



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Specifika komunikace sestry a pacienta po cévní mozkové příhodě

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: **OŠETŘOVATELSTVÍ**

Autor: Lenka Trpáková

Vedoucí práce: Mgr. Lenka Šedová, Ph.D.

České Budějovice 2021

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „*Specifika komunikace sestry a pacienta po cévní mozkové příhodě*“ jsem vypracoval/a samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské/diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích 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 bakalářské/diplomové práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské/diplomové práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne2021

.....

Lenka Trpáková

Poděkování

Poděkování patří především vedoucí práce Mgr. Lence Šedové, 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. Děkuji také své rodině a blízkým přátelům za podporu.

Specifika komunikace sestry a pacienta po cévní mozkové příhodě

Abstrakt

Sestra v péči o pacienta, kterého postihla cévní mozková příhoda, plní nezastupitelnou roli. Poskytuje mu základní i specializovanou ošetrovatelskou péči, při které je komunikace nezbytností. Pokud pacient trpí poruchou řeči jako následek iktu, stává se vzájemná komunikace obtížnou a velmi specifickou situací, se kterou si sestra musí jako profesionál poradit. S běžným verbálním projevem si sestry nemusí vystačit, a proto je vhodné vyžívat alternativní pomůcky, které mohou komunikaci i práci sestřím značně ulehčit.

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, zda sestry používají nějaké pomůcky k usnadnění komunikace a jaké to jsou, a zmapovat jejich povědomí o využívání moderních metod v podobě chytrých zařízení a aplikací vyvinutých pro tyto účely. Pro zjištění těchto cílů bylo využito kvantitativní výzkumné šetření. Ke sběru dat byla využita metoda dotazování a technikou sběru dat byl polostrukturovaný dotazník, které byl sestaven z 21 otázek. Obsahoval 3 otázky otevřené, 2 polouzavřené a 16 uzavřených. Výzkumný soubor se skládal ze 129 sester pracujících v různých oblastech zdravotnictví.

Výsledky výzkumného šetření ukázaly, že méně než polovina dotázaných sester, používá pomůcky při komunikaci s pacientem. Sestry, které pomůcky využívají, uvedly nejčastěji mezi pomůcky obrázkové karty, piktogramy, komunikační tabule a papír a tužku. Nejméně uváděnou pomůckou byl tablet a afatický slovník. Zjistili jsme, že větší povědomí o moderních aplikacích pro chytrá zařízení, která mohou komunikaci významně ulehčit, mají sestry ve věku 31 let a více.

Přínos této práce spočívá v rozšíření povědomí sester o specifických způsobech komunikace mezi sestrou a pacientem po CMP, obzvláště prostřednictvím alternativních pomůcek a chytrých zařízeních.

Klíčová slova

Cévní mozková příhoda; komunikace; alternativní pomůcky; chytrá zařízení.

Specifics of communication between nurse and patient after stroke.

Abstract

A nurse in care of a patient who has suffered a stroke, takes an irreplaceable role. She provides him basic and specialized nursing care, in which is communication a necessity. If the patient suffers from speech disorder as a consequence of stroke, communication becomes difficult and very specific situation, that the nurse has to deal with as a professional. Nurses may not be able to get by with the usual verbal expression, so it is advisable to use alternative aids, that can make the communication and work much easier for nurses.

The goal of this bachelor's thesis was to find out, if nurses use any aids to facilitate communication and which are they like, and to map nurse's awareness of the use of modern methods in the form of smart devices and applications, developed for these purposes. A quantitative research investigation was used to reach these goals. The polling method was used for data collection and the data collection technique was a semi-structured questionnaire, which was compiled from 21 questions. It contained 3 open questions open, 2 semi-closed and 16 closed. The research group consisted of 129 nurses working in various areas of health care.

The results of the research survey showed, that less than half of the asked nurses use aids, when they communicate with the patient. The nurses who use the aids, most often listed picture cards, pictograms, communication boards and paper and pencil among the aids. The least cited aid was a touchpad and an aphatic dictionary. We found that nurses aged 31 and over have greater awareness of modern smart device apps, which can significantly facilitate the communication.

The benefit of this thesis lies in raising nurses' awareness of specific ways of communication between nurse and patient after stroke, especially through alternative aids and smart devices.

Key words

Stoke; communication; alternative aids; smart devices.

Obsah

Úvod.....	8
TEORETICKÁ ČÁST	
1 Současný stav.....	9
1.1 Cévní mozková příhoda.....	9
1.1.1 Cévní mozkové příhody ischemické	10
1.1.2 Cévní mozkové příhody hemoragické.....	11
1.1.3 Klinické příznaky CMP.....	11
1.1.4 Rizikové faktory pro vznik CMP.....	12
1.1.5 Terapie CMP.....	13
1.1.6 Prevence a prognóza CMP.....	13
1.1.7 Celkové následky CMP.....	14
1.1.8 Poruchy řeči vlivem CMP.....	16
1.1.8.1 Afázie.....	17
1.1.8.2 Dysartrie	18
1.2 Specifika komunikace s pacientem po CMP	19
1.2.1 Komunikace v profesi sestry	19
1.2.2 Verbální komunikace	20
1.2.3 Neverbální komunikace.....	20
1.2.4 Logopedická péče o pacienta po CMP.....	22
1.2.5 Zásady komunikace s pacientem s poruchou řeči.....	22
1.2.6 Alternativní prostředky a pomůcky ke komunikaci.....	23

VÝZKUMNÁ ČÁST

2	Cíle práce a hypotézy.....	27
2.2	Cíle práce.....	27
2.3	Hypotézy.....	27
3	Metodika.....	28
3.2	Použitá metoda a technika sběru dat.....	28
3.3	Charakteristika výzkumného souboru.....	28
4	Výsledky výzkumu.....	30
4.1	Grafické výsledky výzkumu.....	30
4.2	Statistické vyhodnocení hypotéz.....	47
5	Diskuze.....	51
6	Závěr.....	57
7	Seznam použitých zdrojů.....	59
8	Seznam příloh.....	65
9	Seznam použitých zkratk.....	68

Úvod

Pro výběr bakalářské práce na téma: „Specifika komunikace sestry a pacienta po cévní mozkové příhodě“ jsem se rozhodla, protože mi přišlo zajímavé a hodno bližšího probádání. Chtěla jsem zjistit především to, čím je tato komunikace specifická a jak vypadá v praxi dorozumívání mezi sestrou a pacientem, kterého postihla cévní mozková příhoda a narušila mu komunikační schopnost.

Cévní mozková příhoda přichází nečekaně. Jedná se o akutní stav, který vyžaduje okamžitou lékařskou pomoc. Necelá třetina pacientů v důsledku CMP zemře. Pouze polovina nemocných, kteří přežijí, dosáhnou plné soběstačnosti. CMP však může zanechat také celou řadu následků, méně či více omezujících nemocného. Jedním z následků jsou získané poruchy řeči, které se objevují v průměru u 40–60 % nemocných. Rozlišujeme dvě nejčastější poruchy řeči, a to afázii a dysartrii. Nemocní mohou mít potíže buďto s vyjadřováním, s porozuměním řeči, nebo kombinací obou těchto schopností. Sestry by měly znát určitá pravidla a zásady, jak s lidmi s poruchou řeči komunikovat, aby se vyvarovaly chybám, kterých se mohou velmi snadno, i když nezáměrně, dopustit.

Existuje také celá řada pomůcek, kterými si sestry mohou tuto nelehkou úlohu ulehčit a zároveň tak pomoci rozvíjet a rozšiřovat pacientovu nejdůležitější lidskou potřebu – komunikovat. Ať už se jedná o obrázkové karty, komunikační tabule, afatické slovníky či jen tužku a papír. Novodobou a velice užitečnou pomůckou by mohl být dotykový tablet s aplikacemi, které mají za cíl rozvíjet pacientovu řeč. Vybavenost zdravotnických zařízení touto pomůckou je však poměrně nízká. Tato práce má mimo jiné za cíl rozšířit povědomí o této moderní metodě mezi všechny zdravotnické pracovníky, ale především mezi sestry, které o pacienty s tímto onemocněním pečují.

1. SOUČASNÝ STAV

V posledních desítkách let došlo k významným pokrokům v oblasti primární prevence a akutní léčby cévní mozkové příhody (Béjot, 2016). Razantně došlo i ke zlepšení organizace péče o pacienty (Bryndziar, 2017). Přesto však cévní mozková příhoda (dále jen CMP) stále představuje závažný zdravotní problém a zůstává na předních příčkách mortality.

V České republice patří CMP k jedné z hlavních příčin úmrtí a invalidity (Bryndziar, 2017). Po prodělání CMP umírá 10–20 % pacientů, 30–40 % nemocných zůstává trvale postižených a 50 % nemocných se vrací do normálního života s plnou soběstačností (Šedová a kol., 2020). V číslech dosahuje incidence tohoto onemocnění 270–350 příhod na 100 000 obyvatel ročně (Hlinovský, 2016). Podle Seidla (2015) můžeme do budoucna očekávat ještě zvýšení výskytu CMP, a to z důvodu narůstajícího průměrného věku občanů ČR. V dnešní době již ale není ani vzácností výskyt CMP u mladších generací, a to v rozmezí mezi 30.- 40. rokem života (Kocábková a Vaňásková, 2012).

V celosvětovém měřítku se dle Bryndziara (2017) jedná o třetí nejčastější příčinu smrti, hned po kardiovaskulárních a nádorových onemocněních. Celkový počet postihnutých osob touto chorobou v Evropě činí každoročně přibližně 1,1 milionu (Béjot, 2016).

1.1 Cévní mozková příhoda

Cévní mozkové příhody jsou dle Seidla (2015, s. 191) definovány jako: „*Akutně vzniklé klinické fokální či globální příznaky poruchy funkce mozku trvající déle než 24 hodin (eventuálně do smrti) bez zjevné jiné než vaskulární příčiny*“.

Jedná se o cerebrovaskulární onemocnění, do kterých spadá celá škála klinických jednotek. Může se jednat o tranzitorní ischemické ataky, různé patogenetické variace iktových příhod, buďto na podkladě mozkové ischemie, hemoragie či subarachnoidálního krvácení. Dále lze rozlišovat různé etiologické podtypy iktu, např. aterotrombotický iktus, kardioembolický iktus, krvácení z aneurysmatu. Na vině mohou být však i jiné nitrolebeční cévní poruchy, např. neprasklá aneurysmata či cévní malformace neboli splet' abnormálně propojených tepen a žil (Kalvach, 2010). Rozdělení cévních mozkových příhod tedy není tak snadné a autoři odborných publikací se v tomto ohledu někdy mírně rozcházejí. V následujících podkapitolách si představíme základní rozdělení

CMP převážně dle Kality (2010) a Seidla (2015), kteří se ve svých publikacích nejvíce shodují.

1.1.1 Cévní mozkové příhody ischemické

Jedná se o nejčastější typ, zaujímá až 80 % všech iktů (Kalita, 2010). Při ischemické CMP dochází ve většině případů k uzavěru cévy, čímž se omezí průtok krve do oblasti mozku, kterou zasažená céva obvykle zásobuje (Poková et al., 2017). K uzavření cévy dochází obvykle na podkladě aterosklerotického procesu v tepně, který postupně zužoval její průsvit. Dalším důvodem uzavření cévy může být trombus nasedající na cévní stěnu postiženou aterosklerotickým plátem anebo embolus, který do mozku doputoval ze srdce či jiných velkých cév (Kalita, 2010). Příčinou mozkové ischemie může být ale také náhlá porucha cirkulace krve, způsobená například zástavou srdce (Seidl, 2015).

TIA neboli tranzitorní ischemická ataka je stav, při kterém dochází přechodně k nedostatečnému okysličení mozku, doprovázený klinickými příznaky, mezi které patří například náhle vzniklá zmatenost, slabost až necitlivost jedné paže, nohy nebo celé poloviny těla, dále typicky povislý koutek úst, poruchy řeči, poruchy zraku a sluchu nebo poruchami rovnováhy. Tyto příznaky obvykle kompletně spontánně odezní, typicky do několika minut. Udává se rozhraní 24 hodin, nejpozději do 48 hodin, a to bez následků. Ačkoliv má TIA takto příznivý průběh, jedná se především o varovný signál hlásící možný brzký příchod skutečného iktu a rozhodně by se tedy neměl podceňovat (Poková et al., 2017, Seidl, 2015, Bauer, 2010).

Zkratka RIND označuje reverzibilní ischemický neurologický deficit. Poková et al. (2017) udává jako nejčastější příčinu RIND, drobné emboly. Seidl (2015) přirovnává RIND jako obdobu stavu TIA, jen s tím rozdílem, že RIND odezní do 1 týdne bez jakýchkoli následků. Podle Pokové (2017) odezní symptomy až do 3 týdnů. Rovněž je RIND jakýmsi varováním před hrozícím iktem.

Progredující CMP označuje stav, kdy postupně narůstá ložisková hypoxie v mozku a dochází k rozvoji klinických příznaků. Dokončený iktus je pak stavem, vyžadující neodkladný lékařský zásah. Nedochází už k spontánní úpravě stavu a nese s sebou trvalé následky v podobě funkčního postižení (Bauer, 2010).

1.1.2 Cévní mozkové příhody hemoragické

Hemoragické ikty tvoří zbývajících 20 % všech příhod. Z toho je přibližně 15 % způsobeno intracerebrální hemoragií neboli krvácením do mozku a zbylých 5 % tvoří subarachnoidální krvácení neboli krvácení do prostoru mezi mozkové obaly – arachnoideu (pavučnici) a pia mater (měkkou plenu mozkovou) (Kalvach, 2010). Krvácení se obvykle rozvíjí rychle, může ale trvat hodiny i dny (Poková et al., 2017). Ke krvácení do mozku dochází nejčastěji prasknutím tepny v mozku, jejíž stěna je patologicky změněna nebo oslabena. Krev se začne valit do mozkové tkáně, kterou začíná postupně utlačovat a může zasáhnout i životně důležitá centra v mozku, jako je například centrum pro dýchání. Hlavní roli v tomto případě hraje neléčená arteriální hypertenze (Kalita, 2010).

1.1.3 Klinické příznaky cévní mozkové příhody

Projevy cévní mozkové příhody se odvíjí od několika faktorů. Záleží na lokalizaci zasažené oblasti, rozsahu poškození a rychlosti vzniku ischemie či hemoragie (Poková et al., 2017). Přesto však můžeme vyjmenovat několik typických příznaků, podle kterých lze s vysokou pravděpodobností předpokládat, že se jedná o iktus.

Prvním signálem obvykle bývá náhle vzniklá celková slabost. Následuje povolení obličejového svalstva na jedné polovině obličeje, brnění či úplná ztráta citlivosti. Viditelně si lze všimnout povadlého koutku úst a rovněž povadlého očního víčka. Zasažený jedinec nemůže na vyžádání předvést úsměv či zapískat. (Meredith, 2011) Objevuje se porucha hybnosti horní a dolní končetiny na jedné polovině těla. Tento projev můžeme ozřejmit požádáním o předpažení obou horních končetin. Jedna HK je téměř bez citu, neudrží ji předpaženou, nemocný ji neovládá. Jako další výrazný příznak můžeme označit náhle vzniklý problém s řečí. Nemocný se z ničeho nic nemůže vyjádřit, má potíže s formulováním slov, komolí slova a je mu špatně rozumět. Problém může mít nemocný také s porozuměním řeči druhého člověka (Seidl, 2015). Mozkovou příhodu mohou provázet i potíže se zrakem. Obvykle je zasaženo jen jedno oko, nemocný může vidět rozmazaně, nebo vidí jen polovinu obrazu či nevidí vůbec. Bývá narušena i spontánní chůze a dostavuje se porucha rovnováhy, nemocný se může cítit jako na kolotoči. Náhle vzniklá krutá a nesnesitelná bolest hlavy, bez jasně etiologie signalizuje s větší pravděpodobností hemoragickou formu CMP (Kalita, 2010).

Laik může v případě vzniku CMP u druhé osoby použít takzvaný FAST test, pomocí kterého si může kdokoli snadno ověřit symptomy CMP a zvýšit tak šanci na včasný zásah lékařské pomoci a záchranu nemocného. F–z anglického výrazu face neboli tvář, spočívá ve zhodnocení tváři nemocného. Po požádání nemocného, aby se usmál nebo vycenil zuby, je možné si všimnout povislého koutku úst a poklesu očního víčka, vždy jen na jedné polovině obličeje. A (arm) neboli paže, pobízí laika k povšimnutí si horních končetin. Požádá nemocného, aby zdvihl ruce před sebe. Dojde obvykle k rychlému poklesu jedné končetiny dolů. S (speech) neboli řeč, představuje projevy spojené s náhlou poruchou řeči, které si laik může ověřit například dotázaním nemocného na jeho jméno. Pokud odpovídá nesrozumitelně, nebo má problém s porozuměním otázce, může se jednat o příznak CMP. Poslední T (time) neboli čas, symbolizuje důležitost rychlého přivolání pomoci (FYZIOklinika s.r.o., © 2011-2021, Volný a kol. 2016).

1.1.4 Rizikové faktory pro vznik cévní mozkové příhody

Podle Pokové et al. (2017) můžeme rizikové faktory rozdělit do dvou skupin. První z nich jsou faktory neovlivnitelné. Patří mezi ně věk, rasa, pohlaví, genetické dispozice, typ osobnosti člověka, socioekonomické vlivy i geografická poloha. Kalita (2010) ve své knize označuje za nejvýznamnější neovlivnitelný faktor právě věk, a to z důvodu až dvojnásobného nárůstu rizika vzniku mrtvice u obou pohlaví po dosažení 55. roku života.

Druhou skupinu tvoří faktory ovlivnitelné. Mezi ně patří hypertenze, onemocnění srdce, kouření, nadužívání alkoholu a drog, obezita a s ní spojený nedostatek fyzické aktivity a nevhodná dieta a v neposlední řadě nadměrné množství cholesterolu v krvi (Poková et al., 2017). Kalita (2010) zařazuje mezi ovlivnitelné faktory i onemocnění diabetes mellitus, které podle něj významně zvyšuje riziko, že dojde ke vzniku CMP. Také poukazuje, že osoby, které již cévní mozkovou příhodu prodělali, mají až 40% pravděpodobnost recidivy. Meredith (2011) ve své knize staví na první místo již zmíněnou hypertenzi neboli vysoký krevní tlak. U lidí trpících hypertenzí je dle její publikace až 3x vyšší riziko vzniku iktu, oproti osobám s normální hodnotou krevního tlaku.

1.1.5 Terapie cévní mozkové příhody

Léčba CMP se liší podle toho, zda se jedná o ischemickou či hemoragickou formu. Terapie ischemické CMP má za cíl obnovit prokrvení mozku. Dělíme ji na léčbu rekanalizační a podpůrnou. Rekanalizační léčba má za cíl napravit vzniklé škody a vyléčit pacienta, zatímco léčba podpůrná má účel ve zmírnění následků iktu (Ševčík et al., 2016). Rekanalizace lze dosáhnout intravenozní, případně intraarteriální trombolýzou (dále jen IVT) nebo mechanickou trombektomií (MT). IVT se provádí pouze do 4,5 hodiny od počátečních příznaků CMP a je první volbou terapie (Tomek et al., 2018). Po podání trombolytické terapie se provádí CT vyšetření pro kontrolu, zda nedošlo ke komplikaci v podobě krvácení do mozku. Následně se podává antiagregační léčba (Peisker, 2016). MT se provádí do 6 hodin od počátku CMP, obvykle kombinovaně s IVT, případně je i první volbou, pokud se IVT nedoporučuje (Tomek et al., 2018). Podpůrná léčba představuje monitoraci životních a neurologických funkcí na iktové jednotce prvních 24 hodin. Zahrnuje i péči o dýchací cesty pacienta, sledování hodnoty glykémie, krevního tlaku, tělesné teploty a v neposlední řadě i léčby vysokého krevního tlaku (Ševčík et al., 2016).

Terapii hemoragické CMP rozdělujeme na konzervativní a chirurgickou. Konzervativní léčba zahrnuje především snížení nitrolebního tlaku pro zastavení vzniklého krvácení. Podstatnou součástí je i řešení hyperglykemie, která se vyskytuje až u 40 % nemocných (Ševčík et al., 2016). Chirurgická terapie je indikována neurochirurgem. Cílem je předejít sekundárnímu poškození mozkové tkáně a zabránit návratu krvácení. Pokud se hematoma vyskytuje na povrchu, může být provedena dekompresní kraniotomie. V případě subarachnoidálního krvácení se musí chirurgicky odstranit výduť, která krvácí, aniž by došlo k porušení průchodnosti okolních cév. Tento zákrok se nazývá clipping neboli svorkování výdutě a provádí se mikrochirurgicky. Ošetření výdutě lze provést i pomocí tzv. endovaskulárního coilingu. Výduť se vyplní spirálami, které mají zabránit recidivě krvácení (Tomek et al., 2018).

