

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Nároky kladené na sestru při komunikaci s pacientem s afázií

Bakalářská práce

Mgr. Ivana Chloubová

2007

Magdalena Videnská

Abstrakt

Aphasia is defined as a systemic speech disorder which is caused by organic brain damage and on different levels it affects the organisation of speech. It is caused by the damage of the dominant hemisphere associated with tumours, injuries, brain stroke, haemorrhage, meningitis and the like. Aphasia can affect people of all ages. The communication with an aphasic patient is difficult and the demands required from nurses are high. In my work I suggest an alternative way of communication which would facilitate and improve the communication of an aphasic patient with other people.

My work is based on the methodological handbook "Pictograms" written by Mgr. Kubová. This book deals with using a communication picture system – pictograms – for education and development of social communicative skills of children and adults with either mental or multiple handicaps, and it is used in many western countries.

I decided to provide nurses and aphasic patients with these pictograms. The aim was to help aphasic patients to express their feelings and needs. By using the pictograms I tried to cover the basic human needs – the need of bowel movement, the feeling of thirst, pain, cold and so on. After about a three month use of pictograms I asked the nurses to complete a questionnaire and express their opinion on using the pictograms and on the pictograms benefit to the aphasic patients. The research was quantitative. For the data collection I chose the method of a questionnaire. The data obtained are processed in the form of tables and charts. The research group were the nurses who, when working with aphasic patients, were using the pictograms. The research was carried out in the Hospital of České Budějovice a.s., at the Nerve ward and the Follow-up care ward. The Charity Nursing Service in České Budějovice also used the pictograms in home nursing.

The best of results with the pictograms were definitely reached in home nursing. 87,5 % of the nurses recommend using pictograms. When filling in the questionnaire the nurses included not only their own experience of using pictograms but also the experience of the family members taking all-day care of their aphasic relatives. The family members were able to say how well the pictograms served their purpose. The

pictograms are recommended to be used by 73 % of the nurses of the Nerve ward and 62,5 % of the nurses of the Follow-up care ward. The results say that the pictograms were best used in home nursing aphasic patients.

I believe that pictograms will become an important part of the communication with an aphasic patient and that they will be used effectively even though their use is time and patience demanding. The nurse's reward is better quality nursing care and happier patients.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Nároky kladené na sestru při komunikaci s pacientem s afázií“ vypracovala samostatně a použila jen pramenů, které cituji a uvádím v příložené bibliografii.

V Českých Budějovicích

.....

Poděkování

Děkuji Mgr. Ivaně Chloubové za pomoc a odborné vedení při sestavování mé bakalářské práce. Rovněž děkuji paní Zorce Šílené, DiS. a všem sestřím z Charitní ošetrovatelské služby při Městské charitě České Budějovice za ochotu, se kterou se podílely na získávání údajů pro výzkum k mé bakalářské práci.

.....

V Českých Budějovicích

Obsah

| | |
|---|----|
| ÚVOD | 8 |
| 1. SOUČASNÝ STAV | 10 |
| 1.1 ŘEČ | 10 |
| 1.1.1 Biologické základy řeči | 11 |
| 1.1.2 Řeč a funkční asymetrie mozkových hemisfér | 12 |
| 1.1.2.1 Model řízení řečových funkcí | 13 |
| 1.1.2.2 Funkční specializace mozkových hemisfér | 13 |
| 1.1.3 Podmínky vývoje řeči | 14 |
| 1.1.4 Poruchy řeči | 14 |
| 1.2 AFÁZIE | 15 |
| 1.2.1 Klasifikace afázie | 15 |
| 1.2.1.1 Klasifikace afázie dle Kimla..... | 15 |
| 1.2.1.2 Bostonská klasifikace afázie..... | 16 |
| 1.2.1.3 Lurijova klasifikace afázie..... | 17 |
| 1.2.2 Diagnostika afázie..... | 18 |
| 1.2.3 Psychologická charakteristika řečově postižených..... | 20 |
| 1.3 SOCIÁLNÍ KOMUNIKACE..... | 21 |
| 1.3.1 Funkce lidského komunikování..... | 22 |
| 1.3.2 Motivace ke komunikování..... | 23 |
| 1.3.3 Druhy sociální komunikace..... | 25 |
| 1.3.3.1 Neverbální komunikace..... | 25 |
| 1.3.3.2 Verbální komunikace..... | 31 |
| 1.3.3.3 Paralingvistická komunikace..... | 32 |
| 1.3.4 Komunikace s pacientem s fatickou poruchou..... | 33 |
| 1.4 KOMUNIKAČNÍ SYSTÉM S OBRÁZKOVÝMI KOMUNIKAČNÍMI SYMBOLY – PIKTOGRAMY..... | 35 |
| 2. CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY..... | 37 |
| 2.1 CÍLE..... | 37 |

| | |
|---|-----|
| 2.2 HYPOTÉZY..... | 37 |
| 3. METODIKA..... | 38 |
| 3.1 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU..... | 38 |
| 4. VÝSLEDKY..... | 39 |
| 4.1 CELKOVÉ VÝSLEDKY..... | 39 |
| 4.2 VÝSLEDKY DLE ODDĚLENÍ..... | 54 |
| 4.3 VÝSLEDKY DLE VĚKU SESTER..... | 70 |
| 4.4 VÝSLEDKY DLE DOSAŽENÉHO VZDĚLÁNÍ..... | 82 |
| 5. DISKUZE..... | 94 |
| 6. ZÁVĚR..... | 98 |
| 7. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY..... | 101 |
| 8. KLÍČOVÁ SLOVA..... | 103 |
| 9. PŘÍLOHY..... | 104 |

Úvod

Afázie je definována jako systémové narušení řeči, které vzniká při organických poškozeních mozku a v různých úrovních zasahuje organizaci řeči. Nastává následkem poškození dominantní hemisféry mozku při nádorech, úrazech, náhlých mozkových příhodách, při krvácení do mozku, zánětech mozku apod. Afázie může postihnout pacienty všech věkových kategorií.

To, s jakými problémy se pacient trpící afázií potýká při pobytu v nemocnici a co a jak vnímá, ilustrují následující řádky. Jde o výpověď muže, který byl ve věku 56 let postižen těžkou cévní mozkovou příhodou s kvadruparézou a expresivní afázií.

„Když byl pan S. přemístěn na neurologii, přišel na jeho místo pacient mladší než já. Mohl se pohybovat, mluvit, vše, co jsem si taky přál. Byl to vtipný a veselý člověk. V té době mi už také zrušili tracheostomii. Rána pomalu zarůstala a začínal jsem mluvit. Zkoušel jsem na něho mluvit – správněji huhlat, ale můj hlas byl slabý, asi nerozuměl, a proto většinou dělal, že neslyší. Mé mluvení opravdu nestálo za nic, jen jsem se zkoušel nějak zapojit do hovoru. Sestry měly radost, že mají na JIP pacienta, který zajímavě komunikuje, a pán byl často terčem hovoru. Bylo to zajímavé poslouchat, ale o to méně se hovořilo na ostatní. Škoda. Tak rád bych se také aspoň trochu do hovoru zapojil, komunikace mi moc chyběla.“

„Neobyčejně jsem toužil po komunikaci s ostatními. Mluvit jsem ještě neuměl, začínal jsem trochu huhňat. Hýbal jsem pravou rukou. Moc prostředků ke komunikaci nezbývalo. Například při návštěvách mi žena odříkávala celou abecedu a já jsem dával znamení, které písmenko potřebuji do utvoření slova. Nebylo to zrovna jednoduché. Kdo říká, že než takovou složitost, tak by raději mlčel, nemluví pravdu. Ono mlčet několik dní lze. Když to ale trvá tři měsíce, pak už člověk mínění mění.“

„Jednou nás se ženou pozoroval student zdravotní školy a přišel se zlepšovákem, který se nám velice osvědčil. Napsal na papír fixem abecedu a já jsem mohl snáze a rychleji trochu pohyblivou rukou ukazovat postupně písmenka a slova, které jsem chtěl ženě sdělit. Ačkoliv se tabulka nedočkala všeobecného uznání, pro mě to byla ohromná věc.“

