dovednost při komunikaci se svým blízkým. Ke zjištění těchto cílů bylo provedeno kvalitativní a kvantitativní šetření.

Prvním cílem bylo zjistit, s jakými problémy se sestry setkávají v péči o pacienta s afázií. K tomuto cíli byly stanoveny dvě hypotézy. Z výsledků šetření vyplynulo, že porucha řeči vede k nedostatečnému uspokojení potřeb a největším problémem pro sestry je dorozumět se. Související hypotéza č. 1.1 nebyla potvrzena. Druhou hypotézou jsme si chtěli ověřit, zda nedostatečné uspokojení potřeb pacienta s afázií vede k pocitu selhání sester. Tato hypotéza č. 1.2 byla potvrzena.

Druhý cíl byl zaměřen na zjištění, zda se sestry orientují v nabídce pomůcek pro efektivní komunikaci a zda je využívají při péči o pacienta s afázií. Zjištěné výsledky naznačují, že sestry nemají k dispozici dostatečné množství komunikačních pomůcek a jen 43 sester má čas, je plně využívat při péči o pacienta. Hypotéza č. 2 nebyla potvrzena.

Třetím cílem bylo zjistit vzájemnou spolupráci sester a logopeda. Dozvěděli jsme se, že většina dotazovaných sester hodnotila spolupráci s logopedem jako velmi dobrou, přestože je neinformuje o zadávaných úkolech k procvičování řeči pacienta. Stanovená hypotéza č. 3 byla potvrzena.

Poslední cíl měl zmapovat spokojenost rodiny s edukací o použití efektivních komunikačních dovedností při komunikaci. Ke zjištění tohoto cíle jsme využili kvalitativního šetření. Ze sedmi poskytnutých rozhovorů jsme se dozvěděli, že sestrou bylo edukováno celkem pět respondentů. Na základě proběhlé edukace se respondenti snažili při rozhovoru dodržovat zásady správné komunikace a využívat různých komunikačních pomůcek, které si přinesli z domova. S výslednou činností edukace byli spokojeni R1, R7, edukace jim pomohla dorozumět se. U R6 získané informace v komunikaci se svým blízkým nepomohly, přesto s edukací sestry byla spokojená. Na základě rozhovorů zbylí dva respondenti nebyli spokojení s edukací, nedařilo se jim komunikovat se svým blízkým. Z výsledku šetření můžeme tvrdit, že spokojenost rodinných příslušníků s výslednou činností edukace se odvíjí od schopnosti se dorozumět se svým blízkým.

Prostřednictvím bakalářské práce jsme odhalili neznalost a nedostatečné využívání komunikačních pomůcek sestrami při péči o pacienta, a také špatnou vybavenost v komunikačních prostředcích na odděleních. Z výsledků šetření jsme zjistili málo aktivní přístup sester v edukaci rodinných příslušníků ohledně správné komunikace se svým blízkým s poruchou řeči. Také jsme odhalili mezery ve vzájemné spolupráci sester a logopeda, který neinformuje sestry, jaké zadává úkoly pacientům k procvičování řeči.

Výsledky získané z výzkumného šetření mohou být zdrojem informací pro sestry a další pracovníky ve zdravotnictví a vést ke zlepšení ošetřovatelské péče a komunikace s pacienty s afázií. Na základě získaných poznatků při zhotovení bakalářské práce, jsem vytvořila informační brožuru, která má pomoci ke zlepšení komunikace s pacienty s afázií. Brožura je určena pro sestry a rodinné příslušníky pacientů s poruchou řeči a bude nabídnuta na oddělení, kde probíhalo výzkumné šetření.

7 Seznam informačních zdrojů

1. AMBLER, Zdeněk et al. *Klinická neurologie*. 2. vyd. Praha: Triton, 2008, s. 443, s. 444 - 463. ISBN 978-80-7387-157-4.

2. BACHUROVÁ, Hana a Zuzana LEBEDOVÁ. Poruchy řeči u dospělých neurologicky nemocných osob. Lékařské listy, 2008, roč. 57, č. 18, s. 9-11. ISSN 0044-1996.

3. BARTONÍČKOVÁ, Viktorie a Alžběta DVOŘÁKOVÁ. Cesta z mlčení: příběh o vůli překonat ztrátu řeči po cévní mozkové příhodě. 1.vyd. Praha: portál, 2009, s. 101. ISBN 978-80 -7367-531-8.