1.1.6 Prevence a prognóza cévní mozkové příhody

Primární prevence vychází z ovlivnitelných rizikových faktorů popsaných výše. Mezi ty základní můžeme zařadit především zdravý životní styl, tj. dopřávat tělu dostatek pohybu, vyvarovat se obezitě, nekouřit, omezit požívání alkoholu i jiných omamných látek. Dále je třeba dbát o svůj zdravotní stav, nezanedbávat léčbu chorobných stavů či onemocnění

a nepodceňovat hypertenzi (Kalita, 2010). Pokud je u jedince zjištěna potenciální kardiovaskulární hrozba a může u něj dojít k embolickému iktu, zahajuje se preventivně antikoagulační léčba. Jiným důvodem pro léčbu tentokrát antiagregační může být například zjištěná karotická stenóza neboli zúžení krční tepny, které z nějakého důvodu není vhodné k operačnímu řešení (Kalvach, 2010).

Sekundární prevenci můžeme chápat jako opatření, která ovlivňují prognózu tohoto onemocnění tím, že omezují její zhoršování. Zahájení sekundární prevence může snížit pravděpodobnost vzniku další CMP (Šedová a kol., 2020). Měla by být tedy zahájena ihned po prodělání prvního iktu, či jen její formy TIA. Prevence spočívá především ve farmakologické a někdy i doplňující chirurgické léčbě, kdy se mechanicky zajistí průchod zúžené cévy stentem. Také je zapotřebí zlepšit kompenzaci diabetu mellitu, pokud jím pacient trpí. Je potřeba léčit zvýšený cholesterol a hypertenzi. I v sekundární prevenci je kladen důraz, aby pacient po prodělané CMP zásadně napravil svůj životní styl (Kalita, 2010). Ačkoli jsou změny životního stylu často provázeny pocity strachu a nejistoty ze strany pacienta, sehrávají v terapii CMP nezastupitelnou roli. Změna spočívá především v pravidelném užívání předepsaných léků, pravidelném sledování hodnot krevního tlaku, dietních opatření, odvykání kouření, ale i v pravidelném fyzioterapeutickém cvičení, ergoterapii, logopedii či psychoterapii (Šedová a kol., 2020).

Prognóza tohoto onemocnění se nedá obecně stanovit. Vždy záleží na míře vzniklého poškození mozku. To se odvíjí od času, kdy se pacientovi dostalo adekvátního lékařského zásahu a vhodné léčby na iktových jednotkách. Na péči o pacienta s CMP se podílí celá řada odborníků, kteří se společnými silami snaží o maximální zotavení a návrat pacienta do života. Tento tým se skládá nejen z lékařů a všeobecných sester, ale důležitou úlohu sehrává i fyzioterapeut, ergoterapeut, logoped, psycholog, psychiatr, sociální pracovník či ortotik-protetik (Poková et al., 2017). Proces zotavování z následků poškození mozku je běh na dlouhou trať, může trvat měsíce až roky. Obecně platí, že mladší pacienti bez přidružených onemocnění, se zotavují rychleji. Pouze třetině pacientů po iktu se v průběhu jednoho roku úplně nebo téměř úplně navrátí ztracené funkce a schopnosti (Kejklíčková, 2011).

1.1.7 Celkové následky cévní mozkové příhody

Cévní mozkové příhody mohou zanechat vážné následky na tělesné stránce člověka, ale zasahují i stránku duševní. Představují velkou zátěž nejen pro samotného pacienta, ale i

pro jeho nejbližší rodinu, okolí i společnost (Šupínová a Sklenková, 2018). Následky po CMP zasahují hned do několika oblastí. Nejčastěji dochází k poruchám hybnosti končetin a obličejových svalů, dále k poruchám řeči, zraku, poznávacích schopností, k poruchám polykání a také se mohou objevit problémy s rovnováhou a koordinací pohybů (Volný, 2018). Nesmíme opomenout ani sociální důsledky CMP, neboť se nemocný ocitá v situaci, kdy ztrácí většinu rolí, které měl. Mění se rodinné vztahy, mohou vznikat problémy v podobě nižšího příjmu rodiny v důsledku ztráty zaměstnání, nezbytných bytových úprav, hrazení domácí péče, rehabilitačních pomůcek a podobně (Fryčová, 2013).

Narušení poznávacích schopností může mít vícero podob. Mohou se projevovat například tak, že má pacient potíže určovat barvy, tvary či poznávat tváře – nemusí poznávat své blízké ani ošetřující personál (Šupínová a Sklenková, 2018). U nemocných se mohou objevovat i poruchy orientace v prostoru, čase i vlastní osobě (Fryčová, 2013).

Poruchy hybnosti po CMP se mohou projevovat jako oslabení či dočasná ztráta pohyblivosti jedné poloviny těla, až její úplné ochrnutí. Pacient má tedy v lehčích případech potíže s jistou neobratností končetin. V závažnějších případech pacient jen obtížně samostatně provádí běžné úkony, jako uchopování předmětů postiženou končetinou, používat příbor k jídlu, česat si vlasy apod. V nejtěžším stupni pacient vůbec nedokáže pohnout končetinou vlastní vůlí (Kalita, 2010). Včasné zahájená a pravidelná rehabilitace zde hraje klíčovou roli. Pacienti začínají cvičit už na nemocničním lůžku pod vedením fyzioterapeuta (Šupínová a Sklenková, 2018). V první fázi se fyzioterapeut věnuje především preventivním opatřením, které mají zabránit vzniku kontraktur pomocí tzv. antispastických vzorců. Ve druhé fázi fyzioterapeut provádí s pacientem různá cvičení založená na neurofyziologickém podkladě, která mají za cíl minimalizovat funkční postižení nemocného, a tím umožnit návrat soběstačnosti v běžných denních činnostech (FYZIOklinika s.r.o., © 2011–2021). Sestra nemůže nahradit práci fyzioterapeuta, ale i tak může udělat pro pacienta s pohybovým postižením velmi mnoho. Rehabilitační ošetřovatelství využívá základních pravidel fyzioterapie. Sestry tak uplatňují rehabilitační principy během provádění ošetřovatelských úkonů a snaží se všemi dostupnými prostředky zamezit vzniku komplikací a sekundárních změn (Chvojková a Hružíková, 2014, Lippertová-Grunerová, 2016.). Předcházíme především vzniku dekubitů, deformit kloubů a oběhových komplikací prostřednictvím správného polohování. Polohováním rozumíme pravidelné změny poloh na lůžku, v křesle nebo na

vozíku. Každá poloha musí být pro pacienta stabilní a pohodlná (Klusoňová, 2011). Pacient je zprvu polohován pasivně, kdy je nutné polohu udržovat pomocí polohovacích pomůcek. V nemocnicích se používají například polštáře, válce, kruhy, hranoly, korýtko či polštářky s perličkami. Postupně by pasivní polohování mělo přejít v polohování aktivní, kdy je pacient schopen udržet a měnit polohu sám, bez asistence ošetřujícího personálu a podpůrných pomůcek (Křivošíková, 2011). Mimo polohování můžeme do rehabilitačního ošetřovatelství zahrnout i postupnou vertikalizaci a mobilizaci pacienta, kondiční cvičení, dechovou gymnastiku, cévní gymnastiku ale i psychologickou podporu nemocného (Chvojková a Hruzíková, 2014).

Dalším častým následkem může být i tzv. dysfágie neboli porucha polykání. Incidence výskytu dysfágie u pacientů po iktu se udává od 20 % - 65 %. Projevovat se může pocitem vážnoucího sousta při polykání, bolestivostí při polykání až po úplnou neschopnost polknout pevnou i tekutou potravu (Konečný et al., 2015). Přibližně po 2-3 týdnech od vzniku CMP se polykání obvykle samo spontánně upraví, po devíti týdnech se už vrací k normálnímu perorálnímu příjmu 95 % pacientů. V některých případech může dysfágie přetrvávat a dlouhodobě tak ovlivňovat výživu a tím i zhoršovat kvalitu života pacienta (Václavík et al., 2015).

Následkem CMP mohou být i duševní poruchy. Nejčastěji se může u pacientů projevit deprese, která se obvykle rozvine během prvního roku až u jedné třetiny pacientů po CMP. Tuto rizikovou skupinu tvoří především pacienti, kteří již mají nějakou psychickou poruchu v anamnéze a také pacienti, kteří jsou výrazněji postiženi poruchami hybnosti a kognitivních funkcí (Novák, 2019). Na pacientovi lze vyzorovat určité změny v chování, které by mohli být ukazatelem, že pacient trpí depresí. Jedná se například o změny nálad, smutek, plačtivost, ztrátu zájmu či radosti z aktivit, které normálně přinášejí potěšení a uspokojení. Pacient trpí nedostatkem energie, je nadměrně unavený téměř každý den. Mohou se vyskytovat i poruchy spánku (Fryčová, 2013). Takový stav velmi komplikuje proces uzdravování a rehabilitaci pacienta (Novák, 2019).

1.1.8 Poruchy řeči vlivem cévní mozkové příhody

Po prodělání cévní mozkové příhody se vyskytují poruchy řeči u 40-60 % pacientů. Ve většině případů se u pacientů vyskytuje porucha zvaná afázie a dysartrie, nebo jejich kombinace (Konečný et al., 2017). Současná medicína zatím nedokáže předpovědět, zda a kdy se nemocný z afázie zotaví (Loughnan, 2019). Pacienti vnímají vzniklou poruchu

řeči obvykle stejně těžce, jako poruchu mobility. Narušená komunikační schopnost je totiž více či méně omezuje, má výrazný dopad na kvalitu jejich života a mezilidské vztahy (Lavoie et al., 2018) Neschopnost se dostatečně srozumitelně vyjádřit, či nerozumět svému okolí, je pro pacienta velmi náročné, zejména po psychické stránce (Kocábková a Vaňásková, 2012).

1.1.8.1 Afázie

Afázie je získaná porucha řeči, kdy dochází k narušení až ztrátě komunikační schopnosti mluvou, přičemž ale mluvidla nejsou poškozena. Afázie vzniká na podkladě poškození korových center řeči v mozku – v dominantní hemisféře. Těmito centry jsou Brocovo centrum (motorické), které řídí aktivní tvorbu řeči a Wernickovo centrum (senzorické), které zodpovídá za porozumění řeči (Kejklíčková, 2011). K poškození těchto center dochází nejčastěji z důvodu ischemické formy CMP, méně často následkem krvácení do mozkové tkáně. Afázie se tedy projevuje obvykle tak, že pacient buďto není schopen tvořit řeč, nebo mluvené řeči nerozumí (Neubauerová et al., 2017). Afázii můžeme rozdělit na několik typů, mezi které patří motorická afázie, senzorická afázie, amnestická afázie, sémantická afázie a totální neboli globální afázie (Konopáč, 2016).

Motorická afázie, též nazývána expresivní afázie, je poruchou, při níž nemocný není schopen plynule vyjadřovat své myšlenky mluvenou řečí, ale porozumění řeči zůstává převážně zachováno. Pacient tedy obvykle rozumí, co mu říkají druzí, ale při pokusu reagovat nastává problém. I přesto že ví, co chce sdělit a snaží se to vyjádřit, je to pro něj velmi obtížné a vyčerpávající (Neubauerová et al., 2017). Tento typ afázie působí často nejhůře na psychiku pacienta, protože si svůj stav dobře uvědomuje. Myšlení má v pořádku, ale jakákoliv snaha o výslovnost obvykle končí vyslovením jiné hlásky, než zamýšlel. Čtení textu také pacient poměrně zvládá a textu převážně rozumí, ale jeho hlasitou reprodukce už nezvládne (Konopáč, 2016).

Senzorická afázie je charakterizována jako narušení schopnosti porozumění řeči. Pacient tedy může být schopen mluvit, ale nerozumí tomu, co mu říkají ostatní. Pro pacienta je to jako by na něj všichni mluvili cizím jazykem (Kejklíčková, 2011). V horším případě pacient přestane poznávat i jiné zvuky, než jsou slova. Nedokáže určit význam zvuků, které dříve znal, např. nepozná kokrhání kohouta, nepozná zvuk klaksonu auta apod. Verbální komunikace s pacientem, který trpí čistě senzorickou afázií je v podstatě nemožná, jelikož nám pacient nerozumí a jeho projev obsahuje nelogičnosti a nesmyslná

slovní vyjádření. Ani písemný projev pacienta obvykle není možný, často zaměňuje písmena, nebo některá zcela chybí. Pokud ovšem použijeme vlastní text napsaný na papíře, pacient jej zvládne přečíst. Čtecí schopnost obvykle zůstává zachována. K neporozumění negativně přispívá i volení složitých slov, hluk v místnosti či jiné rušivé podněty (Konopáč, 2016).

Při amnestické afázii pacient mluvené řeči sice rozumí, ale má problém s vybavováním si názvů, slov, osob nebo činností. Často uvádí, že to „*má na jazyku*“, ale nemůže si na výraz vzpomenout či se mu vybavují jen nesprávná slova. Jedná se o relativně nejlehčí formu afázie (Konopáč, 2016).

Označením sémantická afázie rozumíme poruchu, kdy má pacient obtíže s vyjádřením a chápáním pojmů, které jsou abstraktní. Jedná se například o náznaky či metafory užívané ve větě (Kejklíčková, 2011).

Globální afázií rozumíme kombinaci plné motorické a senzorické afázie. Jde o velmi těžkou poruchu, kdy pacient nedokáže používat řeč a ani nerozumí řeči ostatních. Někdy pacient dokáže vyslovit určitá slova či slabiky, ty ale obvykle nijak nesouvisí s danou situací. Nevládá slova ani opakovat. Při globální afázii pacient obvykle nevládá ani číst, psát a počítat (Neubauerová et al., 2017).

Jednotlivé typy afázií nebývají přítomny čistě jednotlivě, obvykle dochází k jejich mísení. Současně bývají také zasaženy schopnosti jako je čtení neboli dyslexie, psaní (odborně dysgrafie až agrafie), kreslení, malování či počítání (dyskalkulie) (Kejklíčková, 2011). Ve velmi závažných případech může dojít až k úplné ztrátě všech jazykových schopností. Pacient je tak zbaven svého mateřského jazyka a musí se tedy učit zcela od začátku rozumět češtině, mluvit, číst a psát (Neubauerová et al., 2017).

1.1.8.2 Dysartrie

Dysartrie označuje poruchu motorické realizace řeči z důvodu porušení hybnosti mluvidel. Je narušena schopnost nemocného plně ovládat pohyby mluvidel při mluveném projevu. Podobně mohou být ovlivněny i oblasti jako správné dýchání, tvorba hlasu intonace řeči a artikulace. Dysartrie je také často doprovázena dysfágií – poruchou polykání. Rozlišujeme dysartrii flacidní, spastickou, ataktickou a smíšenou (Konopáč, 2016).

Flacidní dysartrie vzniká při poškození mozkových nervů, které inervují řečové mechanismy. Dochází k ochabnutí svalstva oblasti mluvidel (Lechta, 2011). Pacientova řeč bude tichá, nezřetelná, můžeme ji označit jako huhňání či mumlání. Kvůli ochablým svalům neudrží v puse tekutiny ani jídlo, těžko potravu žvýká a často mu vypadává z úst. Hrozí riziko aspirace sousta či nápoje (Konopáč, 2016).

Spastická dysartrie se u pacienta projevuje jako velmi tuhá, drsná, často hlučná mluva. Mluvení je pro nemocného namáhavé, pracné a pomalé. Tento typ dysartrie vzniká při postižení oblasti mezi mozkovou kůrou a prodlouženou míchou (Konopáč, 2016).

Mluva u pacienta s ataktickou dysartrií je značně zpomalená, výslovnost nepřesná, „*plete se mu jazyk*“. Kromě řečových potíží je u nemocného přítomna i porucha koordinace pohybů (Lechta, 2011). Podobností projevů bychom mohli tuto poruchu přirovnat ke stavu opilosti. Je to z důvodu zasažení právě oblasti mozečku a jeho drah, který je lehce ovlivnitelný i působením alkoholu (Konopáč, 2016).

Smíšenou dysartrií, nazývanou také kombinovaná dysartrie, označujeme existenci projevů různých typů dysartrie současně u jednoho pacienta (Hanáková, 2010).

1.2 Specifika komunikace s pacientem po cévní mozkové příhodě

„*Pro člověka je komunikace jednou z nejdůležitějších potřeb života*“ (Hanáková, 2016 s. 38). Komunikace je proces, při kterém dochází k přenosu a výměně informace od jednoho člověka k druhému. Přenos informace může být realizován mluvenou, psanou, obrazovou nebo činnostní formou (Zacharová, 2016). V rámci ošetrovatelské péče hraje komunikace nezastupitelnou a nesmírně důležitou roli. Slouží nám jako nástroj pro navázání a rozvíjení kontaktu s nemocným (Zacharová, 2017). Sestra by měla zvládnout přizpůsobit ošetrovatelskou péči specifickým zvláštnostem pacienta, který utrpěl cévní mozkovou příhodu. Dalším předpokladem sestry je empatie neboli schopnost vcítit se do prožívání druhého člověka, tedy pacienta. Vcítit se do toho, co právě prožívá, jak se cítí, jak nahlíží na svou nemoc a přizpůsobit tomu své jednání (Zacharová, 2016).

1.2.1 Komunikace v profesi sestry

V současné době, kdy se oblast medicíny a ošetrovatelství neustále vyvíjí a mění, rostou i požadavky na znalosti a dovednosti sester. Kromě poskytování ošetrovatelské péče pacientům, je důležitým předpokladem všeobecné sestry i schopnost pečovat o stránku

duševní a náležitě profesionálně komunikovat nejen s pacientem, ale i s jeho rodinnými příslušníky. Na správně vedené komunikaci a zájmu o komunikaci závisí úspěch léčby a spokojenost jak pacienta, tak i sestry (Zacharová, 2016).

Zacharová (2016, s. 101) ve své knize uvádí tuto definici profesionální komunikace sestry: „*Komplexní a náročná zručnost, která vede k osvojení takových způsobilostí a dovedností, jež umožňují sestře sociální interakci a komunikaci nejen začít, ale i rozvíjet a ukončit.*“ Všeobecné sestry i ostatní zdravotničtí pracovníci se komunikační dovednosti učí již v rámci přípravy na své povolání. Nicméně i poté by se sestra měla v tomto směru neustále vzdělávat a prohlubovat tak své komunikační dovednosti a znalosti, které pak může využít ve své praxi (Zacharová, 2017).

1.2.2 Verbální komunikace

Verbální komunikace znamená formu dorozumívání pomocí slov a jazyka. Prostřednictvím verbální komunikace může jedinec sdělovat své myšlenky, pocity a přání, ať už ve formě mluveného nebo psaného slova. V ošetrovatelství je verbální komunikace důležitým aspektem (Plevová a kol., 2019). Předpokladem pro úspěšnou verbální komunikaci mezi sestrou a pacientem je navození důvěrné atmosféry s absencí obav a nejistot. Aby takové prostředí mohlo vzniknout, je důležité respektovat určitá pravidla. Jedná se například o holistický a individuální přístup k pacientovi. Každý pacient si zaslouží ohleduplný, taktní přístup a naši úctu a respekt. Je to totiž právě sestra, kdo komunikuje s pacientem nejčastěji. Informuje ho, edukuje, přesvědčuje, motivuje apod. Síla slov je obrovská. Mohou pacienta povzbudit, potěšit, ale mohou i velmi ublížit. Proto se slovy musí sestra zacházet opatrně. Co bylo jednou vyřčeno, nelze vzít zpět (Hanáková, 2016).

1.2.3 Neverbální komunikace

Přestože v komunikaci zastupuje první místo především verbální projev, lidé se dorozumívají i bez použití slov. Neverbální komunikací tedy rozumíme to, co vyjadřujeme a sdělujeme beze slov. Jedná se o tzv. řeč těla, tedy například pohyby končetin, postoje těla, výraz ve tváři, pohled očí, tón hlasu apod. (Hanáková, 2010). V oblasti ošetrovatelství nám může pacient sdělovat mnohé prostřednictvím neverbálních projevů. Pacient po CMP prochází nelehkou životní situací. Pokud se nedokáže vyjadřovat pomocí slov, můžeme prostřednictvím neverbální komunikace zaznamenat

jeho postoje, náladu, emoční naladění. Je potřeba si těchto projevů všimnout, dokázat jim naslouchat a vhodně na ně reagovat (Pešek a Praško, 2016).

V oblasti neverbální komunikace s pacientem po CMP by sestra měla znát a chápat pojmy jako proxemika, haptika, gestika či mimika. Proxemika označuje fyzickou a prostorovou vzdálenost člověka k jinému člověku. Jde tedy o vzdálenost, jakou si mezi sebou drží sestra a pacient. Intimní zóna je pro člověka velmi důležitá a jedinec si ji obvykle chrání (Pešek a Praško, 2016). Jakmile se ale člověk ocitne v roli pacienta, je tato intimní oblast do určité míry narušena právě sestrou. Proto by sestra měla vždy intimní zónu pacienta respektovat, a před jakýmkoli úkonem, který tento prostor narušuje, by měla s pacientem komunikovat a včas ho informovat o jaký úkon se bude jednat, popřípadě i jak dlouho bude trvat. Ať už se jedná o hygienu či odborné výkony. Pokud pacient mluvenému slovu nerozumí, sestra by se měla vždy snažit nalézt alternativní způsob komunikace (Zacharová, 2016).