„V období velkého huhňání jsem jednou něco chtěl po sestře z jiného oddělení. Nerozuměla mi, což by bylo možné, ale ani se o to nesnažila. Zato odpověděla: „ Pane, my vám nerozumíme, tak raději nemluvte!“ Trochu mne zlobilo, že nebyla ani snaha o porozumění.“

„Byly sestry, které prosazovaly, aby návštěvy trvaly krátce. Podle mne neví, co těmi řečmi činí. Z dlouhých 24 hodin jednoho dne byla i tzv. dlouhá návštěva jen malou částí, po kterou jsem cítil, že jsem opravdu mezi lidmi. Pokud jsem nekomunikoval, byl jsem ostatní část dne totiž skoro stále sám.“

„Na všechny pacienty velmi dobře působilo, když sestry vcházely do pokoje pacientů s úsměvem na rtech. Vnímající pacient, a to může být každý, je takovýmto přístupem sestry vždy potěšen. A teď už jenom mimo úsměvu přidat trochu lidštějšího přístupu ke člověku – pacientovi. Třeba jen prováděný úkon popsat, aby pacient slyšel sestru, jak mluví jen k němu a ne jenom o něm jak o porouchaném stroji. To vše stojí jen malé úsilí, ale u mne jako nemluvícího se to nedělalo. Mluvící pacient se zeptá, ale nemluvící to chce taky vědět.“

„Ještě jednou se vracím k mluvení, zejména na nemluvící pacienty. Hlavou se mi točí heslo, které jsem si při pobytu v nemocnici vytvořil. Totiž: „Kdo nemluví, nic nechce!“ Tak jsem to cítil. Jenže pacient skoro vždycky něco chce, jen to nemůže říct. Prosím za ostatní, kteří se ocitnou v podobné situaci, jako jsem byl já. I když je to těžké mluvit na někoho, kdo neodpovídá: „Sestry, mluvte na nemluvící co nejvíc!“

Výpověď pana E. T. dává představu o tom, jak se člověk postižený afázií cítí a také jaké potřeby může mít. I na základě výše uvedených zkušeností se tato práce zabývá možnostmi zlepšení, zkvalitnění a usnadnění komunikace afatického pacienta se svým okolím jak v nemocnici, tak i v domácím prostředí.

1. Současný stav

1.1 Řeč

Lidská řeč je souborem speciálních zvukově artikulačních symbolů, které dokáží přenášet vnitřní informaci. Je charakterizována individualitou a socializací, má vnitřní a vnější strukturu, má redundantní (nadbytečnou) informaci, gramatiku a vyvíjí se. Doposud není jednotná definice. Každý vědec může definovat řeč ze svého hlediska, např. lingvistického, společenského, medicínského apod., např.:

Novák: *„Řeč je způsob chování člověka, které tento živočišný druh odlišuje od jiných živočichů. Je to biologický systém specializovaný pro přenos významných informací pomocí jazykových znaků.“*

Erhart: *„Řeč je systém znaků, které slouží na dorozumění v určitém etnickém společenství.“*

Wundt: *„Řeč je schopnost používat výrazových pohybů – skládá se z hlásek a jiných podobných znaků, které vznikají svalovou činností a vyjadřují vnitřní stavy.“*

Řeč má z komunikačního hlediska dvě spojené stránky:

a) řeč produkujeme, vytváříme = *expresivní složka*

b) řečová sdělení přijímáme a rozumíme jim = *receptivní složka* (Lejska, 2003, str. 78).

Hodnocení kvality normální řeči je velmi složité. Neméně komplikované je hodnocení poruch řeči. Základní pravidla tvorby řeči jsou trvalá a opakují se ve všech jazycích = segmentace řeči, tvoření logických řečových řetězců, abstrakce řeči, kóktavost. Na charakter řeči má vliv věk, vzdělání, inteligence, zkušenost cvičení, ale také únava, psychický stav apod. Metody hodnocení, i když se drží obecně platných pravidel a více či méně přesného srovnání s většinovým projevem, vyházejí hlavně ze subjektivního posouzení. Řeč je lidská schopnost i vlastnost. Není individuální, ale je vlastní celému druhu Homo Sapiens (Lejska, 2003, str. 79).

1.1.1 Biologické základy řeči

Přestože mluví každý zdravý člověk, detailní biologicko-anatomický podklad řeči není doposud přesně znám. Základním pilířem schopnosti řečové komunikace je nepochybně mozek.

Hodnocení podílu mozku na tvorbě řeči vycházelo a doposud vychází ze sledování patologických projevů řeči u přesně definovaných onemocnění mozku, např. krvácení do mozku, demyelinizace nervových spojů apod.

Biologické základy řeči tvoří:

A. Základy organické

1. Mozek
2. Sluch
3. Jemná motorika

B. Základy organické

1. Vyšší nervová činnost
2. Zpětná vazba akustická
3. Zpětná vazba motorická

A. Základy organické

1. *Mozek* se podílí na obou složkách řeči (expresivní a receptivní). Je bezpochyby nejdůležitějším podkladem pro řečové schopnosti. Bez mozku by člověk nemluvil. Přestože je tato skutečnost známá již tisíce let, nejsou dosud poznatky o detailní činnosti mozku při tvorbě řeči kompletní. Dle lokalizacionistické teorie existují na struktuře mozku centra, jejichž poškození vede k určitým typům poruchy řeči:

- centrum motorické Brocovo – neschopnost ovládat pohybové stereotypy mluvidel
- centrum senzorické Wernickeovo – ukládání řečových obrazců
- centrum sluchové Henscheovo – rozpoznávání akustických zvuků řeči.

2. *Sluch* se podílí na obou složkách řeči, ale významnější je v receptivní oblasti. Poškozený sluch – nedoslýchavost, hluchota, který neumožňuje příjem řečových signálů,

omezuje nebo dokonce vylučuje spontánní tvorbu řeči. V expresivní oblasti se uplatňuje při akusticko-fonační zpětné vazbě.

3. *Jemná motorika* je souhrnný název pro veškeré procesy ovlivňující schopnost provádět nejpřesnější a nejjemnější motorické pohyby. Vzájemné působení synchronních a protichůdných sil pohybové soustavy, jejich koordinace, vyvážení, řízení a kontrolování vyžaduje přesnou činnost všech zúčastněných oblastí. Celý tento automatický proces je ovlivnitelný vůlí a má schopnost se učením zlepšovat.

B. Základy funkční

1. *Vyšší nervová činnost* je Pavlovem definována jako schopnost CNS provádět logické soudy a analýzy. Řečový projev je řízen vyšší nervovou činností nejenom ve svém obsahu, ale v celé řečové struktuře. Bez této schopnosti se řeč rozpadá.

2. *Zpětná vazba akustická* poskytuje mluvčímu kontrolu vlastního projevu ve všech jeho součástech (tj. obsah řečového sdělení, způsob řečového sdělení, zdůraznění jednotlivých součástí řeči apod.). Slyší co a jak říká a stále se kontroluje. Nedostatek této schopnosti se projevuje omezením řečových prostředků, ztrátou melodiky, zploštěním obsahu, postižením komunikační a sdělovací kapacity řeči vůbec.

3. *Zpětná vazba motorická*. Podobně jako jiné projevy jemné motoriky trvale zpětně kontroluje motorické pochody řečového projevu, např. napětí svalů, postavení mluvidel, koordinace jednotlivých částí atd. Postižení této funkce vede k neschopnosti vyslovování určitých komponent nebo někdy i řeči jako celku (Lejska, 2003, str. 80, 81).