4. CSÉFALVAY, Zsolt et al. *Terapie afázie: Teorie a případové studie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007, 176 s. ISBN 978-80-7367-316-1.

5. CSÉFALVAY, Zsolt. Súčasný pohľad na diagnostiku a terapiu afázie = The current view of the assessment and therapy of aphasia. Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie, 2007, roč.70/103, č. 2, s. 118-128. ISSN 1210-7859.

6. DOHNÁLEK, Jan. *Afatický slovník* [online] 2011 [cit. 15. 3. 2012]. Dostupné z: http://www.ictus.cz/Afaticky%20slovnik

7. CHRÁSTKOVÁ, Eva a Renata MLČOCHOVÁ. Komunikační dovednosti sester u klientů po CMP s poruchou řeči. *Sestra*, 2009, roč. 19, č. 7-8, s. 55-56 ISSN 1210-0404.

8. KAPOUNOVÁ, Gabriela. *Ošetřovatelství v intenzivní péči*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007, s. 368. ISBN 978-80-247-1830-9.

9. KEJKLÍČKOVÁ, Ilona. *Logopedie v ošetřovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011, s. 128. ISBN 978-80-247-2835-3.

10. KLENKOVÁ, Jiřina. *Logopedie.* 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2006, s. 228. ISBN 978-80-27-47-1110-2.

11. KOZLOVÁ Lucie a Veronika KUBELOVÁ. Jak psát bakalářskou a diplomovou práci. 2. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích Zdravotně sociální fakulta, 2009, s. 55. ISBN 978-80-7394-155-0.

12. LECHTA Viktor a Zsolt CSÉFALVAY. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti u dospělých.* 1.vyd. Praha: Portál, 2003, s. 358. ISBN 80-7178-801-5.

13. LINHARTOVÁ, Věra. *Praktická komunikace v medicíně*: *Pro mediky, lékaře a ošetřující personál*. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1784-5

14. LOVE, Russel.J. a Wanda G. WEEB. *Mozek a řeč: Neurologie nejen pro logopedy*. 1. vyd. Praha: Portál, 2009, s. 376. ISBN 978-807367-7-464-9.

15. MLČOCHOVÁ, Renata. Kasuistika pacientky s afázií. *Sestra*, 2007, roč. 17, č. 12, s. 32-33, ISSN 1210-0404.

16. MYSLIVEČEK, Jaromír et al. *Základy neurověd*. 2. vyd. Praha: Triton, 2009, s. 390. ISBN 978-80-7387-088-1.

17. NEUBAUER, Karel et al. *Neurogenní poruchy komunikace u dospělých: diagnostika a terapie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007, s. 227. ISBN 978-80-7367-159-4

18. PFEIFFER, Jan. *Neurologie v rehabilitaci: Pro studium a praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007, s. 352. ISBN 978-80-247-1135-5.

19. POKORNÁ Andrea, *Komunikace se seniory*. 1. vyd. Praha: Portál, 2010, s. 160. ISBN 978-80-247-3271-8.

20. RICHARDS, Ann a EDWARDS, Sharon. *Repetitorium pro zdravotní sestry*. 2003. Praha : Grada Publishing, 2004, s. 376. ISBN 80-247-0932-5.

21. SEIDL, Zdeněk a OBENBERGER, Jiří. *Neurologie pro studium a praxi.* 1.vyd. Praha: Grada, 2004, s. 364. ISBN 80-247-0623-7.

22. SCHULER, Matthias a Peter OSTER. *Geriatrie od A do Z pro sestry*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2010, s. 336. ISBN 978-80-247-3013-4.

23. SLOWÍK, Josef. *Komunikace s lidmi s postižením*. 1.vyd. Praha: Portál, 2010, s. 160. ISBN 978-80-7367-691-9.

24. Speciálně pedagogické centrum pro děti a mládež s vadami řeči se zaměřením na augmentativní a alternativní komunikaci. *Komunikační pomůcky* [online] 2011 [cit. 15. 4. 2012]. Dostupné z: http://www.alternativnikomunikace.cz/stranka-pomucky-12

25. ŠAMÁNKOVÁ, Marie et al. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetřovatelském procesu*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing,a.s., 2011, s. 136. ISBN 978-80-247-3223-7.