Haptika znamená komunikování prostřednictvím dotyků. Dotykem vyjadřujeme vztah ke druhé osobě (Pešek a Praško, 2016). V kontextu ošetrovatelské péče o pacienta po CMP jsou dotyky vhodné k vyjádření pochopení, povzbuzení, soucítění. Jedná se např. o pohlazení rukou, podržení za ruku či objetí. Takové dotyky mohou mít pro některé pacienty velký význam. Nutné je ovšem správně zhodnotit situaci, kdy je taková forma kontaktu vhodná a kdy nikoliv (Zacharová, 2016).

Mimika je komunikace pomocí výrazů obličeje. Výraz ve tváři člověka odráží to, co se v něm momentálně děje, co prožívá. Svým obličejem vysíláme určité signály svému okolí. Zacharová (2016, s. 61) ve své knize uvádí 7 druhů lidských emocí, které lze spolehlivě vyčíst z výrazu obličeje. Jedná se o „*šťěstí – nešťěstí, radost – smutek, klid – rozčílení, zájem – nezám, spokojenost – nespokojenost, neočekávané překvapení – splněné očekávání, pocit jistoty – strach*“. Při komunikaci s pacientem by sestra neměla opomíjet ani oční kontakt. Pohled z očí do očí dává pacientovi najevo, že jej vnímá a to, co jí sděluje, je předmětem jejího zájmu. Doporučuje se, aby byl oční kontakt mezi komunikujícími osobami udržován alespoň 70 % času trvání komunikace. Všeho by ale mělo být s mírou. Příliš upřený oční kontakt může být druhému člověku nepříjemný, stejně tak jako jen pouhé letmé pohledy. To může symbolizovat projev nezám či nervozity. Během rozhovoru je rovněž považováno za neslušnost sledovat čas na hodinkách či mobilním telefonu (Pešek a Praško, 2016).

Gestiku lze dle Zacharové (2016, s. 62) definovat jako „*nauku o pohybové činnosti člověka*“. Gesta jsou sdělovacím prostředkem, umožňují člověku zdůraznit nebo doplnit jeho verbální projev. Mohou jej i do určité míry nahradit. Gesta jsou projevoována především prostřednictvím rukou (pohyb ukazováčkem na pokyn pro přivolání, pohyb ruky pro pozdrav, zaťaté pěsti apod.) (Pešek a Praško, 2016). Dalším typickým gestem je pohyb hlavy. Pohybem hlavy lze v komunikaci vyjádřit souhlas či nesouhlas. Pomocí gest může pacient alespoň základně komunikovat i v případě, kdy je narušena jeho schopnost mluvené řeči (Zacharová, 2016).

1.2.4 Logopedická péče o pacienta po cévní mozkové příhodě

Pacient trpící jakoukoli náhle vzniklou poruchou řeči se ocitá v nové a velmi nepříjemné, stresové situaci. Schopnost, kterou dříve plně a bez přemýšlení ovládal, je narušena, či úplně pryč. Taková situace v člověku vyvolává strach a úzkost. Nemocný může mít strach i ze svého projevu, a tak se může stát, že se bude snažit svůj verbální projev omezit, nebo dokonce raději nemluvit vůbec. Postižení řečové schopnosti může tedy vést až k sociální izolaci (Vágnerová, 2012, s. 245). Z tohoto důvodu by měl být pacient po CMP co nejdříve veden ke komunikaci. Proto, aby komunikace měla potenciál k úspěšnosti, je nutné vytvořit vhodné komunikační prostředí s častými stimuly, a to nejen ze strany všeobecných sester, ale i všech ostatních členů ošetřujícího personálu. Důležitou součástí tohoto týmu zahrnuje účast klinického logopeda na pracovišti. Klinický logoped provádí diagnostiku a terapii poruch řeči. Využívá k tomuto účelu různých testů, podle kterých hodnotí u pacienta kvalitu slovního projevu, schopnosti porozumění mluvené řeči, psané řeči a čtení (Juříková, 2013). Jeho role by měla spočívat i v předání zjištěných informací o dané poruše a instrukcí pro vhodnou komunikaci u konkrétního pacienta ošetřujícímu personálu a taktéž rodinným příslušníkům pacienta (Lechta, 2011). Sestra by si však měla být vědoma i určitých zásad, jak se k pacientovi s poruchou řeči chovat.

1.2.5 Zásady komunikace s pacientem s poruchou řeči

První a nejdůležitější zásadou, kterou bychom měli mít stále na paměti je, že jednáme s inteligentním dospělým člověkem. Nikdy se k němu nesmíme chovat jako k dítěti, přesto, že někdy může v projevech dítě připomínat (Hanáková, 2016, s. 42). Je vhodné mluvit pomalu a v krátkých větách. Sestra by se měla vyvarovat dlouhým souvětím a užívání odborných výrazů. Při rozhovoru by měla sestra zpočátku klást spíše takové otázky, na které je možnost odpovědět ano/ne, popřípadě kývnutím hlavy hlavou nebo

mimikou obličeje – mrkáním apod. Dobré je, pokud jí při projevu pacient vidí na ústa a má možnost pochytit slova odezíráním ze rtů. Odezírání je vhodné používat i naopak, tedy kdy sestra sleduje ústa pacienta snažíc se pochytit to, co jí chce nemocný sdělit. V místnosti by neměl být hluk či jiné rušivé zvuky vycházející například z televize či rádia (Powell, 2010).

Základním předpokladem pro efektivní komunikaci je i trpělivost. Pacienti s narušenou schopností mluvit, potřebují čas. Obvykle je jejich projev zdoluhavý, mluví pomalu nebo mají potíže s hledáním správných slov (Powell, 2010). Sestra by měla zůstat profesionální a nechovat se podrážděně či vykazovat známky netrpělivosti. Od sestry se vyžaduje empatické naslouchání a porozumění verbálním i neverbálním projevům pacienta. Měla by odolat pokušení mluvit za pacienta a dokončovat jeho větu (Plevová a kol., 2019). Pacient by měl dostat prostor, aby mohl formulovat své myšlenky a postupně tak pracovat na zlepšení. Sestra by také neměla předstírat, že tomu, co řekl pacient, rozumí, když ve skutečnosti nerozumí. Ve výsledku takové jednání vede akorát k frustraci, jak pacienta, tak i sestry. Naopak pokud sestra pacientovi rozumí, může mu pomoci i tím způsobem, kdy zopakuje to, co už pacient říkal a dá mu prostor k dokončení věty. Jako příklad můžeme uvést větu typu: „Říkal jste, že se váš otec jmenuje.. jak?“ (Powell, 2010).

Při kontaktu s pacientem by sestra, ale ani veškerý ošetřující personál, neměli zapomínat také na určitou taktnost a ohleduplnost. Nikdy bychom se neměli chovat v přítomnosti člověka s poruchou řeči, jako by tam nebyl, nebo jako kdyby byl hloupý. To, že někdo není schopen tvořit řeč, neznamená, že je méně inteligentní. Své chování by měla sestra držet pod kontrolou. Necitlivý přístup z její strany může v pacientovi vzbuzovat nedůvěru, pocit méněcennosti a ponížení s následnou neochotou dále komunikovat (Powell, 2010).

1.2.6 Alternativní prostředky a pomůcky ke komunikaci

Při komunikaci mezi sestrou a pacientem často pomůže, pokud naleznou nejvhodnější způsob komunikace, kterého se pak drží všichni členové ošetřovatelského týmu. Klinický logoped může být nápomocný při edukaci týmu a doporučí vhodné pomůcky (Lechta, 2011). Různé pomůcky ke komunikaci mohou být velmi nápomocné, a proto si jich zde několik uvedeme.

PAPÍR A TUŽKA

Nejjednodušší způsob komunikace, který je svou nenáročností dostupný v jakémkoli zařízení. Je vhodný v případech, kdy pacient vlivem CMP trpí dysartrií, kdy zůstává schopnost čtení a psaní zachována. Je aplikovatelných i u pacientů s afázií. Ti mají obvykle zachovanou schopnost čtení, psát už ale obvykle nezvládají (Kejklíčková, 2011). Alternativou pro papír a tužku může být používání stíratelné tabulky na psaní a fixu (Dow et al., 2018).

KOMUNIKAČNÍ TABULE

Komunikační tabuli tvoří obvykle několik obrázků, které mohou symbolizovat různé předměty nebo činnosti. Pro účely pacientů by nemocniční zařízení měla být vybavena komunikačními tabulemi, které nejčastěji obsahují obrázky tváří či konkrétních situací, pomocí kterých nám může pacient ukázat, co cítí, nebo co potřebuje. Na komunikační tabuli by měl patřit symbol pro náznak žízně, hladu, nepohodlí, potřebu toalety, změnu polohy, zimu, horko, ale také alespoň pár symbolů pro naznačení různých příznaků jako např. nevolnost, bolest hlavy, bolest v krku, pocit dušnosti apod. Komunikační tabule může obsahovat i abecedu (Dow et al., 2018).

AFATICKÝ SLOVNÍK

Velice vhodnou a doporučovanou pomůckou pro pacienty trpící afázií především v počátcích léčby je afatický slovník. Jedná se o obrázkový slovník, který je určen především pro dospělé pacienty, který má za cíl především rozvíjet slovní zásobu pacienta po CMP a tím pomáhá k rozvoji další komunikace pacienta. Tento slovník je možné používat jak v tištěné, tak elektronické podobě. Afatický slovník obsahuje obrázky zobrazující podstatná jména, přídavná jména, slovesa a situace (Dohnálek, 2011).

CHYTRÁ ZAŘÍZENÍ

Ve 21. století využití moderní techniky výrazně vzrostlo a stále se rozšiřuje a zdokonaluje. V oblasti komunikace je možné používat tzv. chytrá zařízení. Chytré zařízení představuje mobilní telefon, tablet či počítač. Jde o velmi moderní a stále častější pomůcku a způsob komunikace (Lavoie et al., 2015, Sitren a Vallila-Rohter, 2019). Vznikají různé interaktivní aplikace a programy na procvičování řeči a rozvíjení slovní zásoby u osob s narušenou komunikační schopností. Tyto terapeutické programy jsou plné praktických

cvičení, které si jejich uživatelé mohou vyzkoušet prostřednictvím dotykového rozhraní, v doprovodu vizuálních a sluchových efektů. Výhodou těchto programů je, že je pacienti mohou využívat pohodlně na svém zařízení, a to i po propuštění z nemocnice. Mohou tak dlouhodobě pokračovat ve zlepšování svých řečových a dorozumívacích schopnostech (Sitren a Vallila-Rohter, 2019).

V České republice můžeme zaznamenat relativně nově vzniklou aplikaci pro mobilní telefony a tablety, která neslouží primárně ke komunikaci, ale může být velice prospěšnou pomůckou pro osoby s afázií po CMP. Aplikace nese název „*AfaSlovník*“. Podstatou aplikace je pomoci pacientovi trénovat slovní zásobu, vyjadřování a porozumění okolí, aby se dokázal co nejrychleji vrátit zpět do běžného života. Aplikace je určena dospělým osobám, odpovídá tak jejich potřebám (Brzybohatá, 2019).

Druhá významná aplikace pro chytrá zařízení vzniklá v ČR pochází od staniční sestry Neurologického oddělení Vítkovické nemocnice v Ostravě. Nápad na vznik aplikace se jí zrodil v hlavě už během bakalářského studia. Později se jí za pomoci týmu vývojářů ze společnosti Famiredo podařilo vizi uskutečnit. Aplikace se jmenuje „*Dotazník – posouzení zdraví*“ a je zcela bezplatná a dostupná na jakémkoli zařízení se systémem Android. Aplikace slouží k usnadnění komunikace mezi sestrou a pacientem, zejména při odebírání vstupní ošetřovatelské anamnézy. Pacient komunikuje prostřednictvím doteků a piktogramů na obrazovce. Použití této aplikace zkrátí délku získávání ošetřovatelské anamnézy, oproti klasickému způsobu, až na třetinu. Aplikace vychází z modelu Marjory Gordonové, obsahuje celkem 11 oblastí zdraví. Výsledkem jsou tedy komplexní a ucelené informace o pacientovi, které umožňují celkové posouzení jeho stavu, což se odrazí i na kvalitě ošetřovatelské péče (Medical tribune, 2017).

Mallet et al. (2016) na druhou stranu uvádí i jisté potenciální překážky pro používání chytrých zařízení v praxi. Zmiňuje například bariéry ze strany pacienta. Záleží na rozsáhlosti CMP a vážnosti pacientova stavu, na přidružených následcích, které s sebou CMP může přinést. Konkrétně se jedná především o poruchy vidění a poruchy pohyblivosti. Svou roli sehrává i věk pacienta a jeho ochota přizpůsobit se novým, někdy pro něj i dosud neznámým technologiím, zvláště pokud se jedná o pacienty vyššího věku. Další překážkou může být složitost programů a aplikací, nevybavenost pracovišť chytrými zařízeními nebo i dostupnost a spolehlivost místního bezdrátového připojení k internetu, ať už v nemocnici, nebo doma.

Používání chytrých tabletů bylo potvrzeno jako účinná metoda, především v oblasti terapie afázie. Ačkoli je zapotřebí provést v tomto směru ještě více studií, je používání nových technologií a programů nepochybně slibným přístupem ke zlepšení komunikačních dovedností pacientů s afázií, zejména zaměřením na slovní zásobu, která je pro ně důležitá pro fungování v každodenním životě (Lavoie et al., 2019). Alternativní prostředky a pomůcky by však neměli sloužit jako náhrada, ale především podpora, případně doplnění slovního projevu, i když je jen částečný (Kejklíčková, 2011).

2. CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY

2.1 Cíle práce

Cíl 1: Zjistit, zda sestry používají nějaké pomůcky při komunikaci s pacienty po CMP.

Cíl 2: Zmapovat, jaké pomůcky jsou používány sestrami při komunikaci s pacienty po CMP.

Cíl 3: Zmapovat povědomí sester o moderních metodách usnadňující komunikaci s pacientem po CMP.

2.2 Hypotézy

H1: Sestry pracující na neurologických odděleních používají pomůcky ke komunikaci s pacientem po CMP více než sestry pracující na jiných odděleních.

H2: Sestry do 30–ti let věku mají větší povědomí o moderních metodách usnadňující komunikaci s pacienty po CMP než sestry věkově starší.

3. METODIKA

3.2 Použitá metoda a technika sběru dat

Sběr dat potřebný pro zpracování empirické části této bakalářské práce proběhl prostřednictvím kvantitativního výzkumného šetření. Zvolila jsem metodu dotazování, kdy technikou sběru dat byl dotazník, který je zobrazen v příloze č.1. Dotazník obsahoval celkem 21 otázek, které byly otevřené, polootevřené a uzavřené. Otevřené otázky jsem použila za účelem zcela volného vyjádření respondentů o možnostech rozvíjení komunikace pacienta po CMP a k vyjmenování pomůcek, které sestry v komunikaci s pacientem využívají. Polootevřené otázky umožnily respondentům vybrat z daných možností a případně doplnit svou vlastní odpověď. Uzavřené otázky obsahovaly konkrétní odpovědi, ze kterých bylo možné vybrat pouze jednu či více možností. Prvních 5 otázek mělo identifikační charakter, sloužící k rozlišení výzkumného souboru. Ostatní otázky měly za cíl odhalit četnost výskytu poruch řeči u pacientů po CMP, spolupráci s klinickým logopedem, používání kompenzačních pomůcek pro komunikaci a způsoby komunikace mezi sestrou a pacientem po CMP. V závěru dotazníku jsem zjišťovala povědomí sester o moderních aplikacích usnadňující komunikaci. Dotazník byl vytvořen dvojím způsobem. Prvním způsobem bylo použití programu Microsoft Word s následným vytištěním dotazníků do papírové podoby. Tyto dotazníky jsem osobně zanesla na oddělení následné péče, neurologické oddělení a rehabilitační oddělení Nemocnice Tábor, a.s. se souhlasem hlavní sestry, vrchních sester a staničních sester jednotlivých oddělení. Schválená žádost o výzkum k nahlédnutí u autorky práce. Druhým použitým způsobem bylo zanesení otázek dotazníku do online verze na adrese www.survio.com. Odkaz na dotazník jsem následně zveřejnila s prosbou o vyplnění na nejmenovaných sociálních sítích, kde se sdružují všeobecné i praktické sestry z různých odvětví zdravotnictví.

3.3 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor byl tvořen sestrami, které se ve své praxi setkávají s pacienty po CMP. Papírová forma dotazníku byla distribuována sestrám z neurologického oddělení, rehabilitačního oddělení a oddělení následné péče Nemocnice Tábor, a.s.. Z dalších oddělení se zapojily do výzkumného šetření sestry pracující z interních oddělení, chirurgických oddělení, interních JIP, iktového centra, domova pro seniory, terénní domácí péče a hospicové péče. Dotazník byl distribuován fyzicky (papírová podoba) i

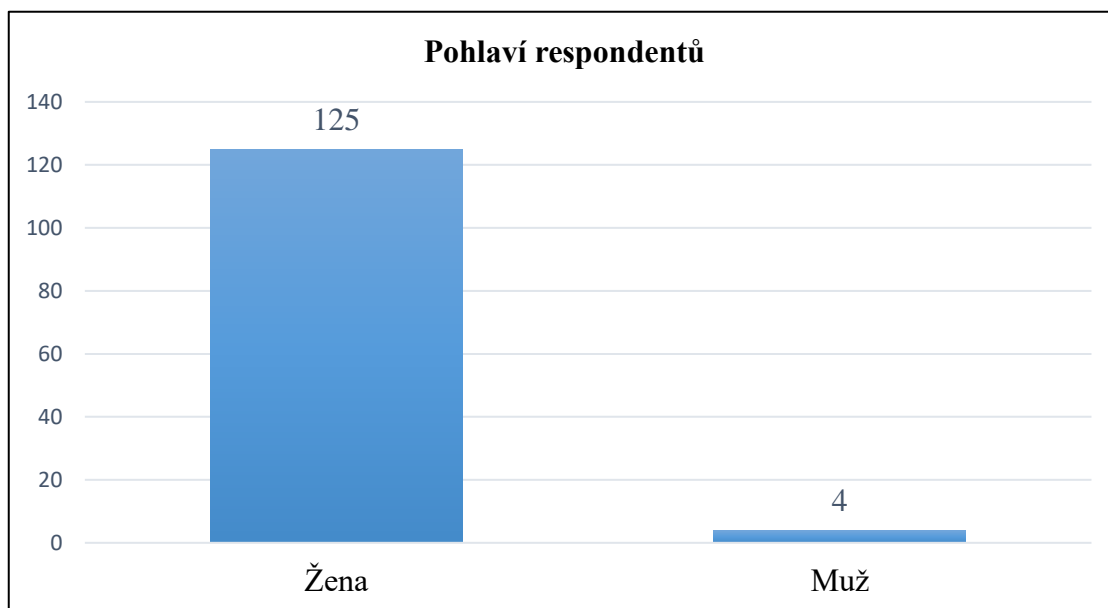
online. Papírových dotazníků bylo rozdáno celkem 45. Návratnost činila 30 kompletně vyplněných dotazníků, tedy 67 %. Na každé oddělení bylo rozdáno 15 dotazníků. Z neurologického oddělení jsem získala 10 vyplněných dotazníků, z oddělení následné péče 12 dotazníků a z rehabilitačního oddělení 8 dotazníků. Online formou dotazníku jsem získala odpovědi od 99 respondentů. Konkrétní zařazení respondentů dle oddělení viz graf č.4. Analýza výsledků byla provedena souhrnem veškerých odpovědí, které tvoří celkem 129 vyplněných dotazníků (100 %), z čehož 77 % bylo získáno online formou a 23 % papírovou formou.

4. VÝSLEDKY VÝZKUMU

Výsledky výzkumného šetření byly zaznamenány do grafů (graf č. 1–21) a dvou tabulek (tab.1 a tab.2). V druhé části bylo provedeno statistické testování hypotéz.

4.1 Grafické výsledky výzkumu

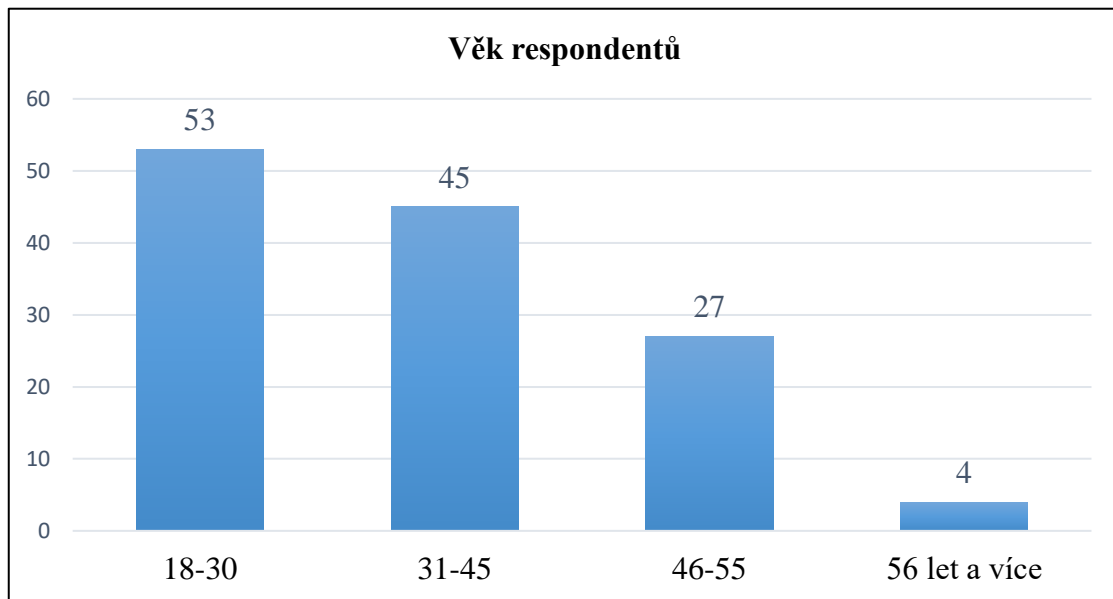
Graf č. 1 – pohlaví respondentů



Zdroj: vlastní výzkumné šetření

První otázka dotazníku měla čistě identifikační charakter. Z celkového počtu 129 respondentů odpovědělo 125 žen (96,9 %) a 4 muži (3,1 %).