1.1.2 Řeč a funkční asymetrie mozkových hemisfér

V některých funkcích se mozek člověka příliš neliší od mozku vyšších živočichů. To platí například o kontrole pohybu nebo analýze smyslových údajů. Lidský mozek je však jedinečný ve dvou směrech – člověk je schopen se naučit rozmanitým specializovaným činnostem, které se zcela vymykají možnostem zvířat. Nejdokonalejším příkladem této schopnosti je řeč. Nikdo z lidí se nerodí se znalostí řeči, ale každý se naučí mluvit, psát a číst (pokud pomineme mimořádné případy). Druhou

zvláštností lidského mozku je jistá funkční specializace obou mozkových hemisfér, z hlediska funkčního je tedy mozek asymetrický (Králíček, 2002, str. 193-194).

1.1.2.1 Model řízení řečových funkcí

Mechanismy, které mají přímý vztah k řeči, tj. které umožňují porozumět mluvenému a tištěnému slovu a zároveň vyjádřit myšlenky slovem a písmem jsou lokalizovány ve dvou oblastech neokortexu. První leží v zadní části gyrus temporalis superior mezi primárním sluchovým centrem a gyrus angularis. Označuje se podle svého objevitele jako *Wernickeho senzoričké centrum řeči*. Tato oblast je zřejmě nutná pro pochopení významu slyšené a psané řeči. Druhá klíčová oblast kontrolující řečové funkce leží v krajině pars opercularis gyri frontalis interiér a označuje se podle svého objevitele jako *Brocovo motorické centrum řeči*. Tato oblast umožňuje slovní i písemné vyjádření myšlenek. Předpokládá se, že základní myšlenková struktura, kterou chceme vyjádřit, ať již slovem či písmem, vzniká opět v oblasti Wernickeho pole. Tato informace je poté přenášena prostřednictvím svazku nervových vláken do Brocova pole. Zde se sestavuje gramatická struktura budoucích slov a vět. Jejich fonetická podoba zakódovaná do určitého vzorce vzruchové aktivity je poté převáděna do výkonné oblasti motorického kortexu, která kontroluje fonaci a artikulaci. Pokud jde o vyjádření myšlenek písemnou formou řeči, soudí se, že se využívá stejných přenosových informačních cest s výjimkou výkonných oblastí motorického kortexu (Králíček, 2002, str.194).

1.1.2.2 Funkční specializace mozkových hemisfér

U většiny populace jsou řečové funkce kontrolovány levou hemisférou mozku, zatímco odpovídající oblasti pravé hemisféry umožňují vnímání a interpretaci neverbálních jevů jako je hudba, emoce nebo složité, těžko slovy popsatelné vizuální vzorce, jako jsou např. tváře lidí. Lateralizace se ale netýká pouze řečových funkcí, jak bylo uvedeno výše. Doporučuje se proto používat názvu *specializace hemisfér*

s uvedením příslušné funkce. Jazyková specializace levé hemisféry u většiny populace úzce koreluje s preferenčním používáním pravé ruky. U leváků mohou být verbální mechanismy lokalizovány v levé, ale i v obou nebo pouze v pravé hemisféře. (Králíček, 2002, str. 195).

1.1.3 Podmínky vývoje řeči

Řeč se vyvíjí na základě vnitřních zděděných faktorů a sluchových, zrakových a hmatových podnětů jako složitý komplex podmíněných reflexů. Souvisí s vyspíváním nervové činnosti. Vývoj řeči je spontánní proces, kterým se manifestuje vrozený komunikační instinkt. Řeč jako nástroj komunikace a známka vyšší nervové činnosti se vyvíjí nezávisle na přání či vůli jedince. Řeč se vyvine vždy, pokud jsou splněny základní podmínky vývoje řeči - dostatečný sluch, nepoškozený CNS a nepoškozené zpětnovazebné mechanismy, nepoškozené fonační a artikulační ústrojí (mluvidla) a mluvící okolí (Lejska, 2003, str. 89, 90).

1.1.4 Poruchy řeči

Řeč a jazyk závisejí především na fungování kůry levé mozkové hemisféry, specifický význam má Wernickeho a Brocovo centrum, ale i další asociační oblasti. Bez významu není ani kůra pravé hemisféry. Poruchy řeči v užším slova smyslu zahrnují odchylku v oblasti porozumění a postižení schopnosti vyjadřování. Lze je členit na *poruchy receptivní složky řeči*, kdy člověk není schopen dobře porozumět verbálnímu sdělení. Typickým příkladem je receptivní dysfázie, resp. afázie, která vzniká v důsledku postižení určitých oblastí v kůře levé mozkové hemisféry. A *poruchy expresivní složky řeči* lze rozdělit na postižení obsahové stránky řeči a její formální podoby. K obsahovému narušení vede expresivní dysfázie, resp. afázie, kdy nemocný není schopen se adekvátně vyjádřit mluveným slovem. Její příčinou je rovněž postižení Brocova centra v levé mozkové hemisféře. Příkladem formální poruchy mluvené řeči může být mutismus, tj. nemluvnost, kdy postižený jedinec mluvit umí, ale z určité

psychické příčiny, obvykle dočasně, komunikovat nedokáže. Do této kategorie patří i poruchy výslovnosti, např. dysartrie, tj. porucha artikulace, jejíž příčinou je narušení motoriky mluvidel. Dále to může být balbuties, tj. koktavost, což je porucha plynulosti řeči (Vágnerová, 2004, str. 66-67).

1.2 Afázie

Afázie znamená ztrátu již vyvinuté řeči. Je to úplná nebo částečná neschopnost přijímat a vysílat symbolické kódy mluvené nebo psané řeči, na podkladě poškození mozku. Podstatu afázie charakterizují tyto faktory:

- 1) jde o získanou poruchu komunikační schopnosti,
- 2) postižení je v oblasti symbolických funkcí,
- 3) vzniká při ložiskovém poškození mozku,
- 4) objevuje se vliv mozkové léze na vyšší nervové funkce člověka.

Vzniká vždy při náhlém poškození kteréhokoliv centra řeči v mozku. Mozek obsahuje velké množství nervových cest a spojů, které spojují nejrůznější funkční části mozku navzájem. Proto postižení jednoho místa mozku může vyvolat nejrůznější odezvu a naopak postižení v různé lokalitě se může projevit obdobnými příznaky. Afázie vzniká nejčastěji jako následek cévních mozkových onemocnění, buď nedokrevnosti nebo naopak krvácení do mozku (Lejska, 2003, str. 109).

1.2.1 Klasifikace afázie

1.2.1.1 Klasifikace afázie dle Kimla

- 1) Afázie totální – kompletní narušení všech součástí řeči, postižený se navenek projevuje jako „dementní“.
- 2) Afázie motorická – postižený všemu rozumí (malé nebo žádné narušení receptivní složky), ale nic nedokáže vyslovit (porušená exprese). Protože se sám slyší a uvědomuje si svůj řečový projev, má logofobii (Lejska, 2003, str. 109).

Neplýnulá afázie je důsledkem poškození Brocova centra, resp. oblasti kolem tohoto centra v levém v levém frontálním laloku (Vágnerová, 2004, str. 242).

3) Afázie sensorická – postižený je jako cizinec v zemi, jejíž řeč neovládá. Ví, že se na něho mluví, ale ničemu nerozumí. On sám mluví naopak velmi lehce, ale protože se nemůže kontrolovat (nerozumí ani své vlastní řeči), sdělení se mění v „blábol“. Typický je nekontrolovaný tok „blábolů“, tzv. logorhea (Lejska, 2003, str. 110). Je důsledkem poškození Wernickeho oblasti v levém spánkovém laloku, event. i okolní kůry (Vágnerová, 2004, str. 242).

1.2.1.2 Bostonská klasifikace afázie

Navzdory tomu, že ve starší neurologické literatuře stále dominuje klasické rozdělení afázie (motorická, sensorická, totální), dnes už toto zjednodušené dělení ustupuje, protože je v jistém slova smyslu zavádějící a nepřesné. Při motorické afázii, která vzniká při lézi frontálních oblastí dominantní mozkové hemisféry, nevznikají pouze „motorické“ těžkosti v řeči (neschopnost produkovat řeč), ale tito pacienti mají vždy ve větší či menší míře i problémy při dekodování řeči, tj. těžkosti při porozumění řeči. Naopak pacienti s lézí v temporální části kortexu nemají pouze obtíže při porozumění řeči (jak se často uvádí při sensorické afázii), ale jejich těžkosti se manifestují i při kódování mluvené řeči, tj. při výstupu.