26. ŠKODOVÁ, Eva et al. *Klinická logopedie*. 2 akt. vyd. Praha: Portál, 2007, s. 616. ISBN 978-80-7367-340-6.

27. ŠPATENKOVÁ, Naděžda a Jaroslava KRÁLOVÁ. *Základní otázky komunikace: Komunikace (nejen) pro sestry*. 1. vyd. Praha: Galén, 2009, s. 135. ISBN 978-80-7262-599-4.

28. TRACHTOVÁ, Eva et al. *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: NCO NZO, 2004, s. 186. ISBN 80-7013-324-4.

29.VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006, s. 144. ISBN 80-247-1262-8.

30. ZACHAROVÁ, Eva et. kol. *Zdravotnická psychologie.* 1. vyd. Praha: Grada, 2007, s. 232. ISBN 978- 80-247-2068-5.

8 Přílohy

Seznam příloh:

Příloha 1 Řečové oblasti mozkové kůry

Příloha 2 Porovnání komunikačních pomůcek

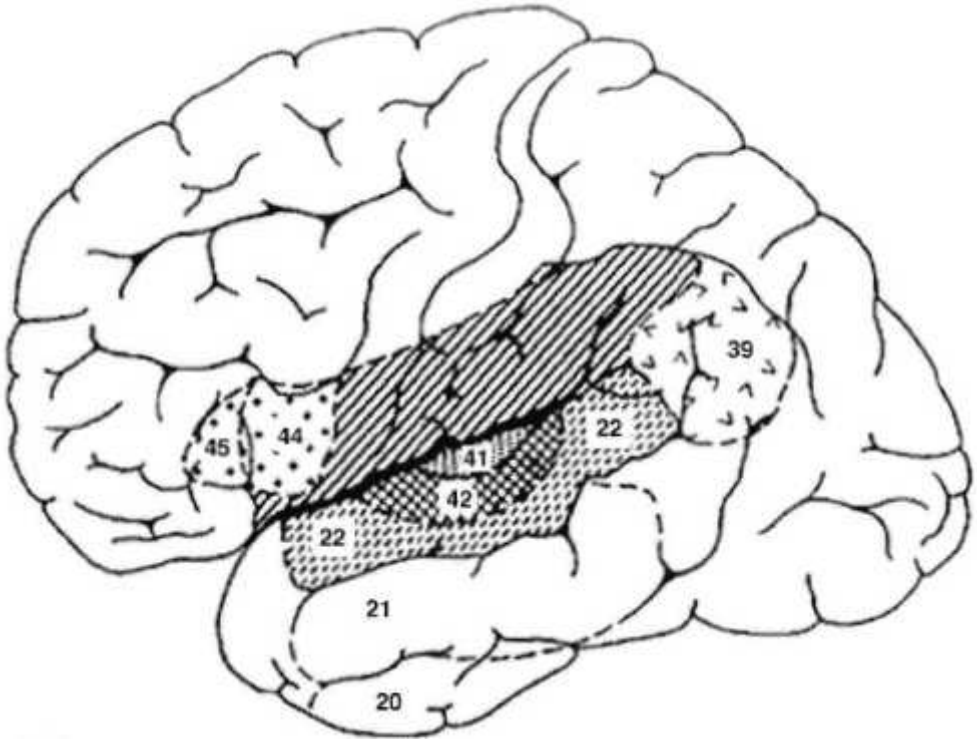
Příloha 3 Komunikační tabulky

Příloha 4 Ukázka obrázků z Afatického slovníku

Příloha 5 Dotazník

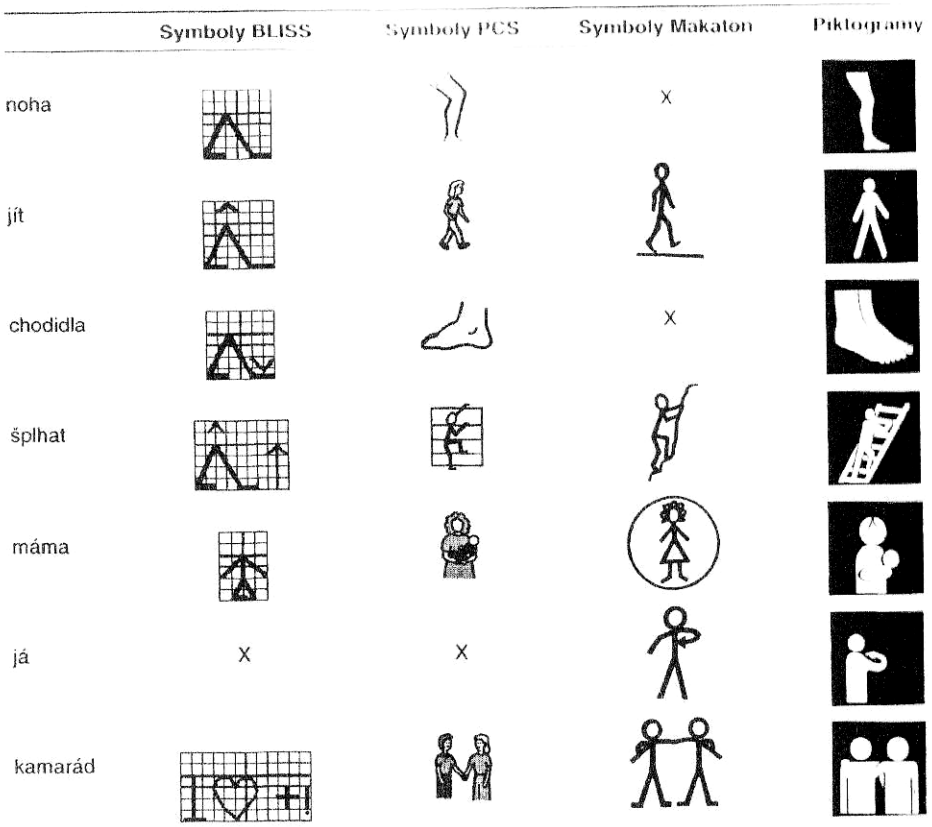
Příloha 6 Výzkumné otázky

Příloha 1 Řečové oblasti mozkové kůry



Zdroj: AMBLER, Zdeněk et al. Klinická neurologie. 2. vyd. Praha: Triton, 2008, s. 443, ISBN 978-80-7387-157-4.

Příloha 2 Porovnání komunikačních pomůcek



Zdroj: ŠKODOVÁ, Eva et al. Klinická logopedie. 1. vyd. Praha: Portál, 2003, s. 568 ISBN 80-7178-546-6.

Příloha 3 Komunikační tabulky

Tabulky mohou být složeny z **fotografií**:

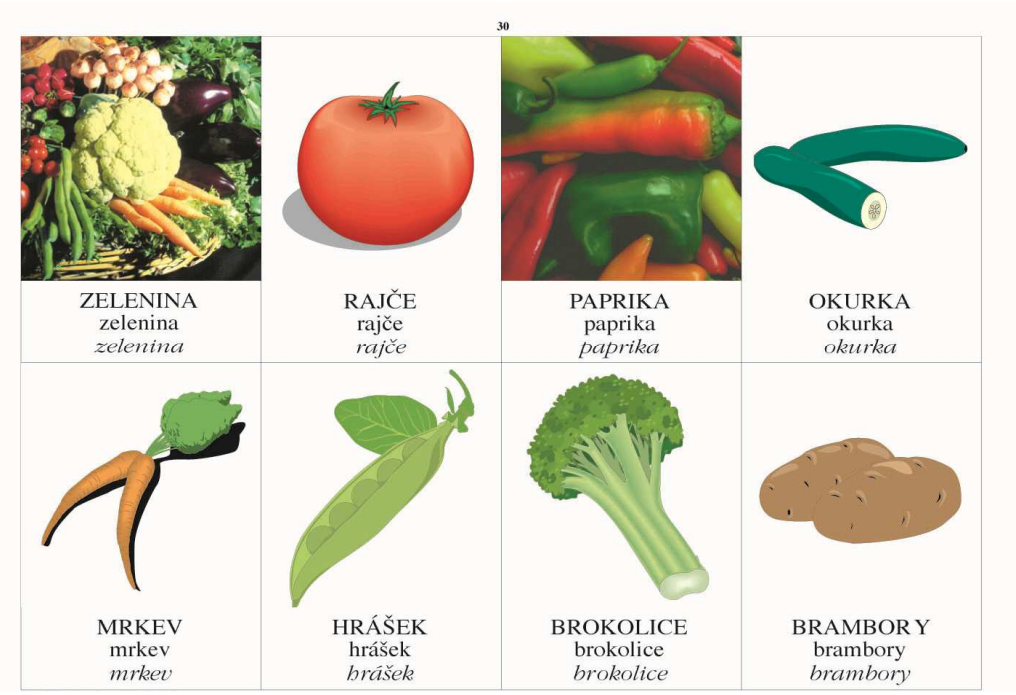
ze **symbolů**:

nebo **psaných slov** či **vět**:

Prima, souhlasím.	Jsem naštvaná.	Kdo?
Jsem nadšená.	Jsem smutná.	Co?
Líbí se mi to.	Jsem zklamaná.	Jaký?
To je bezvadné.	Bojím se.	Který?
Je mi dobře.	Nudím se.	Čí?
Mám tě ráda.	Nelíbí se mi to.	Kolik?
To je prima člověk.	Nechci.	Jak dlouho?
To musíme zopakovat.	Stýská se mi.	Komu?
To je báječný nápad.	To je protivný člověk.	Kdy?
To jsem si dlouho přála.	Už o tom nemluv.	Kam?
Ano, to by možná šlo.	Nechápu to.	S kým?
Udělej, jak myslíš.	Nesouhlasím s tím.	O kom?
Vymysli něco jiného.	V žádném případě!	Proč?
Vzpomínám na.....	Nezáleží mi na tom.	Jak?
Slíbil/a jsi mi.....	Tak to nebylo!	Kolikrát?

Zdroj: Speciálně pedagogické centrum pro děti a mládež s vadami řeči se zaměřením na augmentativní a alternativní komunikaci. Komunikační pomůcky [online] 2011 [cit. 15. 4. 2012]. Dostupné z: http://www.alternativnikomunikace.cz/stranka-pomucky-12

Příloha 4 Ukázka obrázků z Afatického slovníku



Zdroj: DOHNÁLEK, Jan. Afatický slovník [online] 2011 [cit. 15. 3. 2012]. Dostupné z: http://www.ictus.cz/Afaticky%20slovnik

Příloha 5 Dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Petra Lišková a jsem studentkou 3. ročníku Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích.

Chtěla bych Vás požádat o vyplnění dotazníku, který je zcela anonymní a poslouží pouze pro vypracování mé bakalářské práce, která se zabývá problematikou komunikace a ošetřovatelské péče u pacienta s afázií na neurologickém oddělení. Prosím, zaškrtněte jednu odpověď, pokud není uvedeno jinak.

Předem děkuji za Váš čas a spolupráci.

1) **Do jaké věkové kategorie patříte?**
   - ☐ 19 - 30
   - ☐ 31 - 40
   - ☐ 41 – 50
   - ☐ 50 a více
2) **Pracujete:**
   - ☐ neurologické oddělení
   - ☐ iktové centrum
   - ☐ komplexní cerebrovaskulární centrum
3) **Délka vaší praxe je na tomto oddělení:**
   - ☐ méně než 5 let
   - ☐ 5 - 10 let
   - ☐ 11 - 15 let
   - ☐ 16 – 20 let
   - ☐ více jak 20 let
4) **Jaké je Vaše dokončené vzdělání?**
   - ☐ střední odborné s maturitou
   - ☐ vyšší odborné
   - ☐ vysokoškolské
   - ☐ jiné (dopište) …….
5) **Setkáváte se často na vašem oddělení s pacienty s afázií?**
   - ☐ ano
   - ☐ spíše ano
   - ☐ spíše ne
   - ☐ ne

6) **Domníváte se, že zvládáte komunikovat s pacienty s afázií?**
   - ano
   - spíše ano
   - spíše ne
   - ne

7) **Kde jste získala informace, jak správně komunikovat s pacienty s afázií(můžete označit více odpovědí):**
   - z odborné literatury (časopisy, knihy, brožury)
   - od logopeda
   - z internetu
   - ze semináře
   - zatím nezískala
   - jiné (dopište)……..

8) **Označte tvrzení, která vám pomáhají při komunikaci s pacienty postižené afázií (můžete označit více možností):**
   - hovořit pomalu a zřetelně
   - používat zdrobněliny
   - nutit pacienta ke komunikaci
   - používat náhradní komunikační prostředky
   - používat spíše uzavřené otázky s odpovědí ano – ne
   - používat dlouhá, složitá souvětí
   - ověřit si, zda nám pacient rozuměl

9) **Máte na vašem oddělení náhradní komunikační pomůcky pro pacienta s afázií?**
   - ano
   - ne
   - nevím

10) **Pokud máte náhradní komunikační pomůcky na vašem oddělení, máte čas je plně využívat při péči o pacienta s afázií?**
   - ano
   - ne

11) **Jaké vy osobně nejčastěji používáte komunikační pomůcky, které využíváte ve vaší péči o pacienta s afázií?(možnost označit vice odpovědí)**
   - tužku a papír
   - obrázky
   - slovník
   - fotografie
   - tištěnou abecedu
   - žádné
   - jiné (dopište)…….