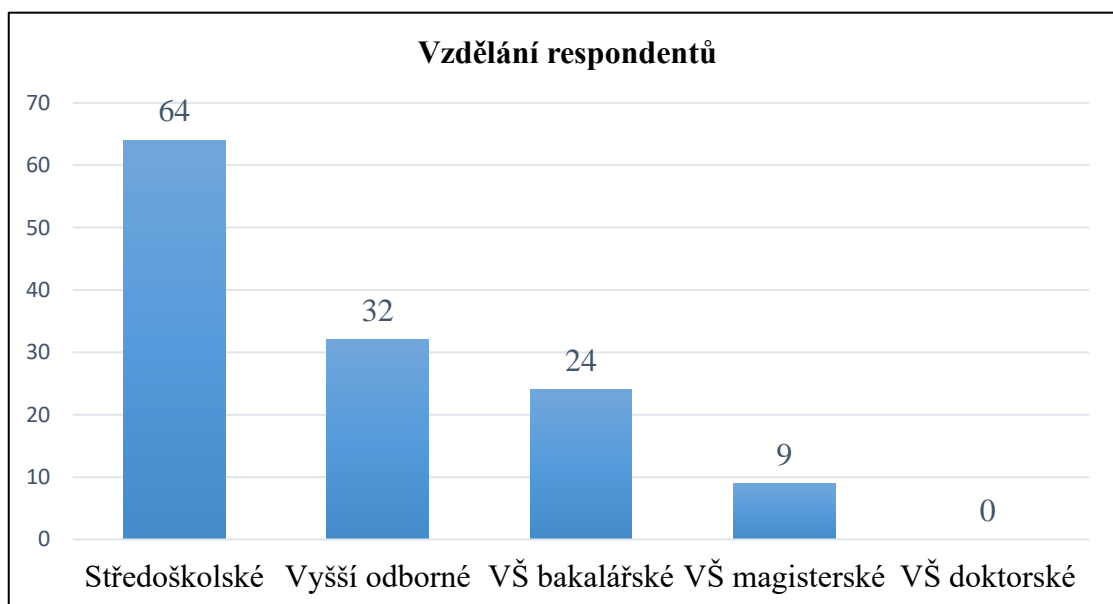
Graf č. 2 – Věk respondentů



Zdroj: vlastní výzkumné šetření

Z grafu vyplývá, že nejvíce zúčastněných respondentů se pohybuje věkově v rozmezí 18-30 let v počtu 53 (40,6 %). Následoval věk 31-45 let s obsazením 45 respondentů (35,2 %), 46-55 let s 27 respondenty (21,1 %) a v poslední kategorii 56 let a více se vyskytují pouze 4 respondenti (3,1 %).

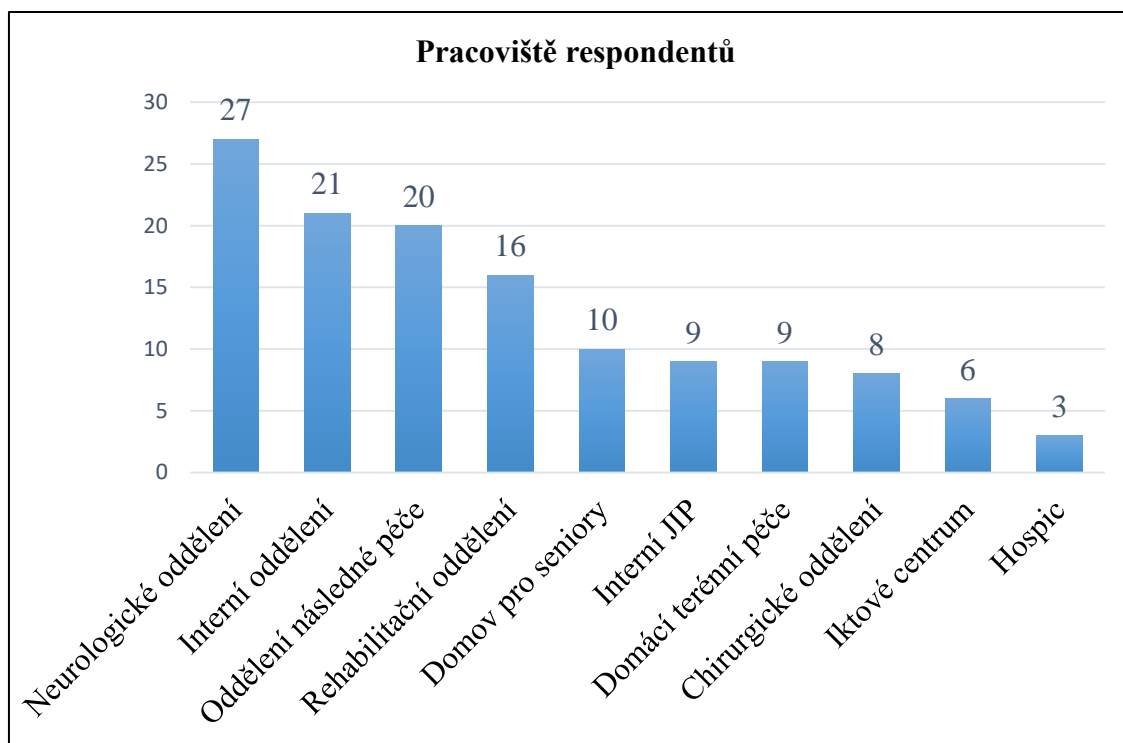
Graf č. 3 – Vzdělání respondentů



Zdroj: vlastní výzkumné šetření

Z grafu vyplývá, že 64 respondentů (49,6 %) z celkového počtu 129 (100 %) má nejvyšší dosažené vzdělání středoškolské. 32 respondentů (24,8 %) dosáhlo vyššího odborného vzdělání. 24 dotazovaných (18,6 %) vystudovalo vysokoškolský bakalářský obor a 9 (7,0 %) získalo magisterský titul. Vysokoškolské doktorské studium nedokončil žádný z dotazovaných.

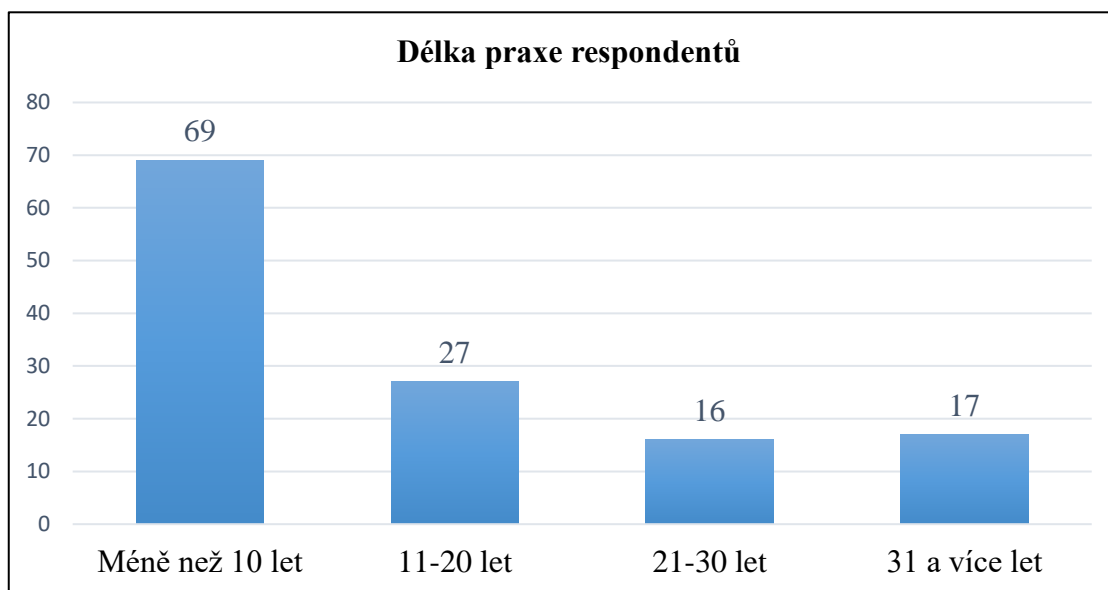
Graf č. 4 – Pracoviště respondentů



Zdroj: vlastní výzkumné šetření

Cílem této otázky bylo zjistit, na jakých odděleních či v jakých zdravotnických zařízeních respondenti pracují. V dotazníku jsem zadala pouze možnost Neurologické oddělení, Rehabilitační oddělení a Oddělení následné péče. Uvedla jsem i kolonku *Jiné*, pro doplnění oddělení nebo zdravotnického zařízení, kde se mimo tyto 3 uvedené pracoviště ještě setkávají sestry s pacienty po CMP. Z celkového počtu 129 (100 %) pracuje nejvíce respondentů na neurologických odděleních v počtu 27 (20,9 %). Interní oddělení je zastoupeno 21 respondenty (16,3 %), oddělení následné péče v počtu 20 (15,5 %), rehabilitační oddělení v počtu 16 (12,4 %), domov pro seniory v počtu 10 (7,8 %), interní JIP v počtu 9 (7,0 %), domácí terénní péče v počtu 9 (7,0 %), chirurgické odd. v počtu 8 (6,2 %) a iktové centrum v počtu 6 (4,7 %). Nejméně zastoupenou skupinou jsou respondenti pracující v hospicovém zařízení v počtu 3 (2,3 %).

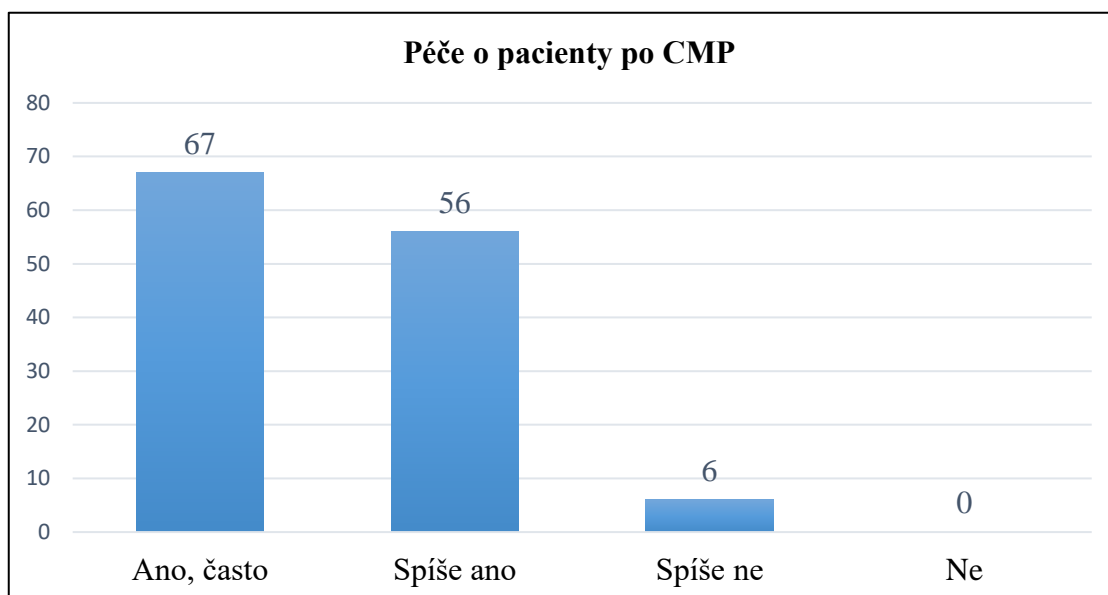
Graf č. 5 – Délka praxe respondentů



Zdroj: vlastní výzkumné šetření

Dle grafu můžeme vidět, že největší podíl respondentů - 69 (53,1 %) pracuje ve zdravotnictví méně než 10 let. 27 respondentů (21,1 %) pracuje 11-20 let, 16 respondentů (12,5 %) má praxi v rozmezí 21-30 let. 31 a více let praxe má již 17 respondentů (13,3 %).

Graf č. 6 – Péče o pacienty po cévní mozkové příhodě

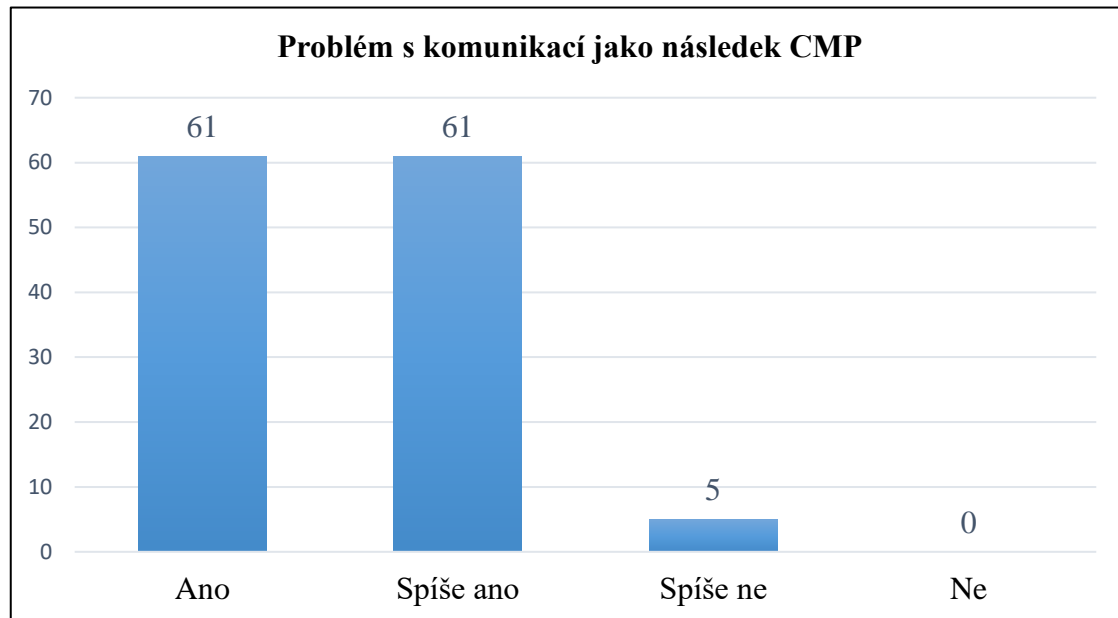


Zdroj: vlastní výzkumné šetření

V této otázce jsem zjišťovala, zda se sestry ve své praxi setkávají s pacienty po CMP. Z celkového počtu 129 odpovědí se 67 (51,9 %) dotazovaných s takovými pacienty

setkává často. 56 respondentů (43,4 %) odpovědělo spíše ano. Pouhých 6 respondentů (4,7 %) se s pacienty po CMP spíše neseťkává. Odpověď ne ne zvolil nikdo.

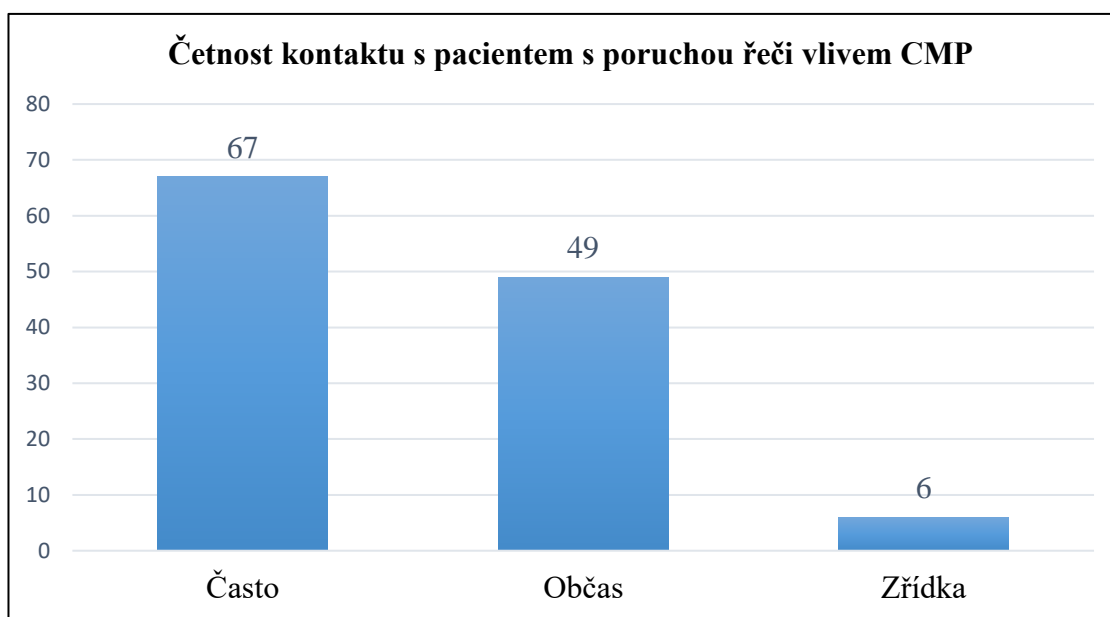
Graf č. 7 – Problém s komunikací jako následek cévní mozkové příhody



Zdroj: vlastní výzkumné šetření

Z grafu je patrné, že pacienti po CMP mívají následné problémy s komunikací. 61 respondentů (48 %) odpovědělo ano a stejný počet 61 (48 %) odpovědělo spíše ano. Pouhých 5 respondentů (3,9 %) spíše nepozoruje problém v komunikaci u pacientů jako následek CMP. Odpověď ne nevybral nikdo.

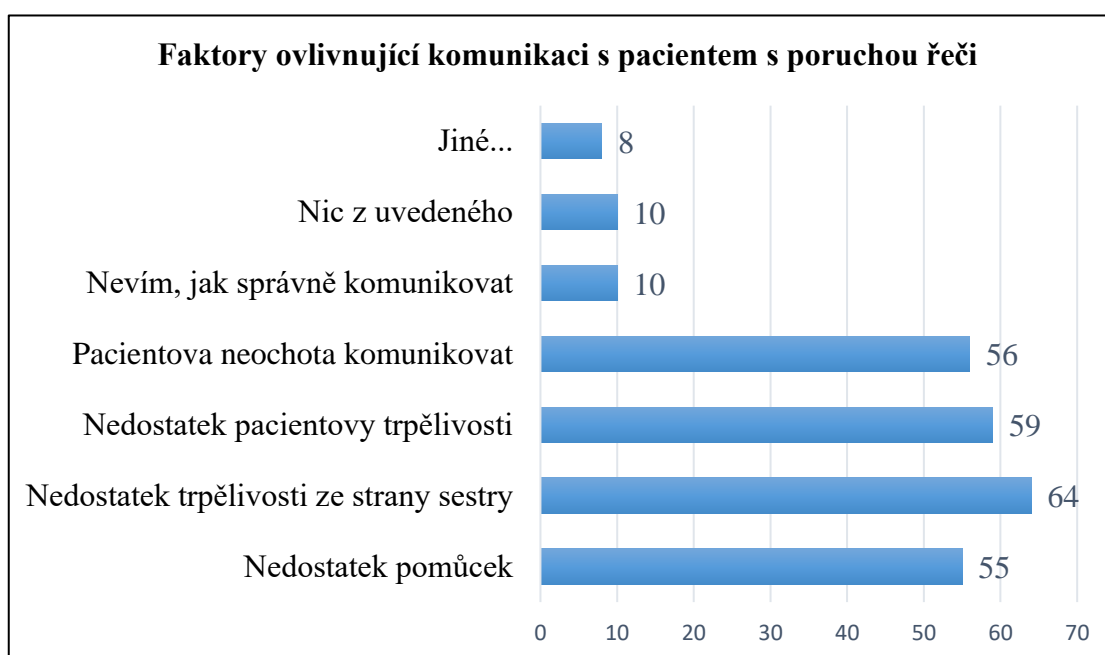
Graf č. 8 – Četnost kontaktu s pacientem s poruchou řeči vlivem cévní mozkové příhody



Zdroj: vlastní výzkumné šetření

V této otázce bylo cílem zjistit, jak často sestry přicházejí do kontaktu s pacienty s narušenou komunikační schopností po CMP. 67 respondentů (54,9 %) odpovědělo často, 49 respondentů (40,2 %) odpovědělo občas a pouze 6 dotazovaných (4,9 %) se s takovými pacienty setkává zřídka.