Bostonská klasifikace, která se dnes používá téměř na celém světě, se opírá o klasickou neurologickou klasifikaci, jejíž základy položili P. Broca a K. Wernicke a jejíž typickou charakteristikou je to, že jednotlivé typy afázie popisuje ve vztahu k lézím specifických oblastí mozku (Cséfalvay a spol., 2002, str.1).

Bostonská klasifikace afázie je nazývána i jako neoklasické dělení, neboť při označování jednotlivých typů afázie používá klasickou terminologii. Charakteristika různých klinických syndromů je však mnohem detailnější. Základní klinické syndromy afázie byly nejpodrobněji popsány v pracích neurologů a afaziologů bostonské školy. Při klasifikaci se vycházelo z toho, že jednotlivé syndromy afázie se liší na základě výkonů v Bostonském testu afázie. (Cséfalvay a spol., 2002, str.5).

V podstatě jde o vnitřní diferenciaci afázie založenou na silných a slabých stránkách jednotlivých řečových modalit – pojmenování, fluence konverzační řeči, porozumění mluvené řeči, opakování. Základní charakteristiky Bostonské klasifikace afázie viz Příloha č. 2 (Lechta, 2003, str. 209).

1.2.1.3 Lurijova klasifikace afázie

Klasifikace afázie, kterou popsal A. R. Lurija, je založena na koncepci funkčních bloků a kortikálních zón mozku. Na rozdíl od ostatních přístupů je Lurijův orientován nejen na topiku léze mozku, ale i na definování primárního defektu. Tímto definováním primárního defektu Lurija vysvětluje charakter symptomů, jež vznikly při lézích daných oblastí mozku. Takto lze vysvětlit např. to, že stejný symptom (porucha porozumění řeči) může vzniknout z rozličných příčin, tedy i při různé lokalizaci poškození.

Lurija dělí afázie na dva základní typy:

1. afázie, které vznikají při lézích předních částí mozku – dynamická afázie a eferentní motorická afázie,
2. afázie vznikající při poškození zadních oblastí mozku – aferentní motorická, akusticko-mnestická, sensorická, sémantická a amnestická.

U dynamické afázie je primárním defektem iniciace řeči. Léze je lokalizována na frontálním laloku. Eferentní motorická afázie je charakterizována poruchou kinetické organizace, léze se nachází v precentrální kortikální oblasti. Primárním defektem aferentní motorické afázie je porucha kinestetické aferentace s lézí v postcentrální kortikální oblasti. Sensorická afázie je spojena s poruchou fonematische diferenciaci a léze se nachází v horní zadní temporální oblasti. Akusticko-mnestická afázie je charakterizována poruchou sluchově-řečové paměti a patologická léze je lokalizována ve střední temporální kortikální oblasti. Sémantická afázie je spojena s poruchou simultánní syntézy informací. Léze se nachází v temporální kortikální oblasti (Lechta, 2003, str. 209).

1.2.2 Diagnostika afázie

První klinickou známkou afázie je, pokud pacient následkem mozkového poškození reaguje převážně na optické a taktilní stimuly, zatímco verbální podněty u něj vyvolávají jen omezenou reakci. V diferenciální diagnostice musí být vyloučena porucha sluchu (Lippertová-Grünerová, 2005, str. 158).

Každá afaziologická škola – lze dokonce říci, že každé významnější afaziologické výzkumné centrum – si vytvořila vlastní přístup, příp. alespoň modifikaci používaných testů nebo testových baterií (Lechta, 2003, str. 210).

Jednu z prvních formalizací afaziologických testů provedl ještě na začátku 20. století Henry Head. Je pozoruhodné, že jeho postup vyšetřování se v hrubých rysech velice podobá dnešním testům afázie. Vyšetřování řeči afatika by se mělo zaměřit na vyšetření a hodnocení spontánní řeči, porozumění řeči, opakování a pojmenování. Hodnocení může být komplexní jen tehdy, neomezí-li se pouze na mluvenou řeč, ale zahrne-li také psanou formu řeči (čtení, psaní).

V anglické jazykové oblasti, především v USA a v Kanadě, se v posledních letech rozšířily podrobně strukturované testy afázie. Některé z nich tvoří součást neuropsychologických testových baterií. Používají je v klinické praxi či k výzkumným účelům logopedi, psychologové, lingvisté a lékaři.

- *Minnesota Test for Differential Diagnosis of Aphasia (MTDDA)* – test je zaměřen na zjištění silných a slabých článků jazykových funkcí ve všech jeho modalitách, tvoří jej 595 položek, jež jsou zařazeny do šesti částí (auditivní poruchy, vizuální a čtecí poruchy, řečové a jazykové poruchy, vizuomotorické poruchy a poruchy psaní, numerické a aritmetické poruchy, orientace na vlastním těle).
- *Porch index of Communication Ability (PICA)* – test je rozdělen do 18 subtestů, pořadí úloh je opačné než v jiných postupech jsou seřazeny od nejtěžších po nejlehčí, předmětem kritiky je fakt, že PICA neobsahuje vyšetření spontánní, resp. konverzační řeči a že obrácené pořadí úkolů (od nejtěžších po nejlehčí) může negativně ovlivnit výkon afatiků.

- *Boston Diagnostic Aphasia Examination* (BDAE) – metoda, která je zaměřená především na identifikaci klinických syndromů afázie, autoři se zaměřují na popis a strategii chování pacienta. Hodnotí se konverzační a spontánní řeč, porozumění mluvené řeči, motorika artikulačních orgánů, produkce automatických řad (např. dny v týdnu), porozumění psané řeči a psaní. V manuálu testu jsou uvedeny typické profily řečových charakteristik pro jednotlivé typy afázie.
- *Western Aphasia Battery* (WAB) – svou podstatou a skladbou je velmi podobná BDAE. Zásadní rozdíl mezi nimi spočívá ve způsobu kvantifikace. WAB se skládá z částí, v nichž se vyšetřuje spontánní řeč, porozumění řeči, pojmenování, opakování, psaní, čtení, praxie, kalkulie a konstrukční schopnost. Podle skóre získaných v jednotlivých částech testu lze určit typy afázie.
- *Aachener Aphasia Test* (AAT) – jde o psycholingvisticky orientovanou metodiku diagnostiky afázie, která má tyto části: spontánní řeč, Token test, opakování, psaná řeč, pojmenování, porozumění řeči. Tyto části testu slouží ke klasifikaci afázie dle základních symptomů, hodnocení stupně poruchy a popis afázie z hlediska různých jazykových modalit.
- *Token test a jeho modifikace* – je zaměřen na kvantifikaci poruch receptivní složky řeči a krátkodobé verbální paměti afatiků. Původní verze se skládala z více než 100 instrukcí. Afatik měl manipulovat s různými geometrickými tvary. Rozsah informací se postupně zvětšoval, přičemž se zvyšovala i lingvistická náročnost úloh. Předmětem kritiky byla mimo jiné i časová náročnost testu. Proto vzniklo několik jeho zkrácených verzí. Oproti původnímu záměru, tj. že Token testem bude možné hodnotit především impresivní složku řeči, se objevily pokusy použít test i k vyšetření exprese. Pacient měl fiktivní osobě sedící za zády examinátora dávat instrukce podle toho, jak vyšetřující manipuloval s geometrickými tvary (Lechta, 2003, str. 213-217).