12) Víte ještě o jiných komunikačních prostředcích používaných ke komunikaci a nemáte je na oddělení?

- ☐ ano, uveďte jaké: …….....
  …….
- ☐ ne

13) Domníváte se, že péče o pacienta s afázií, který není schopen dostatečně vyjádřit své potřeby, může být problematická?

- ☐ ano
- ☐ ne

14) S jakými problémy se setkáváte při péči o pacienta s afázií? (můžete označit více odpovědí)

- ☐ problém dorozumět se (komunikovat)
- ☐ problém s uspokojováním potřeb pacienta s afázií
- ☐ problém s tvorbou ošetřovatelských diagnóz
- ☐ problém s edukací
- ☐ problém získat informace
- ☐ s žádným problémem
- ☐ jiný (dopište)……..

15) Domníváte se, že porucha řeči pacienta s afázií vede k nedostatečnému uspokojení jeho potřeb ze strany sestry?

- ☐ ano
- ☐ ne

16) Máte pocit selhání, v případě že nedokážete plně uspokojit potřeby pacienta s afázií?

- ☐ ano
- ☐ spíše ano
- ☐ spíše ne
- ☐ ne

17) Je na vašem oddělení zajištěna logopedická péče pro pacienty s afázií?

- ☐ ano
- ☐ ne ……..(pokud jste odpověděla „**ne**“ pokračujte otázkou **č. 23**)

18) Jak často probíhá logopedická terapie pacientů s afázií na vašem oddělení?

- ☐ denně (kromě soboty a neděle)
- ☐ 4 x týdně
- ☐ 3 x týdně
- ☐ 2 x týdně
- ☐ 1 x týdně
- ☐ jiné (dopište)…….

19) Probíhá logopedická terapie na vašem oddělení již v době, kdy je pacient s afázií hospitalizován na jednotce intenzivní péče?

- ☐ ano
- ☐ ne
- ☐ nevím

20) Jak hodnotíte vzájemnou spolupráci s logopedem v podpoře rozvoje komunikace pacienta s afázií na vašem oddělení?

- ☐ výbornou
- ☐ velmi dobrou
- ☐ dobrou
- ☐ dostatečnou
- ☐ nedostatečnou
- ☐ žádná

21) Informuje Vás logoped o jeho zadaných úkolech k procvičování řeči pacienta s afázií?

- ☐ ano
- ☐ spíše ano
- ☐ spíše ne
- ☐ ne

22) Pokud jste odpověděla pozitivně, jak nakládáte se získanými informacemi?

……
……
……

23) Domníváte se, že edukovat rodinu pacienta s afázií o správné komunikaci by měl/a (můžete označit více odpovědí)

- ☐ sestra
- ☐ logoped
- ☐ lékař
- ☐ jiné (dopište)……..

24) Domníváte se, že edukovat rodinu pacienta s afázií o náhradních komunikačních prostředcích by měl/a (můžete označit více odpovědí)

- ☐ sestra
- ☐ logoped
- ☐ lékař
- ☐ jiné (dopište)……..

Příloha 6

Výzkumné otázky

Identifikační otázky:

1. V jakém vztahu jste se svým blízkým?
2. Jak dlouho a kde je Váš blízký hospitalizovaný?

Otázky vztahující se k výzkumnému šetření:

1. Jak jste se dozvěděl, že Váš blízký má poruchu řeči?
2. Co Vás jako první napadlo, když jste tuto informaci získal?
3. Co Vás dál zajímalo v souvislosti s poruchou řeči?
   * Co jste se dozvěděl?
4. Co můžete říci ke komunikaci se svým blízkým po edukaci sestrou?
5. Pokud Vám sestra tyto informace neposkytla, kdo Vám je poskytl nebo jakým způsobem jste je získal?
6. Jakým způsobem Vám edukace sestry pomohla při rozhovoru s vaším blízkým?