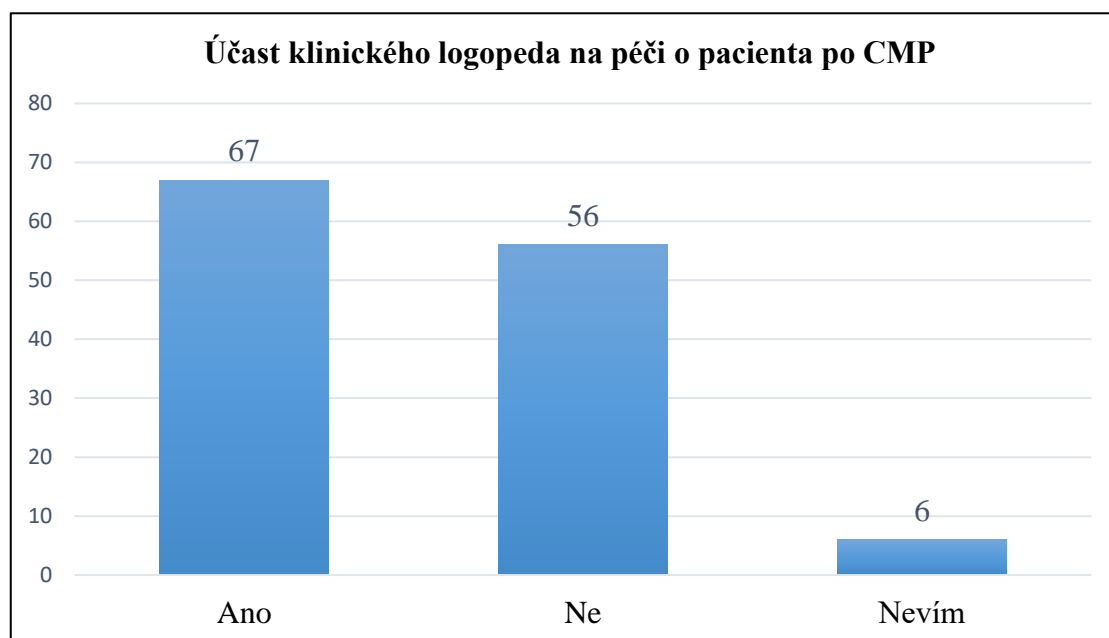
Graf č. 9 – Faktory ovlivňující komunikaci s pacientem s poruchou řeči



Zdroj: vlastní výzkumné šetření

K této otázce bylo možné označit jednu či více možností, se kterými se sestry nejvíce ztotožňují. Cílem bylo zvolit faktory, které dle respondentů ovlivňují komunikaci sestry a pacienta. Nejvíce hlasů v počtu 64 (50,4 %) získala možnost nedostatek trpělivosti ze strany sestry. Druhou nejčastější možností v počtu 59 (46,5 %) se stala odpověď nedostatek trpělivosti ze strany pacienta. Jako další faktor 56 respondentů (44,1 %) označilo pacientovu neochotu komunikovat. 55 respondentů (43,3 %) zvolilo nedostatek pomůcek jako ovlivňující faktor. 10 dotazovaných (7,9 %) uvedlo, že neví, jak správně komunikovat. 10 dotazovaných (7,9 %) se neztotožňuje s žádnou z uvedených možností. 8 respondentů (6,3 %) využilo možnost jiné pro doplnění své odpovědi. Těchto 8 respondentů uvedlo totožnou odpověď – nedostatek času.

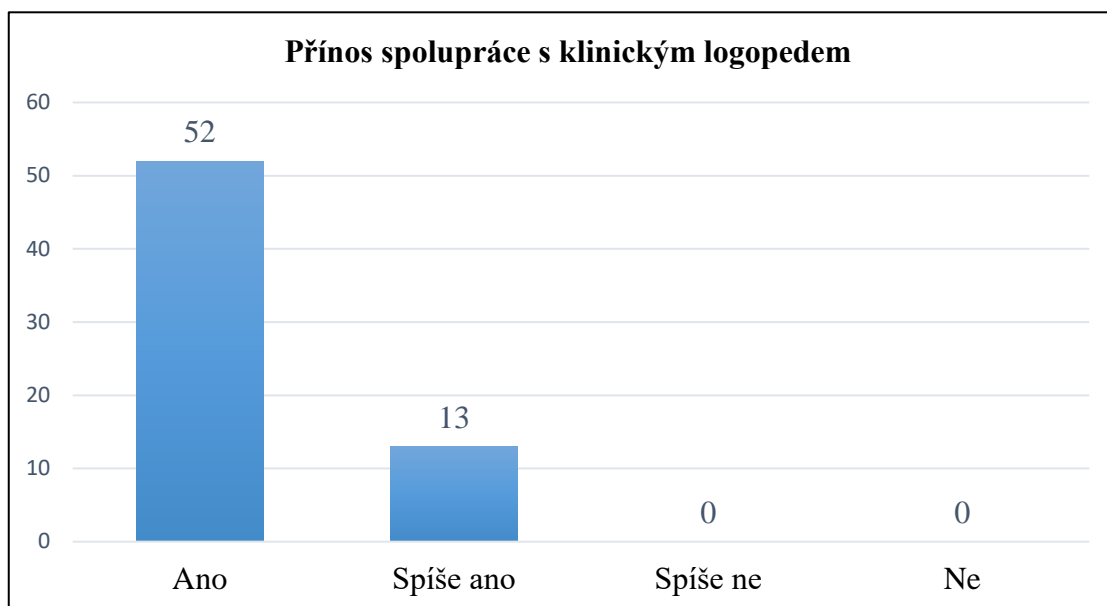
Graf č. 10 – Účast klinického logopeda na péči o pacienta po cévní mozkové příhodě



Zdroj: vlastní výzkumné šetření

Graf vypovídá o návštěvnosti oddělení klinickým logopedem. 67 respondentů (51,9 %) odpovědělo že klinický logoped dochází na jejich oddělení a 56 respondentů (43,4 %) odpovědělo, že je klinický logoped nenavštěvuje. 6 respondentů (4,7 %) neví.

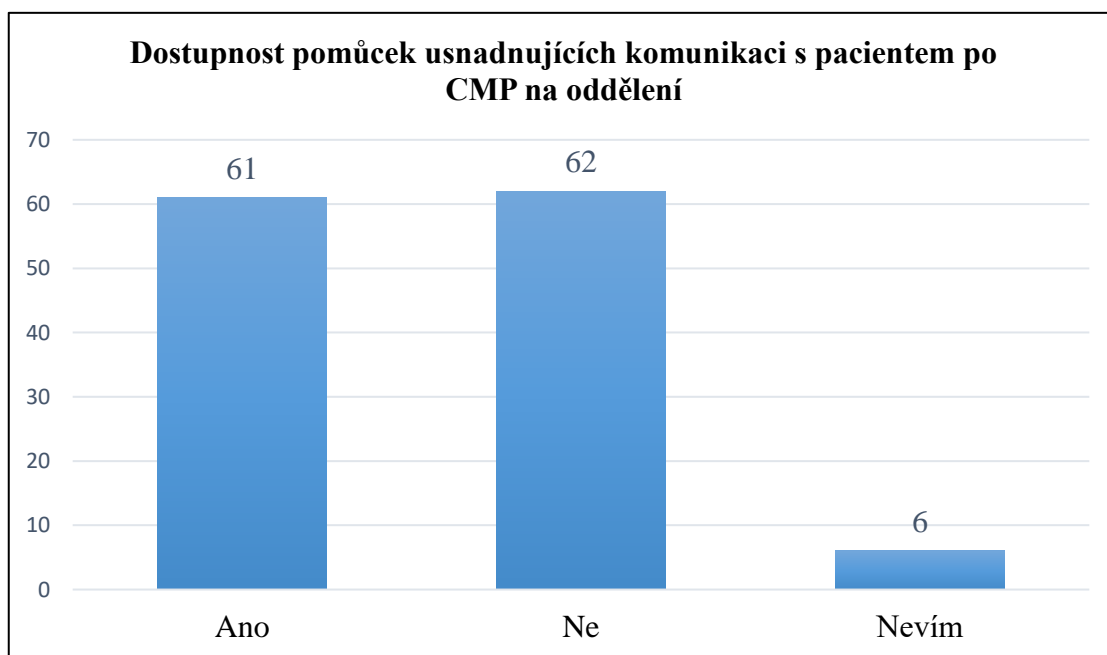
Graf č. 11 – Přínos spolupráce s klinickým logopedem



Zdroj: vlastní výzkumné šetření

Tato otázka byla určena pro respondenty, kteří v předchozí otázce odpověděli, že jejich oddělení navštěvuje klinický logoped. Účelem otázky bylo zjistit, zda spolupráci s klinickým logopedem považují za přínosnou. Všichni dotazovaní se shodli, že tato spolupráce je přínosná – 52 respondentů řeklo ano (80 %) a 13 respondentů se přiklonilo k možnosti spíše ano (20 %).

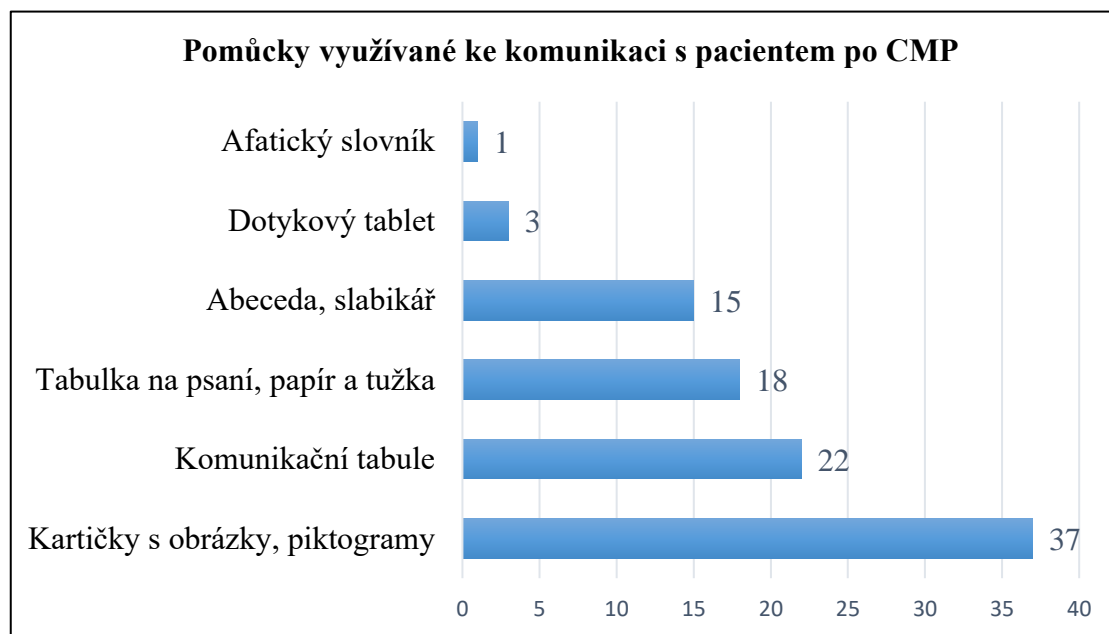
Graf č. 12 – Dostupnost pomůcek usnadňujících komunikaci s pacientem po cévní mozkové příhodě na oddělení



Zdroj: vlastní výzkumné šetření

Tento graf vyjadřuje otázku, zda sestry mají na oddělení k dispozici nějaké pomůcky, které by jim mohly pomoci v usnadnění komunikace. 61 dotazovaných sester (47,3 %) má k dispozici pomůcky na oddělení. 62 sester (48,1 %) nemá k dispozici pomůcky na svém pracovišti. 6 respondentů (4,6 %) neví, jestli je jejich oddělení vybaveno pomůckami.

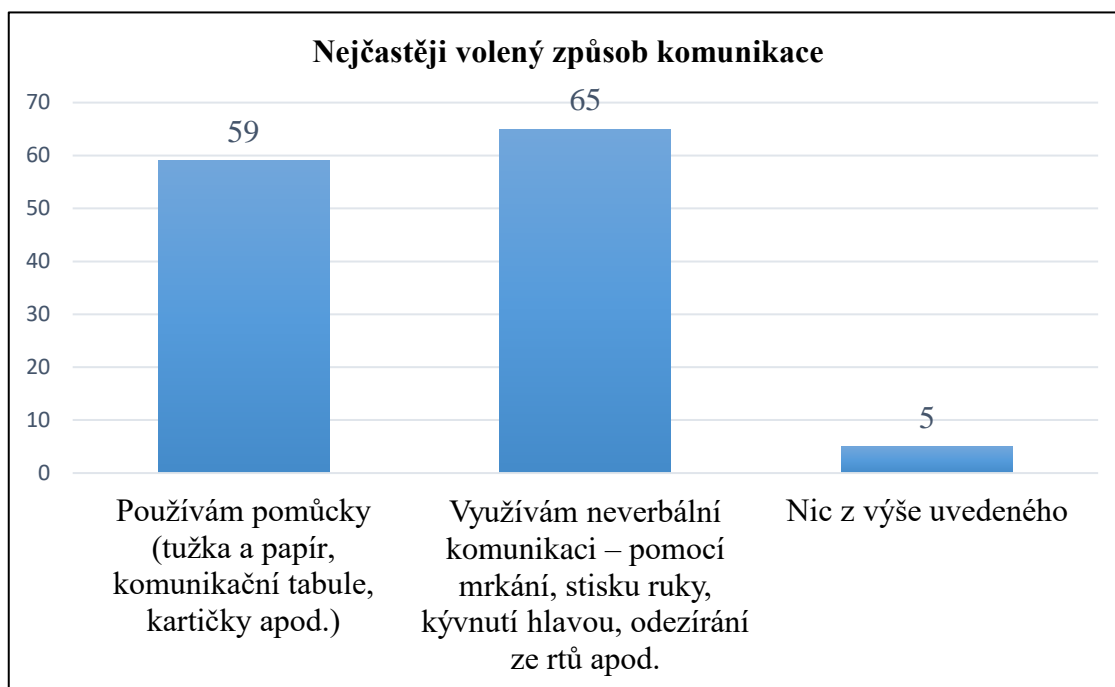
Graf č. 13 – Pomůcky využívané ke komunikaci s pacientem po cévní mozkové příhodě



Zdroj: vlastní výzkumné šetření

Tato otázka byla v dotazníku položena jako otevřená a byla použita jako doplňující otázka pro respondenty, kteří na svém oddělení/pracovišti mají k dispozici pomůcky usnadňující komunikaci. Jednotlivé odpovědi jsem následně vyhodnotila a výsledky zanesla do tohoto grafu, kde lze vidět četnost jejich výskytu v odpovědích respondentů. Různé kartičky s obrázky či použití piktogramů bylo zmíněno 37x, komunikační tabule 22x, mazací tabulka na psaní s fixem, případně obyčejný papír a tužka bylo zmíněno 18x, používání tištěné abecedy nebo slabikáře 15x, využití chytrého zařízení – tabletu pouze 3x a 1x jsem zaznamenala Afa slovník.

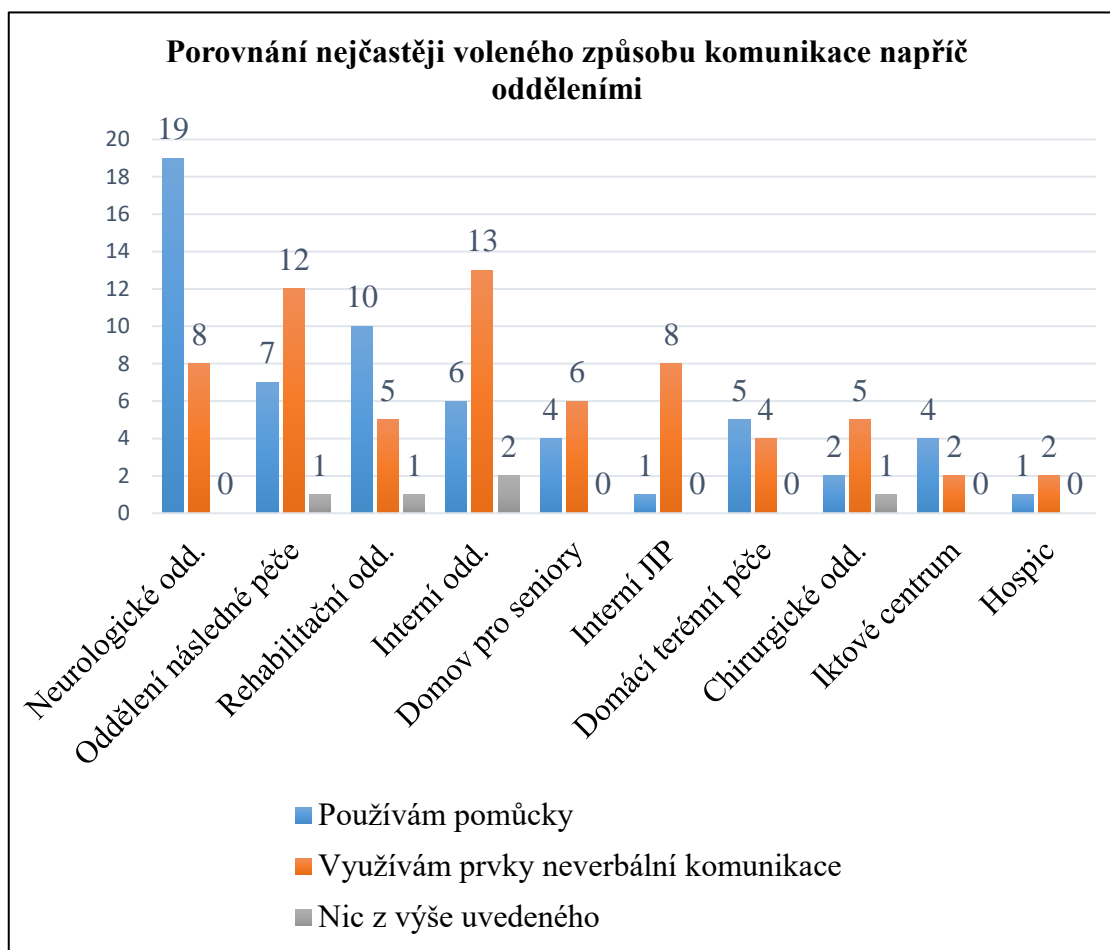
Graf č. 14 – Nejčastěji volený způsob komunikace



Zdroj: vlastní výzkumné šetření

Tato otázka měla za cíl odhalit, zda si sestry usnadňují komunikaci s pacientem po CMP častěji používáním jakýchkoli pomůcek, nebo spíše pomocí neverbální komunikace. Bylo možné označit pouze jednu odpověď. Z celkového počtu 129 respondentů (100 %) odpovědělo 65 (52,4 %), že volí častěji neverbální komunikaci v případech, kdy si nevystačí s verbální komunikací. 59 respondentů (47,6 %) se přiklání k využití pomůcek pro usnadnění komunikace. 5 respondentů (4 %) se nepřiklání k žádné z uvedených možností.

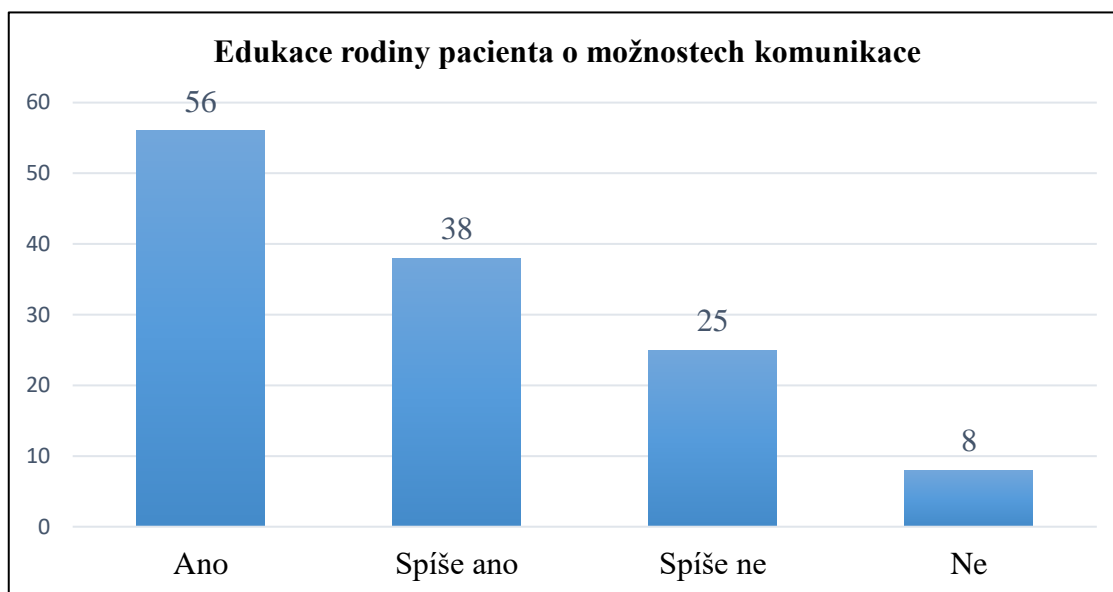
Graf č. 15 – Porovnání nejčastěji voleného způsobu komunikace napříč odděleními



Zdroj: vlastní výzkumné šetření

Tato graf slouží k porovnání odpovědí ze dvou otázek v dotazníku (č.4 – pracoviště respondentů a č.14 – nejčastěji volený způsob komunikace), jejichž data jsou klíčová pro vyhodnocení stanovené hypotézy (H1), která zní takto: Sestry pracující na neurologických odděleních používají pomůcky ke komunikaci s pacientem po CMP více než sestry pracující na jiných odděleních. Z grafu vyplývá, že k využívání pomůcek pro usnadnění komunikace se přiklání sestry z neurologického oddělení v počtu 19 z 27 možných (70%), z oddělení následné péče 7 z 20 možných (35 %), z rehabilitačního oddělení 10 z 16 možných (62,5 %), z interního oddělení 6 z 21 možných (28,6 %), z domova pro seniory 4 z 10 (40%), z JIP 1 z 9 (11,1 %), z domácí péče 5 z 9 možných (55,6 %), z chirurgického oddělení 2 z 8 možných (25 %), z iktového centra 4 z 6 možných (66,7 %) a z hospicového zařízení 1 ze 3 možných (33,3 %).