Z uvedeného přehledu diagnostických postupů vzhledem k jejich klinické aplikaci vyplývají následující závěry. Testy afázie by měly relevantně diferencovat afatiky od neafatiků, jakož i konkrétní klinické syndromy afázie, a kvantitativně zhodnotit míru

poruchy jednotlivých modalit mluvené a psané řeči. Kromě kvantitativní analýzy poruch řeči by měly poskytovat možnost pro kvalitativní analýzu poruch se zaměřením na specifikaci mechanismu poruchy. Vyšetření afatika se má zaměřit i na hodnocení pragmatické roviny komunikace, tj. zjistit jeho komunikační schopnost v reálných komunikačních situacích. Těmito kvantitativně a kvalitativně orientovanými testy afázie by měl terapeut získat dostatek údajů o struktuře poruchy důležitých pro volbu adekvátní terapeutické techniky (Lechta, 2003, str. 222).

V diagnostice afázie je třeba spolupracovat s celou řadou lékařských oborů, které se zabývají diagnostikou a léčbou postižení mozku – neurologie, neurochirurgie, postižením hybnosti – neurologie, rehabilitace a psychickou funkcí – psychologie, psychiatrie. Využívají se složitá měřicí zařízení k ocenění funkce mozku a k poznání druhu a rozsahu postižení – EEG, rtg, CT, magnetická rezonance, pozitronová emisní tomografie (Lejska, 2003, str. 112)

1.2.3 Psychologická charakteristika řečově postižených

Poruchy řeči a jazyka mohou vést, v závislosti na jejich typu, k narušení kognitivních funkcí a socializace. Nedostatky v porozumění řeči i aktivním řečovém projevu negativně ovlivňují rozvoj poznávacích procesů a omezují jejich přiměřené uplatnění. Jestliže je ztíženo porozumění mluvené řeči, dostává se jedinci méně smysluplných verbálních podnětů, které mohou sloužit jako informace a přispět tak k rozvoji jeho znalostí a schopností. Člověk s poruchou řeči působí jako jedinec s nižší úrovní rozumových schopností, resp. vzdělanosti. I kdyby byl schopen uvažovat adekvátním způsobem, nemůže se tato kompetence plně projevit, protože vyjádření jeho úsudku bude neobratné, redukované nebo jinak nepřiměřené (Vágnerová, 2004, str. 244-245).

Poruchy řeči se vždy projeví i narušením komunikace, resp. celkové sociální adaptace. V souvislosti s poruchou řeči může být narušen vývoj sociálních dovedností, zejména pokud nějak souvisí s komunikací. Obtížnost adekvátního vyjádření vlastních pocitů a přání, resp. přiměřené reakce na projev jiného člověka, je prožívána jako

frustrující. Komunikace se za těchto okolností stává zdrojem stresu. Lidé s poruchou řeči nejsou vždy schopni i v běžných sociálních situacích vhodně reagovat. Pro řešení komunikačních potíží mnohdy volí méně přiměřené obranné reakce, nejčastěji únikového charakteru. Důležitým aspektem je i subjektivní hodnocení poruchy řeči. Jakékoliv narušení řečové produkce je sociálně nápadným postižením, které nelze před ostatními zatajit. Je nutno s nimi komunikovat, prezentovat své názory, znalosti a výsledky práce apod. Narušení řeči může vyvolávat negativní emoce, např. úzkost a strach z nutnosti někde mluvit. Tím dochází ke zhoršení sebehodnocení vadně mluvícího, snížení jeho sebedůvěry, životních aspirací a stimulaci různých obranných reakcí. Postižený člověk může v rámci svého negativního očekávání svou mluvnici významně omezit, event. nebude za určitých okolností, např. na veřejnosti, ochoten mluvit vůbec. Jeho strategie spočívá v eliminaci všech projevů, které by mohly upoutat pozornost okolí. Důležité je, že kvůli tomu nedokáže plně uplatnit své schopnosti a znalosti. Primární pro něj za těchto okolností bude omezit svůj verbální projev a snížit tak riziko negativních reakcí ostatních lidí. Postižení řeči může proto vést i k sociální izolaci (Vágnerová, 2004, str.244-245).

1.3 Sociální komunikace

Člověk se jako sociální tvor odlišuje od jiných živočichů na Zemi tím, že pouze on je schopný využívat řeč jako nástroj dorozumívání a myšlení. Komunikace je univerzálním jevem lidské společnosti a přímým regulátorem úrovně mezilidských vztahů. Zároveň je podmínkou existence každého sociálního systému. Bez něj nemůže existovat žádná sociální skupina. Přispívá k uspokojování potřeby sociálního styku, je prostředkem sociálního začlenění jednotlivce do skupiny. Slovo komunikace pochází z latinského *communicare*, jehož význam je „dělat něco společným, radit se, rokovat“. Pojem sociální komunikace je možné vymezit v širším a užším slova smyslu. V širším slova smyslu znamená sociální komunikace jakoukoliv interakci mezi dvěma nebo více lidmi, přičemž se navzájem můžou i nemusí znát. Je to takový způsob komunikace, při kterém vystupuje do popředí její neverbální složka. Tato sociální komunikace probíhá

např. mezi lidmi čekajícími před ambulancí lékaře, kteří se, i když tiše sedí, navzájem vnímají. Vzájemně registrují pohyby, polohu těla, gestikulaci, chůzi, paralingvistické projevy, vzdechy, steny, odkašlání, kašlání. V užším slova smyslu se sociální komunikace definuje jako proces výměny – odevzdávání a přijímání zpráv. Tím, že se mezi dvěma nebo více lidmi uskutečňuje vzájemná výměna informací, stávají se tyto informace pro všechny zúčastněné společnými. Sociální komunikace má vést nejen k dorozumívání, ale i k vzájemnému porozumění. Má vytvářet prostor na formování mezilidských vztahů (Kristová, 2004, str. 11, 12).

1.3.1 Funkce lidského komunikování

Každá komunikační výměna plní zpravidla jednu funkci, více či méně zjevnou, a ke každému z komunikačních aktů je člověk něčím motivován (více či méně skrytě). Zrealizováním funkce dostává komunikace svůj smysl, řečené či jiným způsobem sdělené nabývá jistého významu pro člověka. Hovoříme o funkci, kterou chce komunikující splnit nebo kterou bezpečně plní.

Čtyři hlavní funkce komunikování jsou:

1. informovat – předat zprávu, doplnit jinou, dát ve známost, oznámit, prohlásit (informativní funkce),
2. instruovat – navést, zasvětit, naučit se, dát recept (instruktážní funkce),
3. přesvědčit, aby adresát (po)změnil názor – získat někoho na svou stranu, zmanipulovat, ovlivnit (persuasivní funkce),
4. pobavit – rozveselit druhého, rozveselit sebe, rozptýlit, „jen tak“ si popovídat (funkce zábavní).

Pouze informativních, oznamovacích a popisných komunikačních výměn není v běžných situacích mnoho. Často jde o „instruktáž“ nebo „přesvědčování“ i tam, kde je promluva nabízena jako pouhé informování (Vybíral, 2000, str. 23, 24).

1.3.2 Motivace ke komunikování

Motivace se definuje jako proces aktivity člověka vyvolaný motivem a končící realizací. Motivaci komunikovat, jak přiměřenou, zvýšenou nebo sníženou, má každý člověk. Motivy ke komunikaci mohou vycházet z vnitřní potřeby – „chci“, „potřebuji“ komunikovat, ale jsou podmíněné prostředím či situací, ve kterých je komunikace pro člověka nevyhnutelná. To znamená, že i když nechce, jednoduše komunikovat „musí“. Motivace ke komunikaci má různou intenzitu a trvání, které kolísají a závisí na množství okolností, např. jestli jsou si komunikující sympatičtí nebo ne, jestli jsou odpočatí nebo unavení, jestli ovládají komunikační jazyk, jestli si vzájemně rozumí nebo nerozumí a jestli potřebují nebo nepotřebují komunikovat (Kristová, 2004, str. 13).