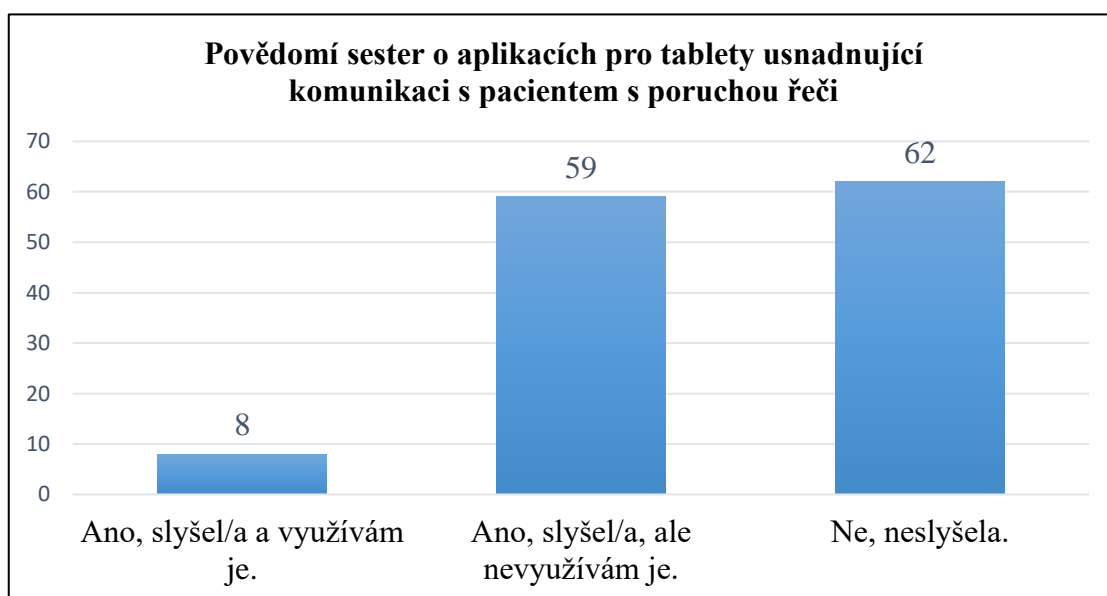
Graf č. 16 – Edukace rodiny pacienta o možnostech komunikace



Zdroj: vlastní výzkumné šetření

Na grafu vidíme, že 56 respondentů (44,1 %) edukuje rodinu pacienta po CMP o možnostech, jak mohou komunikovat, jaké pomůcky mohou využívat při komunikaci apod. 38 dotazovaných (29,9 %) odpovědělo spíše ano. 25 respondentů (19,7 %) spíše needukuje pacientovu rodinu a 8 respondentů (6,3 %) uvedlo, že rodinu pacienta po CMP needukují vůbec.

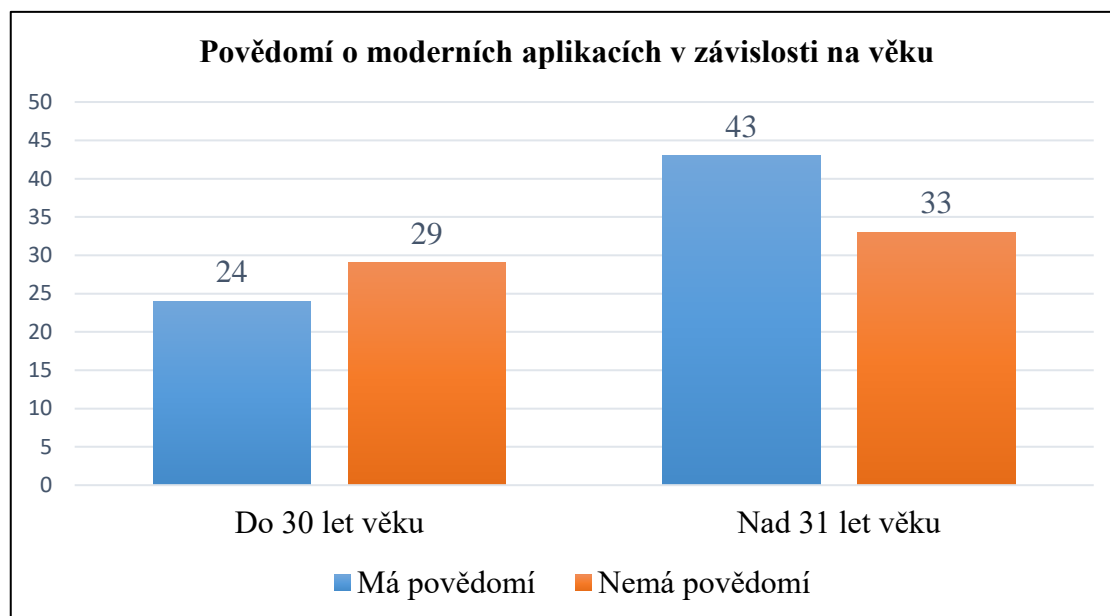
Graf č. 17 – Povědomí sester o aplikacích pro tablety usnadňující komunikaci s pacientem s poruchou řeči



Zdroj: vlastní výzkumné šetření

Zde bylo cílem zjistit, jaké mají sestry povědomí o novodobých aplikacích pro tablety, které mohou pomoci usnadnit komunikaci s pacientem po CMP. Celkový počet respondentů, kteří o těchto aplikacích povědomí mají, činí 67 (51,9 %). Zbýlých 62 respondentů (48,1 %) tyto aplikace nezná. Respondentů, kteří aplikace znají a v praxi i využívají, je z 67 pouze 8 (11,9 %).

Graf č. 18 – Povědomí o moderních aplikacích v závislosti na věku respondentů



Zdroj: vlastní výzkumné šetření

Tento graf slouží k porovnání odpovědí ze dvou otázek v dotazníku (č.2 – věk respondentů a č.17– Povědomí sester o aplikacích pro tablety usnadňující komunikaci s pacientem s poruchou řeči), jejichž data jsou klíčová pro vyhodnocení naší druhé stanovené hypotézy (H2), která zněla takto: Sestry do 30– ti let věku mají větší povědomí o moderních metodách usnadňující komunikaci s pacienty po CMP než sestry věkově starší. Z grafu vyplývá, že z kategorie sester do 30 let věku má povědomí 24 respondentů (45,3 %) a 29 respondentů nemá (54,7 %). Z kategorie sester věkově starších, tedy nad 31 let, má povědomí 43 respondentů (56,6 %) a 33 respondentů nemá (43,3 %). Z těchto výsledků tedy můžeme říct, že větší povědomí o moderních aplikacích mají sestry věkově nad 31 let. H2 tedy nebyla potvrzena.

Tabulka č. 1 – Důvody pro nevyužívání aplikací

Tab.1

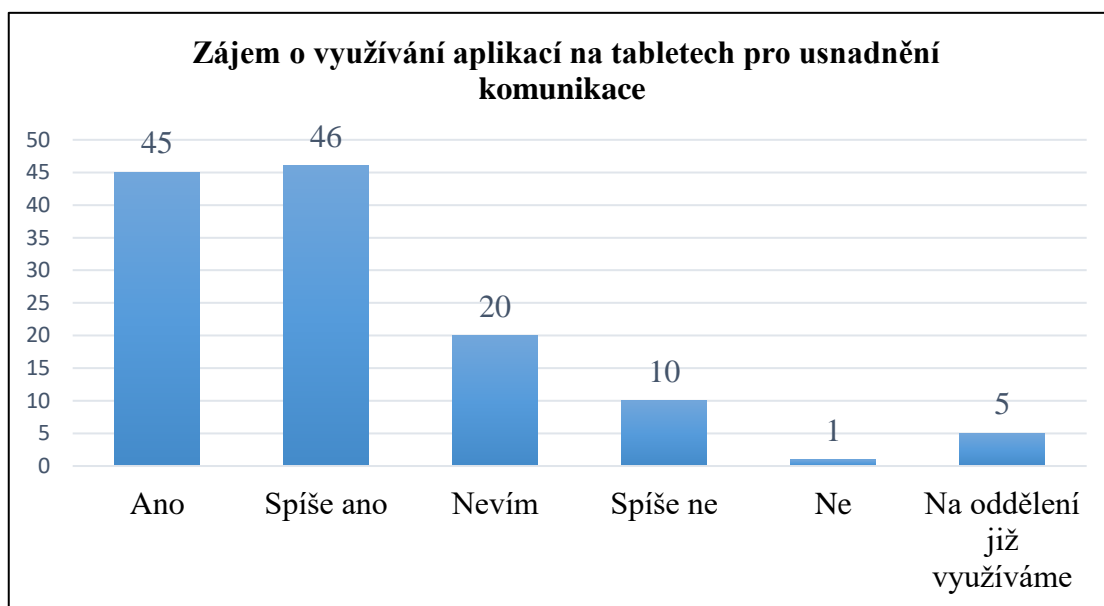
	ODPOVĚDI	ČETNOST VÝSKYTU
1.	Nejsou k dispozici pracovní tablety na oddělení/ ve zdravotnickém zařízení	38 x
2.	Finanční důvody.	8 x
3.	Není na to čas, prostor.	6 x
4.	Nepotřebuji je, zvládnou se domluvit i jinak.	4 x
5.	Neznalost kolegů/vedení.	3 x

Zdroj: vlastní výzkumné šetření

Tato otázka se týkala respondentů, kteří v předchozí otázce odpověděli, že aplikace usnadňující komunikaci znají, ale nevyužívají. Cílem tedy bylo zjistit, jaké mají jednotliví respondenti důvody pro nevyužívání těchto moderních metod. Jednalo se o otevřenou otázku, vyhodnocení bylo tedy provedeno formou seznamu nejčastěji opakujících se odpovědí. Seřazeny jsou sestupně dle četnosti jejich výskytu.

Na tabulce si můžeme všimnout, že největší zastoupení v odpovědích má odpověď, že respondenti nemají na svých pracovištích k dispozici pomůcky v podobě dotykových tabletů, v zastoupení 38 hlasů. Druhou, již výrazně méně častou odpovědí v pořadí, byly zaznamenány finanční důvody, v počtu 8 hlasů. Třetí nejčastější odpověď byla, že na používání takových pomůcek není čas a prostor, v počtu 6 hlasů. Dalším uváděným důvodem bylo dle 4 respondentů, že aplikace na usnadnění komunikace nepotřebují. Nejméně objevenou odpovědí v počtu 3 byla zaznamenána neznalost kolegů či vedení o těchto aplikacích vhodných pro tablety.

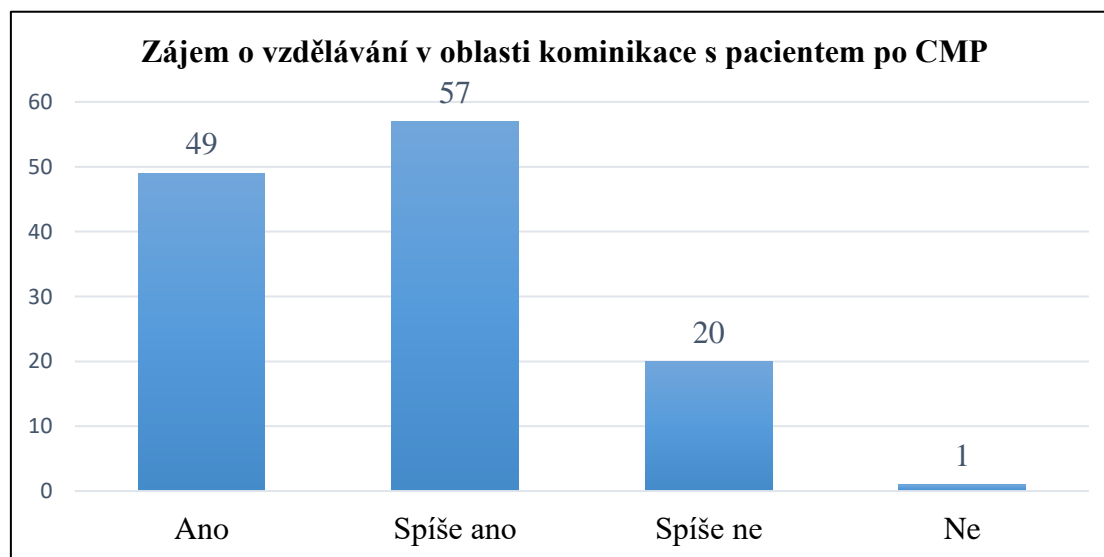
Graf č. 19 – Zájem o využívání aplikací na tabletech pro usnadnění komunikace



Zdroj: vlastní výzkumné šetření

Z tohoto grafu je patrné, že 45 respondentů (35,4 %) projevilo zájem o využívání moderních aplikací na tabletech pro usnadnění komunikace s pacientem po CMP. 46 respondentů (36,2 %) odpovědělo spíše ano, 20 respondentů (15,7 %) odpovědělo nevím a 10 respondentů (7,9 %) zájem o aplikace spíše nemá. 5 dotazovaných (3,9 %) tyto aplikace již na svých pracovištích využívá. 1 respondent (0,8 %) zájem o aplikace nejeví vůbec.

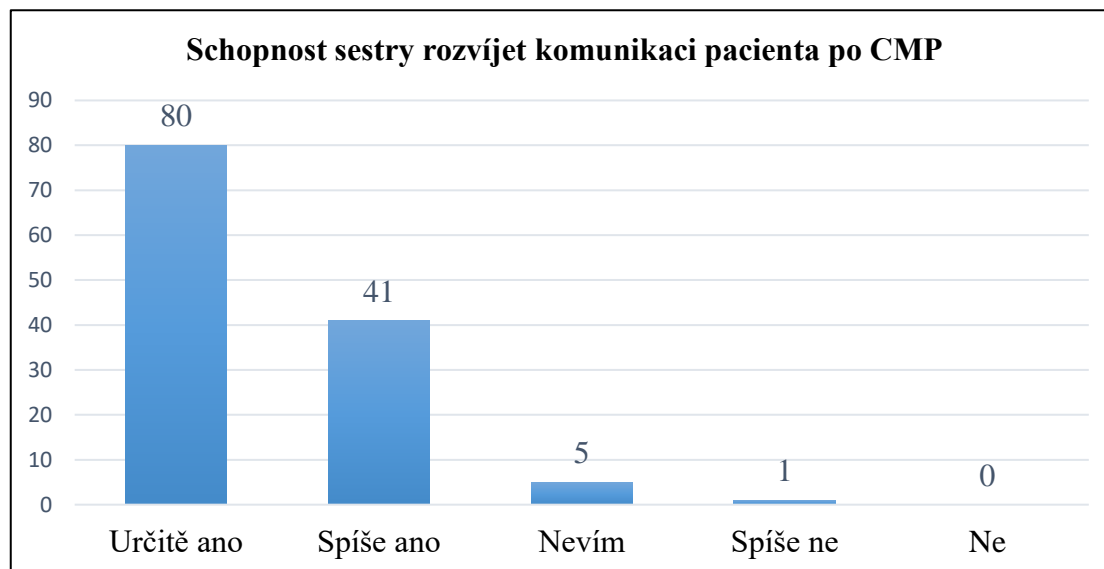
Graf č. 20 – Zájem o vzdělávání v oblasti komunikace s pacientem po cévní mozkové příhodě



Zdroj: vlastní výzkumné šetření

Touto otázkou jsem se chtěla dozvědět, zda by sestry měly zájem o rozšíření svých dovedností v oblasti komunikace s pacientem s narušenou komunikační schopností vlivem CMP formou vzdělávacího kurzu či semináře. 49 respondentů (38,6 %) odpovědělo, že ano. 57 respondentů (44,9 %) zvolilo možnost spíše ano. 20 dotazovaných (15,7 %) zájem spíše nemá a 1 respondent (0,8 %) zájem nemá vůbec.

Graf č. 21 – Schopnost sestry rozvíjet komunikaci pacienta po cévní mozkové příhodě



Zdroj: vlastní výzkumné šetření

V tomto grafu je zmapováno, zda si respondenti myslí, že sestra může rozvíjet komunikaci pacienta po CMP. 80 respondentů (63 %) si myslí, že určitě ano. 41 respondentů (32,3 %) si myslí, že spíše ano. 5 dotazovaných (3,9 %) nevědělo, co odpovědět a možnost spíše ne zvolil pouze 1 respondent (0,8 %). Nikdo z dotázaných si nemyslí, že sestra nemůže rozvíjet komunikaci pacienta po CMP.

Tabulka č. 2 – Možnosti rozvíjení komunikace pacienta po cévní mozkové příhodě

Tab. 2

	ODPOVĚDI	ČETNOST VÝSKYTU
1.	Být dostatečně trpělivá a empatická při komunikaci.	29 x
2.	Mít dostatek času, více se věnovat pacientovi.	28 x
3.	Prostou komunikací, rozhovorem.	26 x
4.	Motivovat a povzbuzovat pacienta.	16 x
5.	Vhodnými komunikačními pomůckami.	15 x
6.	Podpořit a zapojit rodinu pacienta.	8 x
7.	Spoluprací s logopedem	7 x

Zdroj: vlastní výzkumné šetření

Tato otázka byla poslední otázkou dotazníku. Navazovala na předchozí otázku s cílem zjistit, jak může sestra rozvíjet komunikaci pacienta s narušenou schopností řeči po CMP. Vzhledem k tomu, že se jednalo o otevřenou otázku, provedla jsem stejné vyhodnocení jako u tabulky č. 1, tedy formou seznamu nejčastěji opakujících se odpovědí. Seřazeny jsou sestupně dle četnosti jejich výskytu.

Z tabulky vyplývá, že mezi nejčastěji objevovanými odpověďmi se vyskytla trpělivost a empatie při komunikaci (29 x), dostatek času a věnování se pacientovi (28 x), prostou a častou komunikací s pacientem (26 x), motivací a povzbuzováním pacienta (16 x), vhodnými komunikačními pomůckami (15 x), podpořením a zapojením rodiny pacienta (8 x) a spoluprací s logopedem (7 x).

4.2 Statistické vyhodnocení hypotéz

Tato část práce vyhodnocuje předem stanovené hypotézy:

H1: Sestry pracující na neurologických odděleních používají pomůcky ke komunikaci s pacientem po CMP více než sestry pracující na jiných odděleních

H2: Sestry do 30– ti let věku mají větší povědomí o moderních metodách usnadňující komunikaci s pacienty po CMP než sestry věkově starší.

Hypotéza 1

První stanovená hypotéza byla vyhodnocena na základě otázky č.4 – pracoviště respondentů a č.14 – nejčastěji volený způsob komunikace v dotazníku (viz příloha 1), jež byl předložen respondentům. Graf, z kterého vychází odpověď na tuto hypotézu je k nahlédnutí viz kapitola výsledků – graf č.15. Na hladině významnosti $\alpha=5\%$ jsme chtěli zjistit, zda existuje statisticky významný rozdíl v používání pomůcek mezi sestrami z 10 různých oddělení. Proto, abychom mohli potvrdit nebo vyvrátit H1, bylo nutné stanovit nulovou hypotézu H0, která zní takto: Sestry používají pomůcky na všech odděleních stejnou měrou nezávisle na oddělení. Pro testování hypotézy jsme vypočítali chí-kvadrát test. Výpočet spočíval nejprve ve vytvoření tabulky pozorovaných četností (viz tab. 3).

Tabulka č. 3 – Pozorované četnosti

Tab. 3

	Používám pomůcky	Využívám neverbální komunikaci	Jiné	Celkem
Neurologické odd.	19	8	0	27
Oddělení následné péče	7	12	1	20
Rehabilitační odd.	10	5	1	16
Interní odd.	6	13	2	21
Domov pro seniory	4	6	0	10
Interní JIP	1	8	0	9
Domácí terénní péče	5	4	0	9
Chirurgické odd.	2	5	1	8
Iktové centrum	4	2	0	6
Hospic	1	2	0	3
Celkem	59	65	5	129

Zdroj: vlastní zpracování dat

Následně jsme vypočítali teoretické četnosti (viz tab. 4) při kterých by platilo, že rozdíl v používání pomůcek mezi jednotlivými odděleními je nevýznamný.

Tabulka č. 4 – Teoretické četnosti

Tab. 4

	Používám pomůcky	Využívám neverbální komunikaci	Jiné
Neurologické odd.	12,35	13,60	1,05
Oddělení následné péče	9,15	10,08	0,78
Rehabilitační odd.	7,32	8,06	0,62
Interní odd.	9,60	10,58	0,81
Domov pro seniory	4,57	5,039	0,39
Interní JIP	4,12	4,53	0,35
Domácí terénní péče	4,12	4,53	0,35
Chirurgické odd.	3,66	4,03	0,31
Iktové centrum	2,74	3,02	0,23
Hospic	1,37	1,51	0,12

Zdroj: vlastní zpracování dat

Následně pak z dat z těchto dvou tabulek bylo možné vypočítat testovací kritérium (viz tab. 5) a spočítat tzv. hodnotu chí-kvadrát součtem všech kritérií.

Tabulka č. 5 – Testovací kritérium

Tab. 5

	Používám pomůcky	Využívám neverbální komunikaci	Jiné
Neurologické odd.	3,58	2,31	1,05
Oddělení následné péče	0,50	0,37	0,07
Rehabilitační odd.	0,98	1,16	0,23
Interní odd.	1,35	0,55	1,73
Domov pro seniory	0,07	0,18	0,39
Interní JIP	2,36	2,65	0,35
Domácí terénní péče	0,19	0,06	0,35
Chirurgické odd.	0,75	0,23	1,54
Iktové centrum	0,57	0,35	0,23
Hospic	0,10	0,16	0,12
Chí kvadrát	24,54		
p-value	0,004		

Zdroj: vlastní zpracování dat

V poslední fázi jsme vyhodnotili pravděpodobnost, že by daná hodnota chí-kvadrát nastala jen vlivem mnoha náhodných faktorů, tj. pravděpodobnost, že vliv oddělení na používání pomůcek je nevýznamný. Výsledek je po zaokrouhlení 0,004. To je méně než kritérium posuzování hypotézy (5 %). Je menší pravděpodobnost než 5 % (konkrétně 0,4 %), že sestry používají na všech odděleních pomůcky stejnou měrou. Proto nultou hypotézu zamítáme a přijímáme hypotézu 1, která je tímto potvrzena.

Hypotéza 2

Druhá stanovená hypotéza byla vyhodnocena na základě otázky č.2 – věk respondentů a č.17 – povědomí o moderních aplikacích v dotazníku (viz příloha 1), jež byl předložen respondentům. Odpovědi z otázky č. 17, zda respondenti někdy slyšeli o moderních aplikacích usnadňující komunikaci, byly sjednoceny z původních tří odpovědí *Ano, slyšel/a a používám je*, *Ano, slyšel/a, ale nepoužívám je* a *Ne, neslyšel/a* pouze na dvě odpovědi ANO/NE, které jsme použili v následujících tabulkách (tab. 6,7 a 8) pro větší přehlednost. Graf, z kterého vychází odpověď na druhou hypotézu je k nahlédnutí viz kapitola výsledků – graf č.18. Při testování H2 jsme postupovali totožně, jako u testování H1. Na hladině významnosti $\alpha=5\%$ jsme chtěli zjistit, zda má věk respondentů statistický významný vliv na jejich povědomí o moderních metodách, které usnadňují komunikaci. Nulová hypotéza v tomto případě zní: Věk sester nemá vliv na jejich povědomí o moderních aplikacích usnadňující komunikaci. Pro vyhodnocení hypotézy jsme opět vypočítali chí-kvadrát test.

Tabulka č. 6 – Pozorované četnosti

Tab. 6

Povědomí	Věkové kategorie				Celkem
	18-30 let	31-45 let	46-55 let	56 let a více	
ANO	24	27	13	3	67
NE	29	18	14	1	62
Celkem	53	45	27	4	129

Zdroj: vlastní zpracování dat

Tabulka č. 7 – Teoretické četnosti

Tab. 7

Povědomí	Věkové kategorie			
	18-30 let	31-45 let	46-55 let	56 let a více
ANO	27,53	23,37	14,02	2,08
NE	25,47	21,63	12,98	1,92

Zdroj: vlastní zpracování dat

Tabulka č. 8 – Testovací kritérium

Tab. 8

Povědomí	Věkové kategorie			
	18-30 let	31-45 let	46-55 let	56 let a více
ANO	0,45	0,56	0,07	0,41
NE	0,49	0,61	0,08	0,44
Chí kvadrát	3,12			
p-value	0,37			

Zdroj: vlastní zpracování dat

Hodnota testového kritéria činila 3,12 a hladina významnosti – p-value 0,37. Z těchto výsledků lze odvodit, že je menší pravděpodobnost než 5 %, že věk respondentů má vliv na jejich povědomí o moderních aplikacích usnadňující komunikaci s pacientem po CMP. Proto nultou hypotézu, že jsou proměnné nezávislé, přijímáme a hypotézu 2 tímto vyvracíme.

5. DISKUZE

Pro zpracování výzkumné části bakalářské práce na téma „Specifika komunikace sestry a pacienta po cévní mozkové příhodě“ byly stanoveny 3 cíle. Prvním cílem bylo zjistit, zda sestry používají nějaké pomůcky při komunikaci s pacienty po cévní mozkové příhodě. Druhým cílem bylo zmapovat, jaké pomůcky jsou používány sestrami při komunikaci s pacienty po CMP. Třetí cíl spočíval ve zmapování povědomí sester o moderních metodách usnadňující komunikaci s pacientem po CMP. Na základě těchto cílů byly vytvořeny dvě hypotézy. Hypotéza 1 (H1) zněla: Sestry pracující na neurologických odděleních používají pomůcky ke komunikaci s pacientem po CMP více než sestry pracující na jiných odděleních. Hypotéza 2 (H2) byla stanovena takto: Sestry do 30–ti let věku mají větší povědomí o moderních metodách usnadňující komunikaci s pacienty po CMP než sestry věkově starší. V rámci diskuze se zaměříme na shrnutí dat z výzkumného šetření, které bylo naplněno metodou dotazování, kdy jako technika sběru dat byl použit polostrukturovaný dotazník. Dotazníkové šetření bylo určeno pro sestry, které se ve své praxi setkávají s pacienty po CMP. Celkový počet zúčastněných sester dosáhl počtu 129. Z tohoto souboru bylo získáno 30 respondentů v Nemocnici Tábor a.s. a 99 respondentů online formou dotazníku sdíleného na nejmenovaných sociálních sítích. V Nemocnici Tábor a.s. bylo požádáno o vyplnění dotazníku celkem 45 sester, konkrétně z neurologického oddělení, rehabilitačního oddělení a oddělení následné péče, kde jsme předpokládali častější setkávání sestry a pacienta po CMP oproti jiným oddělením. Ze 45 distribuovaných dotazníků se vrátilo 30 řádně vyplněných. Návratnost papírové formy dotazníku činila tedy 67 %.

V první části výzkumného šetření jsme zjišťovali identifikační údaje o respondentech. Zajímalo nás pohlaví, věk, nejvyšší dosažené vzdělání, oddělení, kde pracují a délka praxe. Dle grafu č. 1 vidíme, že se našeho výzkumu zúčastnilo 96,9 % žen a 3,1 % mužů. Věk respondentů se nejčastěji pohyboval v rozmezí 18-30 let. Největší podíl respondentů má dosažené středoškolské vzdělání. Na grafu č. 4 jsou znázorněny oddělení a zdravotnická zařízení, kde respondenti pracují a kde se zároveň setkávají s pacienty po CMP. Největší zastoupení má neurologické oddělení s počtem 27 respondentů (20,9 %). Celkem se podařilo získat odpovědi od 129 sester z 10 různých pracovišť a různých koutů České republiky. Díky tomuto faktu jsou výsledky nezaujaté a různorodé. Délka praxe respondentů se v nadpoloviční většině (53,1 %) pohybuje do 10 let. Následovaly otázky pro zjištění, zda se sestry setkávají s pacienty po CMP a zda vídají u těchto pacientů

narušenou komunikační schopnost. Dozvěděli jsme se, že naprostá většina dotazovaných sester se na svém pracovišti setkává s pacienty po CMP (viz graf č. 6). Konečný et al. (2017) uvádí, že po prodělání cévní mozkové příhody se vyskytují poruchy řeči u 40-60 % pacientů. Z grafu č. 7 lze říct, že až 96 % dotazovaných sester zaznamenává u pacientů po CMP narušenou schopnost řeči. Kladli jsme si otázku, co může ovlivňovat komunikaci sestry a pacienta s poruchou řeči. Odhalili jsme hned několik faktorů, které mají na takto ztíženou komunikaci vliv. Nejčastěji respondenti uvedli nedostatek trpělivosti ze strany sestry. Na této odpovědi se shodlo celkem 64 dotázaných sester. Powell (2010) označil trpělivost jako základní předpoklad efektivní komunikace. Pacient si zaslouží dostat prostor, aby mohl pracovat na svém zlepšení. Jako další významný faktor, který má na komunikaci sestry a pacienta vliv, označili respondenti nedostatek pomůcek. Na to navazuje náš první cíl. Z grafu č. 12 lze vyčíst, že právě nedostatek pomůcek se vyskytuje téměř u poloviny dotázaných. Konkrétně 48,1 % respondentů uvedlo, že na svém oddělení nemají k dispozici pomůcky ke komunikaci a 47,3 % je k dispozici má. Zbylých 4,6 % neví, jestli se na jejich oddělení nachází nějaké pomůcky ke komunikaci.

K dosažení druhého cíle práce jsme využili otevřenou otázku. Respondenti měli za úkol vyjmenovat, jaké pomůcky v komunikaci s pacientem po CMP využívají. Nejčtenější odpovědí bylo používání obrázků či obrázkových karet v zastoupení 38,5 %. Šišmová (2014) doporučuje používat obrázky při hovoru s pacientem s afázií tak, že ukazujeme pacientovi předmět, o kterém mluvíme. Tedy například mluvíme-li o hrnku, ukazujeme hrnek i na obrázku. Šemberová (2011) doporučuje využívání i fotografií z domácího prostředí. Druhou čtenou odpovědí byla komunikační tabule s podílem 22,9 %. Dále pak papír a tužka s 18,8 %. Komunikace s pacientem pomocí tužky a papíru je dle Kejkličkové (2011) nejjednodušším způsobem komunikace, který je dostupný v jakémkoli zařízení. Obdobou papíru a tužky může být dle Dowa et al. (2018) pohodlnější používání stíratelné tabulky a fixu, pomocí kterého je možné se slovem lépe pracovat, opravovat bez zbytečných škrtanců a spotřeby papíru. 15,6 % respondentů uvedlo, že mají na oddělení jako dostupnou pomůcku abecedu či slabikář. Hanáková (2016) nám však připomíná, abychom vždy měli na paměti, že jednáme s dospělým člověkem, nikoli s dítětem nebo dementním člověkem. Lidé s afázií po akutních CMP totiž nejsou primárně dementní. Přesto, že slabikář či abecedu má na oddělení k dispozici 15 respondentů, Šišmová (2014) jejich používání příliš nedoporučuje z důvodu, že by to

mohlo u pacientů vyvolat negativní emoce. Šemberová (2011) označuje používání dětských slabikářů či písanek pro základní školy přímo jako degradaci. Jako náhradu slabikářů doporučuje používat obrazový slovník pro dospělé neboli afatický slovník. Dohnálek (2011) také doporučuje využívání afatického slovníku a na svých webových stránkách www.ictus.cz dokonce nabízí afatický slovník volně ke stažení a případnému vytištění. Bohužel dle provedeného výzkumu vidíme, že afatický slovník uvedl jako dostupnou pomůcku pouze 1 respondent. Afatický slovník je nyní možné i stáhnout jako aplikaci s názvem Afa slovník. Na používání takové aplikace je zapotřebí, aby sestry měly k dispozici příslušné zařízení, na kterém je možné aplikaci otevřít a využívat. Avšak pouze 3 respondenti (3,1 %) uvedli, že mají tablet k dispozici na svém oddělení.

Na základě prvních dvou cílů byla vytvořena první hypotéza: Sestry pracující na neurologických odděleních používají pomůcky ke komunikaci s pacientem po CMP více než sestry pracující na jiných odděleních. H1 tedy vyžaduje porovnání jednotlivých oddělení na základě odpovědí zaznamenaných v grafu č. 14. Prvním krokem bylo zjistit, jaký způsob komunikace volí sestry častěji u pacientů s narušenou schopností komunikovat. K možnosti využívat pomůcky se rozhodlo 59 respondentů (47,6 %) k druhé možnosti využívat spíše prvky neverbální komunikace jako mrkání, kývnutí, odezírání, stisku ruky atd. se přiklonilo 65 respondentů (52,4 %). V dalším kroku bylo potřeba vytvořit graf, do kterého byly zaneseny tyto údaje a byly porovnávány s počty odpovědí zástupců jednotlivých oddělení. Zjistili jsme, že sestry na neurologických odděleních skutečně používají pomůcky ke komunikaci častěji než sestry pracující na jiných odděleních. Konkrétně 70 % sester z neurologie zvolila možnost využití pomůcek. Podrobnější výsledky srovnání viz graf č.15. Poté, co jsme zjistili, jaké pomůcky sestry používají k efektivnější komunikaci s pacientem po CMP a jaký způsob komunikace preferují, přišlo nám vhodné zjistit, zda o těchto možnostech navázání komunikace edukují také rodinu pacienta. Pacient po propuštění do domácí péče a jeho rodina by měli být obeznámeni o vhodných způsobech, jak spolu mohou komunikovat a jak pracovat s náhradními komunikačními pomůckami. Podle Kejkličkové (2011) by měla být edukace rodiny pacienta o správné komunikaci v režii klinického logopeda. Rehabilitaci řeči by zcela jistě měl provádět logoped, který umí pracovat s komunikačními pomůckami, a který je schopen vybrat pro pacienta tu nejvhodnější komunikační pomůcku. Ale co se týče dorozumívání s pacientem, myslím si, že edukovat rodinu pacienta o možnostech komunikace v rámci denních činností by měla spíše sestra, která o pacienta pečuje. Sestra

je přítomna na oddělení po celou dobu a přijde s pacientem i s rodinou pacienta do kontaktu častěji než klinický logoped, který za pacientem na oddělení pouze dochází, a to dle našeho zjištění jen v 51,9 % případů. 43,4 % respondentů uvedlo, že na jejich oddělení klinický logoped nedochází. V případě, kdy sestra s klinickým logopedem spolupracuje na péči o pacienta po CMP, považuje všech 100 % tuto spolupráci za přínosnou. Kvantitativní výzkum nám neumožnil reagovat a prohlubovat informace získané od respondentů. Lze se tedy jen domnívat, v čem vidí sestry přínos této spolupráce. Z literárních pramenů je patrné, že sestra získává od klinického logopeda potřebné informace o komunikačních pomůckách a o tom, jak s nimi pracovat. Sestra by měla umět pracovat s komunikačními pomůckami, aby se mohla lépe dorozumět s pacientem, a tím poskytovat kvalitnější ošetrovatelskou péči.

Posledním cílem práce bylo zmapovat povědomí sester o moderních metodách usnadňující komunikaci s pacientem po CMP. Sitren a Vallila-Rohter (2019) se domnívají, že využívání tabletů je velmi moderní, stále častější pomůckou a způsobem komunikace mezi sestrou a pacientem. V České republice se však stále s využíváním tabletů v rámci usnadnění komunikace na odděleních ještě v takové míře nesetkáváme. Potvrdil nám to náš výzkum, kdy z celkového počtu 129 respondentů má povědomí o aplikacích pro chytrá zařízení 51,2 % a 48,8 % dotázaných toto povědomí vůbec nemá. Výsledky byly tedy poměrně vyrovnané. Výzkum odhalil, že z uvedených 51,2 % tyto aplikace reálně využívá pouze 6,3 % respondentů. Z tohoto zjištění vyvstala otázka, jak je možné, že více než 50 % respondentů zná moderní metody, ale přesto je nevyužívá? Odpověď na tuto otázku nám poskytla tabulka č.1. Nejčastěji objevenou odpovědí bylo zcela logické odůvodnění a to, že na oddělení nemají k dispozici pomůcky jako je pracovní tablet či jiné podobné zařízení. Toto úskalí chytrých zařízení spočívající v nedostatečné vybavenosti pracoviště chytrými zařízeními zmiňuje i Mallet et al. (2016). Na druhém místě se vyskytovaly finanční důvody, které patrně mají spojitost s již zmíněnou nevybaveností pracovišť. Třetí nejčastější odpovědí, kterou respondenti uváděli byl nedostatek času a prostoru pro využívání takových zařízení. Nedostatek času respondenti označili i jako faktor, který významně ovlivňuje komunikaci mezi sestrou a pacientem. Ačkoli nadpoloviční většina dotazovaných povědomí o moderních metodách má, někteří respondenti se domnívají, že důvod k jejich nevyužívání je zakořeněný v neznalosti jejich kolegů/kolegyň či vedení. Domnívám se, že na tento popud by teda bylo vhodné reagovat vzdělávacími semináři či informativními materiály pro jednotlivá

oddělení a rozšíření tak povědomí jednotlivých sester, ošetřujícího personálu a tím pádem i rozšíření relevantních informací do povědomí rodin nemocných v rámci edukace. Zájem o podobné vzdělávací semináře jsme zjišťovali v grafu č. 20. Z grafu vyplývá, že vědomosti v této oblasti by si chtělo rozšířit 83,5 % respondentů. Po zmapování povědomí sester o moderních metodách bylo možné ověřit i naši druhou hypotézu, že sestry do 30–ti let věku mají větší povědomí o moderních metodách usnadňující komunikaci s pacienty po CMP než sestry věkově starší. H2 tedy vyžadovala porovnání dvou údajů z grafu č. 2 – věk respondentů a grafu č. 17 – povědomí sester o aplikacích pro tablety usnadňující komunikaci s pacientem s poruchou řeči. Pro přehlednější údaje jsme věk respondentů rozdělili na dvě skupiny – do 30 let věku a nad 31 let věku. Následně jsme získaná data vložili do grafu č. 18, kde jsme tyto 2 skupiny věku porovnali s jejich povědomím o moderních aplikacích. Zjistili jsme, že větší povědomí mají sestry nad 31 let věku, konkrétně 56,6 % oproti sestrám do 30 let věku, ze kterých má povědomí 45,3 %. Z tohoto zjištění vyplývá, že nižší věk sestry nemá souvislost s povědomím o moderních aplikacích usnadňující komunikaci.

Na konci výzkumného šetření jsme si položili otázku, zda a jak může sestra rozvíjet komunikaci pacienta po CMP. Jak už bylo řečeno, na rozvoji komunikace má zásadní podíl klinický logoped, jehož cílem je dle Kejkličkové (2011) vylepšit schopnost pacienta dorozumívat se natolik, aby nedocházelo k nežádoucím nedorozuměním. Sestra má možnost rozvíjet komunikaci správným směrem. K tomuto názoru se přiklání 95,3 % dotázaných. Jak může tedy sestra aktivně rozvíjet komunikaci u pacienta, kde došlo k narušení či ztrátě řečové schopnosti vlivem CMP? Výsledky výzkumného šetření ukazují, že by sestra v první řadě měla být dostatečně trpělivá, na pacienta nechvátat a být empatická při komunikaci s nemocným. Toto tvrzení potvrzuje i Powell (2010), podle kterého by sestra měla stále zůstat profesionální a nevykazovat známky netrpělivosti, i když není trpělivost její silnou stránkou. Powell (2010) s Hanákovou (2014) se shodují, že by sestra neměla předstírat porozumění, pokud ve skutečnosti nerozumí. Ve výsledku takové jednání vede k frustraci pacienta i sestry. Dále by sestra měla umět motivovat pacienta a podporovat i jeho rodinu. Měla by si být schopna najít si čas a více se pacientovi věnovat. Měla by umět používat vhodné komunikační pomůcky a naučit i pacienta tyto pomůcky používat. Měla by navazovat spolupráci s klinickým logopedem a provádět s pacientem různá procvičování, které logoped určí. Od respondentů pracujících v oblasti domácí péče se ozývalo nejčastěji především edukace rodiny, případně

pečovatelské služby. Sestra by měla být schopná poradit, co je možné využívat a jak. Sestře by neměl chybět ani aktivní přístup ve vyhledávání alternativních způsobů komunikace. Kejklíčková (2011) dodává, že alternativní prostředky a pomůcky by neměli sloužit jako úplná náhrada, ale především jako podpora či doplnění verbálního projevu pacienta.

6. ZÁVĚR

Komunikace mezi sestrou a pacientem je velice důležitou a neodmyslitelnou součástí ošetrovatelské péče. Zvláště, pokud se sestra setkává s pacientem, který utrpěl cévní mozkovou příhodu s následky v podobě narušené komunikační schopnosti. Bakalářská práce, se tedy zabývá problematikou komunikace sestry a pacienta po CMP a jejími specifiky. Práce je rozdělena do dvou částí, a to na teoretickou a empirickou.

Teoretická část bakalářské práce se zaměřuje na problematiku CMP, jejich rozdělení, klinické příznaky, léčbu a na poruchy řeči vzniklé jako následek CMP. V dalších podkapitolách jsme se věnovali specifikům komunikace, zásadám komunikace a alternativním prostředkům usnadňující komunikaci. Pro zpracování teoretické části bylo čerpáno z dostupných literárních zdrojů v podobě odborných publikací, odborných vědeckých článků a internetových zdrojů, které se zaměřují na tuto problematiku.