V sociální komunikaci se nejčastěji uplatňují následující druhy motivací:

1. Motivace kognitivní. Chceme či potřebujeme něco sdělit, vyjádřit se: o světě, o sobě, o druhých. Podělit se o „myšlenkový přetlak“, o to, co jsme se dozvěděli, co si myslíme. Chceme „vtáhnout“ komunikačního partnera do tematického světa v naší mysli. Komunikace je předávání smyslu.
2. Motivace sdužovací. Chceme navázat vztah. Z funkce fatické (kontaktní), obsažené v řadě komunikačních výměn, vyplývá, že častou motivací komunikovat je uspokojit potřebu kontaktu. Tato potřeba spoluutváří základní pyramidu lidských potřeb, přičemž lidská spokojenost v mnoha dalších oblastech je bezprostředně závislá na naplnění právě potřeby komunikovat a někam přináležet. Lidská bytost potřebuje zažívat pocit sounáležitosti, mít jistotu, že k někomu patří, že si s někým rozumí, že není na světě sama. Odtud také plyne přirozená lidská potřeba jen tak nezávazně konverzovat, potřeba popovídat si o čemkoliv. Celé úseky komunikace neslouží sdělování obsahu, ale realizaci vztahových záměrů: navázat kontakt, udržovat ho, rozvinout, obnovit, dominovat ve vztahu, přeměňovat se druhým, přerušit druhého, ukončit, nabídnout, povzbudit. Komunikujeme, abychom se sdužovali.

3. Motivace sebezpotvrzovací. Komunikováním s druhými lidmi i sami v sobě nalézáme a potvrzujeme svou osobní identitu, objevujeme, zpevňujeme a upřesňujeme vlastní sebeobraz, mínění o sobě – sledujeme „sama sebe ve svých vlastních očích“. Stáváme se sami sebou. Tím, že si v opakovaných sporech „stojíme za svým“, utvrzujeme si mínění, které máme o sobě. Komunikujeme částečně „sami pro sebe“, kvůli sobě samým.
4. Motivace adaptační. Komunikací signalizujeme svou roli. Komunikuje proto, abychom ji hráli, potvrzovali její přijetí a osvojení. Přitom se přizpůsobujeme rolovým stereotypům, event. je vědomě narušujeme, hrajeme konvenční komunikační hry a signalizujeme jimi svou konformitu anebo se konvencím (méně často) vzpíráme. Všemi těmito postupy se sociálně integrujeme a adaptujeme na společenský řád. Činíme tak proto, aby nás druzí přijímali a neodmítali. Komunikováním se přizpůsobujeme okolí.
5. Motivace „přesilová“. Můžeme být motivováni potřebou uplatnit se. Chceme na sebe upoutat pozornost, předvést to, o čem jsme přesvědčeni, že nám zjedná obdiv, úctu, respekt. Motivací může být vyniknout v porovnání s druhými.
6. Existenciální motivace. Komunikací strukturujeme a fázujeme čas a průběh svého života, tak, abychom zaplašili nudu, pocity bezsmyslnosti, abychom se vyhnuli depresi a melancholii. Komunikujeme, abychom se udržovali psychicky zdraví.
7. Motivace může být požitkářská: chuť se rozptýlit, odpočinout si, uniknout od starostí. Je to motivace k nezávaznému koketování. Bavíme se.

Mnohé další motivace ke komunikaci mohou být velmi zvláštní: rozptýlit podezření druhého, zamluvit choulostivé téma, vytvořit událost, zmást, zamést stopy (Vybíral, 2000, str. 24 - 26).

1.3.3 Druhy sociální komunikace

V rámci sociální interakce se využívá neverbální, verbální a paralingvistická komunikace.

1.3.3.1 Neverbální komunikace

Neverbální komunikace zahrnuje širokou oblast toho, co signalizujeme beze slov či spolu se slovy jako doprovod slovní komunikace. Její obsah tvoří: proxemika a teritorialita - komunikace prostřednictvím vzdálenosti a prostoru, mimika - komunikace prostřednictvím svalů tváře, pohledy - komunikace prostřednictvím pohledů, pohybů očí, gestika - komunikace prostřednictvím pohybů rukou, haptika - komunikace prostřednictvím dotyků, posturika - komunikace prostřednictvím pohybů těla, kinetika - komunikace prostřednictvím polohy těla, vzhled a úprava - komunikace prostřednictvím vzhledu a úpravy (Kristová, 2004, str. 25).

Gesty nejenom symbolicky nahrazujeme slova, ale také ilustrujeme řečené, regulujeme si řeč nebo se pomocí gesta adaptujeme na vzniklou situaci (Vybíral, 2000, str. 65, 66).

Neverbální komunikaci využívá člověk k tomu, aby podpořil řeč (reguloval její tempo, podtrhl a zdůraznil vyslovené), nahradil řeč (ilustroval, symbolizoval), vyjádřil emoci, vyjádřil interpersonální postoj (pochybování, naléhavost při přesvědčování), uskutečnil sebevyjádření (sebe prezentaci) – představil se. (Vybíral, 2000, str. 70).

Sestra by jednoznačně měla poznat význam projevů neverbální komunikace. Pomůžou jí ovlivnit komunikaci žádoucím směrem, zvýšit efektivitu vlastní komunikace, lépe zvládat a překonávat komunikační překážky, kontrolovat a usměrňovat vlastní chování, ovlivňovat dojem, kterým působí na druhé, lépe pochopit prožívání, náladu, emocionální stavy a potřeby pacienta, lépe porozumět pacientovi, který nemůže komunikovat slovně a je odkázaný na řeč těla. Neverbální signály by sestra měla umět nejen vnímat, ale také je dešifrovat ve vztahu k situačním faktorům, typu a temperamentu osobnosti a aktuálnímu prožívání (Kristová, 2004, str. 24).

Proxemika a teritorialita. Proxemika se chápe jako věda o podvědomém členění vlastního prostoru s následným dodržováním hranic. Hovoří se o míře fyzické vzdálenosti člověka od člověka (sestry od pacienta a naopak). Vzdálenost mezi komunikujícími se měří v délkových mírách – centimetrech nebo metrech. Proxemika rozlišuje čtyři proxemické zóny:

- a) intimní: 10 – 30 cm
- b) osobní: 30 – 120 cm,
- c) sociální (společenskou): 120 – 360 cm
- d) veřejnou: 3,6 – 7,6 m

Sestra se často ocitá v *intimní zóně* pacienta – při odběrech, krmení, hygienické péči a při celé škále dalších odborných ošetrovatelských postupů. Měla by si pamatovat, že když vstoupí do jeho intimní zóny, je třeba mu vysvětlit důvod a časové trvání vstupu. Zároveň by k němu měla přistupovat s nejvyšší možnou dávkou taktu. Jestliže sestra vstoupí do intimní zóny pacienta bez informování pacienta, může očekávat také projevy jeho chování, jako je hněv, zlost, agresivita, odmítání, verbální útok a napětí. Pacient se neuvolní a nespolupracuje. Tato vzdálenost není vhodná při rozhovorech sestry s pacientem, protože se zvyšuje objem pohledů, z této pozice se těžko uniká pohledem, následkem můžou být rozpaky, nejistota a celkové zhoršení komunikace. V zorném poli sestry dominuje jen tvář pacienta (mimické projevy) a ostatní neverbalita je nepostřehnutelná. *Osobní zóna* se rozděluje na užší (30 – 80 cm) a širší (80 – 120 cm). Tato vzdálenost se při rozhovoru sestry s pacientem pokládá za ideální z několika důvodů. Sestra nevidí pouze tvář pacienta, ale může sledovat i jeho ostatní neverbální projevy, lehce se udržuje zrakový kontakt. Je to přibližně vzdálenost na délku horní končetiny, což znamená, že sestra může v případě potřeby uplatnit haptický kontakt – chytit pacienta za ruku, pohladit ho, sestra může z této vzdálenosti předvídat další průběh komunikace. *Sociální (společenská) zóna* zahrnuje užší (120 – 230 cm) a širší (230 – 360 cm) zónu. Tato vzdálenost se uplatňuje při probírání neosobních věcí (sestra komunikuje naráz s více pacienty, svolává je na oběd do jídelny). *Veřejná zóna* se vymezuje od 3,6 do 7,6 m. V této vzdálenosti se ztrácí osobní kontakt sestry s pacientem. Aby si navzájem porozuměli, museli by podstatně zvýšit hlas a zvýraznit