V empirické části byla zpracována data, získaná prostřednictvím dotazníkového výzkumného šetření. Zjišťovali jsme především využívání komunikačních pomůcek, vybavení zdravotnických zařízení těmito pomůckami. Porovnávali jsme, na kterých odděleních jsou pomůcky využívány sestrami nejvíce. Dále jsme zjišťovali spolupráci sester s klinickým logopedem, edukaci rodiny sestrou a mapovali jsme povědomí sester o moderních metodách usnadňující komunikaci v podobě využívání aplikací na tabletech. V poslední části výzkumu jsme zjišťovali, jak sestry mohou rozvíjet komunikaci pacienta po CMP.

Prvním cílem práce bylo zjistit, zda sestry používají nějaké pomůcky při komunikaci s pacienty po cévní mozkové příhodě. Výzkum potvrdil, že 47,6 % sester používá komunikační pomůcky. V návaznosti na první cíl jsme stanovili hypotézu, že sestry na neurologických odděleních používají pomůcky ke komunikaci více než sestry pracující na jiných odděleních. Výsledky ukázaly, že 70 % sester z neurologie skutečně volí ke komunikaci využití pomůcek, na rozdíl od sester pracujících na jiných odděleních, kde byl procentuální podíl těch, co používají pomůcky, nižší. H1 se tedy potvrdila.

Druhým cílem práce bylo zmapovat, jaké pomůcky jsou používány sestrami při komunikaci s pacienty po CMP. Zjistili jsme, že nejvyužívanějšími pomůckami jsou kartičky s obrázky, piktogramy, komunikační tabule, papír a tužka, případně tabulka na psaní, abeceda či slabikář a v nejnižším zastoupení se vyskytl tablet, jako komunikační

pomůcka a afatický slovník. Výsledky výzkumu ukázaly shodné zmapování jednotlivých pomůcek v porovnání s literárními prameny. Cíl byl naplněn.

Třetím a posledním cílem bylo zmapovat povědomí sester o moderních metodách usnadňující komunikaci s pacientem po CMP. Na základě tohoto cíle byla stanovena druhá hypotéza, která předpokládala, že sestry do 30–ti let věku mají větší povědomí o moderních metodách usnadňující komunikaci s pacienty po CMP než sestry věkově starší. Z výzkumu vyplynulo, že větší povědomí o moderních aplikacích mají sestry věkově starší (31 let a více), konkrétně 56,6 %, na rozdíl od sester do 30 let věku, kde činil procentuální podíl těch, co mají povědomí, 45,3 %. H2 tedy nebyla potvrzena.

Zpracování tohoto tématu bakalářské práce vnímám jako přínos pro prohloubení mého vlastního povědomí a rozšíření obzorů o tom, jaké možnosti mohu mít já jako sestra při navazování, udržování a rozvíjení komunikace s pacientem po CMP a jakými pomůckami lze komunikaci ulehčit a obohatit. Efektivní komunikace je totiž základním předpokladem pro kvalitní a komplexní péči o pacienta. Myslím si, že sestra pečující o pacienta s narušenou schopností řeči jako následek CMP, by měla disponovat nejen teoretickými znalostmi zásad správné komunikace u nemocných s poruchou řeči vlivem onemocnění, ale především aktivním přístupem v hledání alternativních metod a pomůcek v situacích, kdy si s běžným verbálním projevem nevystačí.

Výsledky výzkumu mohou být přínosem především pro sestry, které se ve své praxi setkávají s pacienty po cévní mozkové příhodě, ale i pro studenty ošetrovatelství. Dalším zajímavým námětem pro zpracování bakalářské práce v této oblasti by dle mého názoru mohlo být využívání tabletu, jako komunikační pomůcky, u pacientů s narušenou schopností řeči.

7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. BAUER, J., 2010. Cévní mozkové příhody. *Kapitoly z kardiologie pro praktické lékaře* [online]. Praha: Medical Tribune, 2010, 2(4), 122-132 [cit. 2021-01-13]. ISSN 1803-7542. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/clanek/20216-cevni-mozkove-prihody>
2. BÉJOT, Y., BAILLY, H., DURIER J., GIROUD, M., © 2016. Epidemiology of stroke in Europe and trends for the 21st century. *La Presse Médicale* [online]., 5(12), 389-345 [cit. 2021-01-02]. ISSN 0755-4982. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0755498216303098>
3. BRYNDZIAR, T., ŠEDOVÁ, P., MIKULÍK, R., 2017. Incidence cévní mozkové příhody v Evropě –systematická review. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie* [online]. 17(2), 180-189 [cit. 2021-01-03]. ISSN 1802-4041. Dostupné z: <https://www.csn.eu/en/journals/czech-and-slovak-neurology-and-neurosurgery/2017-2-3/incidence-cevni-mozkove-prihody-v-evrope-systematicka-review-60563>
4. BRZYBOHATÁ, A., 2019. Aplikace pomáhá s řečí lidem po mrtvici, probíhá první testování na lidech. In: *Idnes.cz* [online]. MAFRA, © 1999–2020 [cit. 2020-10-18]. Dostupné z: https://www.idnes.cz/zpravy/domaci/afazie-aplikace-ztrata-reci-logopedia-uceni.A190318_174606_domaci_brzy
5. DOHNÁLEK, J., 2011. Afatický slovník. In: *ICTUS o.p.s.* [online]. [cit. 2021-4-8]. Dostupné z: <http://www.ictus.cz/Autor>
6. DOW, M., DOW, D., SUTTON, M., 2018. *100 otázek a odpovědí, jak se uzdravit po mozkové mrtvici: rady pro všechny, kteří bojují za své vlastní uzdravení nebo uzdravení někoho blízkého.* Přeložila Kateřina NĚMEČKOVÁ. Brno: BizBooks. 256 s. ISBN 978-80-265-0778-9.
7. FYZIOklinika s.r.o., © 2011–2021. Cévní mozková příhoda (CMP). *FYZIOklinika* [online]. Praha [cit. 2021-4-30]. Dostupné z: <https://www.fyzioklinika.cz/clanky-o-zdravi/cevni-mozkova-prihoda-cmp>
8. HANÁKOVÁ, A., 2010. Komunikace a osoby s narušenou komunikační schopností. In: JURKOVIČOVÁ, P., MARTÍNKOVÁ E., HANÁKOVÁ,

A. *Komunikace a lidé se smyslovým postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, s. 36-51. ISBN 978-80-244-2649-5.

9. HLINOVSKÝ, D., DOLEŽALOVÁ, I., HLINOVSKÁ, J., 2016. Komplexní rehabilitace pacientů po cévní mozkové příhodě – projekt iktového centra Thomayerovy nemocnice. *Praktický lékař*. **96**(6), 267-271. ISSN 0032-6739. Dostupné také z: <http://www.prolekare.cz/prakticky-lekar-clanek/komplexni-rehabilitace-pacientu-po-cevni-mozkove-prihode-projekt-iktoveho-centra-thomayerovy-nemocnice-59726>
10. CHVOJKOVÁ, L., HRUZÍKOVÁ, J., 2014. Rehabilitační ošetřovatelství – teorie a praxe. *Florence* [online]. **14**(11), 19-20 [cit. 2021-4-30]. ISSN 1801-464X. Dostupné z: <https://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2014/11/rehabilitacni-osetrovatelstvi-teorie-a-praxe/>
11. JUŘÍKOVÁ, L., 2013. Afázie aneb Komunikace v ohrožení. *Sestra*. **23**(7-8), 26-27. ISSN 1210-0404.
12. KALITA, Z., 2010. *Akutní cévní mozkové příhody: příručka pro osoby ohrožené cévní mozkovou příhodou, jejich rodinné příslušníky a známé*. Praha: Mladá fronta. 40 s. ISBN 978-80-204-2093-0.
13. KALVACH, P., 2010. *Mozkové ischemie a hemoragie*. 3., přepracované a dopl. vyd. Praha: Grada. 456 s. ISBN 978-80-247-2765-3.
14. KEJKLÍČKOVÁ, I., 2011. *Logopedie v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-247-2835-3.
15. KLUSOŇOVÁ, E., 2011. *Ergoterapie v praxi*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 264 s. ISBN 978-80-7013–535-8.
16. KOCÁBKOVÁ, E., VAŇÁSKOVÁ, E., 2012. Logopedická péče po cévní mozkové příhodě v podmínkách lůžkového rehabilitačního oddělení. *Rehabilitácia*. **49**(3), 184-189. ISSN 0375-0922.
17. KONEČNÝ, P., VYSOKÝ, R., ELFMARK, M., URBÁNEK, K., 2017. Efekty cílené orofaciální rehabilitace u pacientů s poruchou řečových funkcí po cévní

- mozkové příhodě. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie*. **80**(3), 316-322. ISSN 1210-7859. Dostupné z: doi:10.14735/amcsnn2017316
18. KONEČNÝ, P. et al., 2015. Dysfagie po cévní mozkové příhodě. *Rehabilitace a fyzikální lékařství*. **22**(4), 181-184. ISSN 1211-2658. Dostupné také z: <http://www.prolekare.cz/rehabilitace-fyzikalni-lekarstvi-clanek/dysfagie-po-cevni-mozkove-prihode-56724>
19. KONOPÁČ, D., 2016. Narušení komunikační schopnosti při cévní mozkové příhodě. *Florence*. **12**(10), 21-23. ISSN 1801- 464X.
20. KŘIVOŠÍKOVÁ, M., 2011. *Úvod do ergoterapie*. Praha: Grada. 368 s. ISBN 978-80-247-2699-1.
21. LAVOIE, M., BIER, N., MACOIR, J., 2019. Efficacy of a self-administered treatment using a smart tablet to improve functional vocabulary in post-stroke aphasia: a case-series study. *International Journal of Language and communication disorders*. Canada, **54**(2), s. 249-264. [cit. 2021-02-06] ISSN N 1460-6984. Dostupné také z: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1460-6984.12439>
22. LAVOIE, M., MACOIR, J., BIER, N., 2015. Effectiveness of technologies in the treatment of post-stroke anomia: A systematic review. [online]. *Frontiers. Conference Abstract: Academy of Aphasia 53rd Annual Meeting*. Tucson, USA. [cit. 2021-02-06] Dostupné z: DOI: 10.3389/conf.fpsyg.2015.65.00040
23. LECHTA, V., 2011. *Terapie narušené komunikační schopnosti*. 2., aktualizované vyd. Praha: Portál. 388 s. ISBN 978-80-7367-901-9.
24. Lidé po mozkové příhodě mohou komunikovat přes tablet. *Medical tribune*. 2017, **13**(4). ISSN 1214-8911. Dostupné také z: <https://www.tribune.cz/clanek/41690-lide-po-mozkove-prihode-mohou-komunikovat-pres-tablet>
25. LIPPERTOVÁ-GRUNEROVÁ, M., 2016. *Rehabilitace po náhlé cévní mozkové příhodě*. Praha: Galén. 182 s. ISBN 978-80-7492-225-1.

26. LOUGHNAN, R. et al., 2019. Generalizing post-stroke prognoses from research data to clinical data. *NeuroImage: Clinical* [online]. Elsevier, **24** [cit. 2021-02-06]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.nicl.2019.102005>
27. MALLET, K. et al., 2016. Recover Now: Feasibility of a Mobile Tablet-Based Rehabilitation Intervention to Treat Post-Stroke Communication Deficits in the Acute Care Setting. *PLOS ONE* [online]. University of Glasgow, UNITED KINGDOM, **11**(12) [cit. 2021-02-06]. Dostupné z: doi:10.1371/journal.pone.0167950
28. MEREDITH, S., 2011. *Jak se vyhnout infarktu a cévním mozkovým příhodám: vaše obrana v deseti krocích*. Praha: Reader's Digest Výběr. 256 s. ISBN 978-80-7406-146-2.
29. NEUBAUEROVÁ, L., RUSNÁKOVÁ, M., NEUBAUER, K., 2017. Hodnocení vnímání vlastní kvality života sociálních vztahů u stárnoucích osob se získanou poruchou řečové komunikace – afázií. In: POSPÍŠIL, D., SMUTKOVÁ, D. *Podpora člověka v jeho přirozeném prostředí: Sborník vědeckých textů z mezinárodní vědecké konference XIII.* Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, s. 493-499. ISBN 978-80-7421-121-8.
30. NOVÁK, T., 2019. Depresivní porucha po cévní mozkové příhodě. *Neurologie pro praxi*. **20**(5), 377-382. ISSN 1213-1814. Dostupné také z: <http://www.neurologiepropraxi.cz/archiv.php>
31. PEISKER, T., 2016. Léčba v akutní fázi ischemického iktu. *Novinky v akutní kardiologii*, s. 340-348. ISBN 978-80-204-3903-1.
32. PEŠEK, R., PRAŠKO, J., 2016. *Syndrom vyhoření – jak se prací a pomáháním druhým nezničit: Pohledem kognitivně behaviorální terapie*. Praha: Pasparta. 180 s. ISBN 978-80-88163-00-8.
33. PLEVOVÁ I. et al., 2019. *Ošetřovatelství II. 2.* přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada. 200 s. ISBN 978-80-271-0889-3.
34. POKOVÁ, P., ŠNYTR, J., FIRÝTOVÁ, R., 2017. Ortotické vybavení pacienta po cévní mozkové příhodě. *Ortopedická protetika*. (20), 62-66. ISSN 1212-6705. Dostupné také z: <http://www.ortotikaprotetika.cz/casopis.htm>

35. POWELL, T., 2010. *Poškození mozku: Praktický průvodce pro terapeuty, rodinné příslušníky a pacienty*. Praha: Portál. 200 s. ISBN 978-80-7367-667-4.
36. SEIDL, Z., 2015. *Neurologie pro studium i praxi*. 2., přepracované a dopl. vyd. Praha: Grada. 383 s. ISBN 978-80-247-5247-1.
37. SITREN, A., VALLILA-ROHTER, S., 2019. How Well Do We Use Our Technology: Examining iPad Navigation Skills in Individuals With Aphasia and Older Adults. *American Journal of Speech-Language Pathology* [online]. **28**, s. 1523-1536 [cit. 2021-02-06]. Dostupné z: https://pubs.asha.org/doi/10.1044/2019_AJSLP-19-0004
38. ŠEDO VÁ, L., DOLÁK, F., BÁRTLOVÁ, et al., 2020. Role sestry a sekundární prevence cévní mozkové příhody. *Praktický lékař* [online]. **100**(3), s. 131-133 [cit. 2021-4-30]. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/prakticky-lekar/2020-3-11/role-sestry-a-sekundarni-prevence-cevni-mozkove-prihody-123736/download?hl=cs>
39. ŠEMBEROVÁ, I., 2011. Logopedie. In: *ICTUS o.p.s.* [online]. Praha [cit. 2021-4-2]. Dostupné z: <http://www.ictus.cz/LOGOPEDIE>
40. ŠEVČÍK, P. et al., 2016. *Intenzivní medicína*. 3., přepracované. a rozšířené vyd. Praha: Galén, 1195 s. ISBN 978-80-7492-066-0.
41. ŠIŠMOVÁ, H., 2014. Jak přistupovat k lidem s afázií. In: *Afázie* [online]. [cit. 2021-4-2]. Dostupné z: https://www.afazie.cz/?page_id=3282
42. ŠUPÍNOVÁ, M., SKLENKOVÁ, G., 2018. Kvalita života pacientov po náhlej cievej mozgovej príhode. *Kontakt*. **20**(2), 160-167. ISSN 1212-4117. Dostupné také z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/>
43. TOMEK, A. et al., 2018. *Neurointenzivní péče*. 3., přepracované a dopl. vyd. Praha: Mladá fronta, Edice postgraduální medicíny. 607 s. ISBN 978-80-204-5119-4.
44. VÁCLAVÍK, D., SOLNÁ, G., LASOTOVÁ, N. et al., 2015. Péče o pacienty s dysfagií po cévní mozkové příhodě. Standard léčebného plánu. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie*. **78**(6), 721-727. ISSN 1210-7859. Dostupné také z:

<http://www.prolekare.cz/ceska-slovenska-neurologie-clanek/pece-o-pa-cienty-s-dysfagii-po-cevni-mozkove-prihodesstandard-lecebneho-planu-56596>

45. VÁGNEROVÁ, M., 2012. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál. 872 s. ISBN 978-80-262-0225-7.
46. VOLNÝ, O., POKORNÁ, H., MIKULÍK, R. a kol., 2016. *Průvodce cévní mozkovou příhodou pro pacienta a rodinu* [online]. Brno: Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně [cit. 2021-4-30]. ISBN 978-80-906616-0-8. Dostupné z: https://www.fnusa.cz/wp-content/uploads/Pruvodce_CMP.pdf
47. ZACHAROVÁ, E., 2017. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. 254 s. ISBN 978-80-271-0155-9.
48. ZACHAROVÁ, E., 2016. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing. Grada. 128 s. ISBN 978-80-271-0156-6.

8. SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 – Dotazník (*Zdroj: Vlastní výzkum*)

Vážené sestřičky,

jmenuji se Lenka Trpáková a jsem studentkou 3. ročníku obor Všeobecná sestra na ZSF JU. Tímto bych Vás chtěla poprosit o vyplnění tohoto anonymního dotazníku, který bude sloužit jako podklad k výzkumné části mé bakalářské práce. Je určen primárně pro sestřičky, které se ve své praxi setkávají s pacienty po CMP s narušenou komunikační schopností. Děkuji za Váš čas.

- 1) **Jste:** Žena Muž
- 2) **Kolik je Vám let?** 18-30 31-45 46-55 56 let a více
- 3) **Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?**
 Středoškolské Vyšší odborné VŠ bakalářské
 VŠ magisterské VŠ doktorské
- 4) **Na jakém oddělení pracujete?**
 Neurologické oddělení Rehabilitační oddělení Oddělení následné péče
 Jiné:
- 5) **Jaká je délka Vaší praxe?**
 Méně než 10 let 11-20 let 21-30 let 31 a více let
- 6) **Setkáváte se na Vašem oddělení s pacienty po CMP?**
 ANO, ČASTO SPÍŠE ANO SPÍŠE NE NE
- 7) **Mívají tito pacienti problém s komunikací jako následek CMP?**
 ANO SPÍŠE ANO SPÍŠE NE NE
- 8) **Pokud jste odpověděl/a ANO nebo SPÍŠE ANO, uveďte prosím, jak často s nimi přicházíte do kontaktu:**
 ČASTO OBČAS ZŘÍDKA

9) Vyberte faktory, které podle Vás ovlivňují komunikaci sestry a pacienta po CMP (můžete označit více odpovědí)

- Nedostatek pomůcek Nedostatek trpělivosti z mé strany
 Nedostatek pacientovy trpělivosti Nevím, jak správně komunikovat
 Pacientova neochota komunikovat
 Nic z výše uvedeného
 Jiné:

10) Dochází na Vaše oddělení klinický logoped?

- ANO NE NEVÍM

11) Pokud jste odpověděl/a ANO, považujete spolupráci s klinickým logopedem za přínosnou?

- ANO SPÍŠE ANO SPÍŠE NE NE

12) Máte na Vašem oddělení k dispozici nějaké pomůcky usnadňující komunikaci s pacientem s poruchou řeči po CMP?

- ANO NE NEVÍM

13) Pokud jste odpověděl/a ANO, vyjmenujte jaké:

.....

14) Jaký způsob komunikace volíte nejčastěji u pacienta s poruchou řeči po CMP? (můžete označit více odpovědí)

- Používám pomůcky (tužka a papír, komunikační tabule, kartičky apod.)
 Využívám neverbální komunikaci – pomocí mrkání, nebo stisku ruky, kývnutí hlavy, odezírání ze rtů apod.
 Nic z uvedeného
 Jiné:

15) Edukujete o možnostech komunikace i rodinu pacienta? (Je-li to možné)

- Ano Spíše ano Spíše ne Ne

16) Slyšel/a jste někdy o moderních aplikacích pro tablety či mobilní telefony usnadňující komunikaci s pacientem s poruchou řeči?

- Ano, slyšel/a a využívám je.
 Ano, slyšel/a, ale nevyžívám je.
 Ne, neslyšel/a.

17) Pokud tyto aplikace znáte, ale nevyžíváte, jaký je důvod?

Uveďte:

18) Uvítal/a byste využívání tabletů s aplikacemi usnadňující komunikaci u pacientů s poruchou řeči na Vašem oddělení?

ANO SPÍŠE ANO NEVÍM SPÍŠE NE NE

Na oddělení již využíváme

19) Měl/a byste zájem o vzdělávací kurz na téma Komunikace s pacientem s narušenou komunikační schopností po CMP?

ANO SPÍŠE ANO SPÍŠE NE NE

20) Myslíte si, že sestra může vést pacienta po CMP k rozvoji komunikaci?

URČITĚ ANO SPÍŠE ANO NEVÍM SPÍŠE NE NE

21) Jak by podle Vás mohla sestra rozvíjet komunikaci pacienta po CMP?

Uveďte:.....

9. SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

CMP – Cévní mozková příhoda

CT – Počítačová tomografie

ČR – Česká republika

HK – Horní končetina

IVT – Intravenózní trombolýza

JIP – Jednotka intenzivní péče

MT – Mechanická trombektomie

ODD. - Oddělení

RIND – Reverzibilní ischemický neurologický deficit

TIA – Tranzitorní ischemická ataka

TZV. - Takzvaně