mimoverbální signály. Tato zóna se využívá při veřejných shromážděních. *Teritorialita* přímo souvisí s proxemikou, prostorem a jeho obsazením. Je to komunikace prostřednictvím území. Každý člověk má vymezenou vlastní osobní zónu, která se chápe jako pomyslný kruh, který ohraničuje prostor okolo něho, do kterého nerad vpouští jiné lidi. Když jiný člověk vnikne do osobní zóny, může to být chápáno jako netaktnost, vtíravost nebo získávání přízně a může to vyvolat nevoli. Pokud je sestra velmi blízko u pacienta, může sledovat tyto změny v jeho chování - sklopený pohled, uhýbání pohledem, motorický nepokoj, rotace postoje – odklon těla dozadu nebo na bok, nohy pacienta směřují jinam než ke špičkám nohou sestry (nohy ukazují, kterým směrem by pacient chtěl jít), odstoupení dozadu nebo na bok, bariéry z horních a dolních končetin. (Kristová, 2004, str. 25 - 28).

Mimika. Mimikou se rozumí komunikace prostřednictvím svalů tváře. Má bohatý komunikační potenciál. Mimické svaly umožňují víc než 1000 různých výrazů, které modelují psychický stav člověka. Prostřednictvím mimiky se vyjadřují i kulturní projevy (zdvořilostní úsměv) a tzv. instrumentální pohyby (výraz tváře při kýchnutí, zívání). V mimice se můžou navenek prezentovat emoce upřímné (vyjadřující skutečně prožívané emocionální stavy) a neupřímné – „hrané“ nebo záměrně vytvářené (stylizace do podoby soustředěného poslouchání, přičemž ve skutečnosti se člověk v mysli zaobírá jinými myšlenkami). Mimika rozlišuje sedm základních druhů emocí: štěstí – neštěstí, jistota – strach, radost – smutek, spokojenost – nespokojenost, klid – zlost, zájem – nezájem, překvapení – neočekávané, splněné (Kristová, 2004, str. 29).

Pohledy. Už při prvním střetnutí pacienta se sestrou jsou pohledy rozhodujícím neverbálním projevem. Tvoří jádro mimoslovní komunikace. Oči jsou nejcitlivější receptor – „přijímač“ informací. Signalizují nejen momentální emoce, ale jsou i prostředkem regulace vztahu. Člověk vnímá zrakem až 87 % všech informací, sluchem 9 % a prostřednictvím jiných smyslů jen 4 %. Při pohledech si sestra všímá zaměření, trvání zaměření, četnosti pohledů na určitý objekt, sekvence, celkového objemu, úhlu pootevření očí, odklonu směru pohledů, průměru zornice, jasnosti duhovky, mrkacích pohybů, tvaru a pohybů obočí, mimických vrásek okolo očí. Zaměření pohledu vyjadřuje, na koho, na co nebo kam se pacient během rozhovoru dívá. Čas výdrže

pohledu určuje, jak dlouho se setra na pacienta (a naopak) dívá. Trvání pohledu je podmíněné jejich vzájemným vztahem. Jestliže jde o pozitivní vztah, pohledy budou delší a zrakový kontakt intenzivnější. Čas výdrže pohledu by neměl přesáhnout 3 sekundy. Je žádoucí, aby sestra po tomto intervalu přesunula pohled jinam. Pacient se na sestru (nebo naopak) může dívat pod různým úhlem pootvřených očí. Může se dívat přivřenýma, přiměřeně nebo úplně otevřenýma očima. Úhel pootvření očí může být signálem únavy, ospalosti, bolesti, nezájmu nebo deprese. Odklon směru pohledu znamená, že sestra může s pacientem udržovat přímý nebo omezený zrakový kontakt, může uhýbat pohledem nebo si ho může kradmo přeměřovat. Velikost zornice závisí na emocionálním stavu. Čím pozitivnější emoce pacient prožívá, tím je zornice větší a duhovka jasnější. Záporné emoce způsobují zúžení zornice a ztmavnutí duhovky. Při mrkacích pohybech si sestra všímá frekvence nebo závislosti mrkání na určité situaci či psychickém stavu. Sestra si všímá postavení a pohybů obočí, které jsou doplňujícím prvkem pohledů. Mimické vrásky okolo očí mohou být výrazem dlouhodobějšího pozitivního nebo negativního naladění, ale může jít i o vrásky podmíněné věkem (Kristová, 2004, str. 31 - 33).

Gestika. Gestika je součástí kinetiky, nauky o pohybové činnosti člověka. Zabývá se pohyby horních končetin. Pohyby horních končetin podporují nebo zvýrazňují to, co chce člověk říci slovy. Gesta mají více významů. V mnohých případech nahrazují slova, zvyšují názornost řečeného, mají určitou tvořivou sílu, kterou slova nemají, dokreslují obsah řečeného, významově jsou často důležitější než slova, podporují a zvýrazňují to, co člověk chce říci slovy. V rámci gestikulace se sestra všímá gestikulace dlaněmi – dlaň otočená směrem nahoru, dolů, dlaně k sobě nebo na sobě. Gestikulace rukama na tváři – tření očí, nosu, ucha, škrábání na krku, prsty v ústech. Gestikulace rukama a rameny – tření dlaní, zvednutý ukazovák, klepání ukazováku na čele (Kristová, 2004, str. 37 - 38).

Haptika. Haptika se chápe jako komunikace prostřednictvím dotyků. Dotyková komunikace vyžaduje od sestry schopnost empatie a dotykové kultury. Bez dotykového sociálního projevu by měl pacient dojem chladu, nezájmu, lhostejnosti či mechanického přístupu. Pozitivní projevy haptiky jsou všechny přátelské dotyky, které

přispívají k pozitivní komunikaci a interakci. Patří sem objetí, pohlazení, položení ruky na ruku, položení ruky na rameno. Mají na pacienta posilňující účinek. Negativní haptické projevy vyjadřují nepřátelské naladění. Je možné sem zařadit štípnutí, kopnutí, tahání, trhnutí, vedení, odstrčení a silné stlačení ruky. V práci sestry by měly úplně absentovat. Nejčastěji se sestra dotýká dlaně a hřbetu ruky, ramena a hlavy pacienta. Osobitým problémem v práci sester je dotýkání se intimních míst pacienta. Jde o choulostivou situaci pro oba. Je třeba, aby sestra tuto nevyhnutelnost vždy dopředu oznámila pacientovi. Uplatňuje komunikační zásady – poví pacientovi, co se bude dít, z jakého důvodu je třeba výkon realizovat, jakou polohu má pacient zaujmout, nebo jestli bude výkon bolestivý, nebolestivý, nepříjemný, snesitelný, jak dlouho bude trvat a jakým způsobem má pacient spolupracovat. Sestra pracuje rychle a zručně tak, aby výkon nemusela opakovat. Nesmí také zapomenout vyzvat ostatní mobilní pacienty, aby opustili pokoj, imobilní požádá, aby výkonu nepřihlíželi. Do problematiky haptiky patří i sebehaptika – dotýkání se sama sebe. Je možné sem zařadit také projevy, jako je tření rukou, držení se za ramena, objímání kolen nebo schoulenou polohu. Sebehaptika prezentuje u pacienta široký repertoár záporných emocí – nepohodu, napětí, strach, úzkost, nedůvěru, nerozhodnost nebo stud při obnažení (Kristová, 2004, str. 41 - 45).

Posturika. Posturika se zabývá fyzickými postoji, držením těla a polohovými konfiguracemi. Tělesná poloha naznačuje nejen to, co se s pacientem děje v přítomnosti, ale i to, co se stalo před chvílí. Do určité míry je možné předpokládat, jak se bude chovat v následujících chvílích. Tělesnou polohu sestra sleduje u izolovaného pacienta, který není v interakci s jiným člověkem (poloha aktivní, pasivní, úlevová, před vyšetřením nebo při bolesti) a u pacienta, který se nachází ve skupinové interakci (komunikace se sestrou, spolupacienty, návštěvou, lékařem nebo jinými zdravotnickými pracovníky) (Kristová, 2004, str. 45 - 47).

Kinetika. Kinetika popisuje pohyby horních a dolních končetin, jednotlivých částí těla, případně celého těla. Analyzuje dynamiku, svižnost nebo pomalost, uvolněnost či napětí. Soustřeďuje se nejen na pohybovou činnost jednoho člověka, ale i na pohybovou souhru dvou nebo více lidí. Rozsah pohybů přímo souvisí s intenzitou emocionálního prožívání situace. U rozčíleného pacienta se zvyšuje svalové napětí, čímž se zvýší

frekvence pohybů jednotlivých částí těla. Pohyby těla mají bezprostřední vztah k tomu, co se odehrává v komunikaci. Pohyby hlavy vyjadřují souhlas, nesouhlas, odmítání, kritický odstup, naslouchání, ale i odpor. Při kinetice se rozlišuje rytmika a dynamika. Rytmika představuje určitý rytmus pohybů těla – stereotypní, rigidní, ladné pohyby. Dynamika pohybů zahrnuje tempo střídání pohybů částí těla nebo celého těla – rychlé, pomalé nebo rozvláčné. Pohyby jednotlivých částí těla signalizují, jestli se zdravotní stav pacienta zlepšuje, stagnuje nebo zhoršuje, resp. jak se momentálně cítí. Sestra sleduje i tzv. soulad pohybů, jejich sekvenci (pořadí) a časové trvání (Kristová, 2004, str. 47, 48).

Vzhled úprava zevnějšku. Specifickou formou neverbální komunikace je i vzhled a úprava zevnějšku. Osobní upravenost sestry pozitivně působí nejen na ni samotnou, ale ovlivňuje i postoj, chování a konání pacienta ve vztahu k ní. Úprava zevnějšku vyvolává dlouhodobý dojem. Na základě nějakého výrazného znaku (např. dlouhé, načerveno nalakované nehty) pacienti sestru identifikují jako „tu, s těmi červenými nehty“. Mezi základní součásti úpravy zevnějšku sestry patří čistý a vyžehlený oděv, čistá pracovní obuv, přiměřená úprava tváře čisté a upravené nehty, dodržování osobní hygieny, přiměřená vůně. Upravená sestra prezentuje nejen sebe, ale i pracoviště, na kterém působí (Kristová, 2004, str. 48, 49).

Schopnost umět pozorovat a dešifrovat neverbální projevy pacienta tvoří důležitou součást ošetrovatelského procesu. Prostřednictvím nich může sestra jednak lépe vnímat a chápat pacienta, jednak jsou pro ni bohatším informátorem než jeho řeč sama. I pacient velmi citlivě vnímá neverbálnost sestry. Dokonce si mnohem víc všímá toho, jak se chová, než to, jak hovoří. Pro sestru, která chce účinně komunikovat, je důležité, aby ovládala neverbální jazyk lidského dorozumívání (Kristová, 2004, str. 47 - 49).

1.3.3.2 Verbální komunikace

Řeč je typicky lidská duševní funkce. Je tím nejdůležitějším, čím se člověk odlišuje od ostatních živých tvorů. Řeč umožňuje komunikovat, myslet, ovlivňovat sebe i jiné. Verbální komunikace představuje to, co si sestra a pacient navzájem oznamují slovy. Sestra by se měla vyjadřovat přesně, jasně a především srozumitelně. Slova mají významnou informační hodnotu. Prostřednictvím nich sestra hovoří, vysvětluje, získává, přesvědčuje, motivuje a povzbuzuje. Informuje pacienta o potřebnosti a účelnosti odborných postupů při udržování, podpoře a obnově zdraví.

Jednou stránkou řečového projevu sestry je skutečnost, že slova musí volit uvážene, uvědoměně a často i cíleně. Po jejich vyřknutí je nemůže vzít zpět, přeškrtnout je ani je vymazat. Druhou stránkou verbálního projevu je, že si sestra musí uvědomit, jakým způsobem s pacientem komunikuje. Hledá odpovědi na otázky, jestli rozuměl, do jaké míry informace zpracoval a pochopil. Požadavky na řečový projev sestry jsou jednoduchost, přehlednost, výstižnost, podnětnost, načasovanost, závažnost, důvěryhodnost, přizpůsobivost, oboustrannost.

Během komunikace s pacientem si sestra uvědomuje tyto funkce řeči: informační, instruktážní, persuasivní, sblížovací a posilňovací. Informační funkce řeči představuje proces odevzdávání, resp. doplnění a zpřesňování informací. Sestra poskytuje pacientovi soubor informací týkajících se diagnostických, terapeutických, ošetrovatelských a jiných postupů souvisejících s léčbou. Instruovat pacienta znamená poskytnout mu návod, způsob řešení, nebo ho vést k osvojení konkrétního výkonu (sestra učí pacienta aplikovat si inzulín). Prostřednictvím persuasivní funkce sestra pacienta ovlivňuje, přesvědčuje ho o potřebnosti, účelnosti určitého odborného postupu či výkonu (nevyhnutelnost dodržování hygienické péče, dietní omezení). Sblížovací a posilňovací funkce řeči mají vliv na vytváření vztahu mezi sestrou a pacientem. Spolupráce je činitel podporující rozvoj pozitivního vztahu. Pochvala, úsměv či pozitivní haptika plní funkci posilňování v určitých projevech chování a konání. V závislosti na ošetrovatelské situaci a aktualizované potřebě pacienta může sestra využít více slovních projevů – monolog, dialog, konverzaci a konzultaci. Monolog

vzniká, když si pacient nebo sestra povídá pro sebe. V monologu člověk hledá odpovědi, řešení problémů, opakuje si pokyny. Dialog je rozhovor uskutečňující se mezi sestrou a pacientem na různých úrovních s různým obsahovým zaměřením. Konverzace představuje volný způsob komunikace. Konzultacemi sestra poskytuje informace, pomoc, rady a doporučení (Kristová, 2004, str. 50 - 53).

1.3.3.3 Paralingvistická komunikace

Paralingvistická komunikace představuje akustiku mluveného slova. Doplnuje smysl a význam řečového projevu. Může měnit slovní význam, má vlastní obsahovou, emocionální a informační hodnotu. Jednotlivé komponenty akustického projevu řeči jsou jedinečnými indikátory určení momentální nálady a psychického stavu. Na základě různých hlasových kvalit je možné dešifrovat smutek, radost, nerozhodnost, únavu, překvapení, sklíčenost, strach, obavy (Kristová, 2004, str. 18, 19).

Extraslovní projevy a jejich význam:

- přízvuk, intonace – tréma, zdůraznění významu, radost, úzkost, smutek, nerozhodnost,
- hlasitost – hněv, jistota, nejistota, nepříjemné informace, snaha přesvědčit, apatie, výsměch,
- mlčení, pomlky – nádech, výčitka, neochota pokračovat v rozhovoru, důležité rozhodnutí, strach, respekt, rozpaky,
- rychlost řeči – jistota, nejistota, napětí, vážnost, respekt, hledání slov, nuda, veselost, hněv, smutek, únava, pláč,
- tón hlasu – překvapení, radost, štěstí, uspokojení, hněv, pláč, smutek, únava,
- plynulost řeči – jistota, nejistota, rozpaky, tréma,
- intrúzie (skákání do řeči) – vnitřní napětí, neúcta, úsilí o dominanci, převahu, ovládnutí,
- floskuly – využívají se na doplnění prázdných míst v řečovém projevu,
- slangové výrazy – slovní deformace (zkracování slov), nespisovné výrazy (sedimka),

- řečové efekty – neartikulované zvuky, opakování stejného slova, zajímavost, vynechání slova, nedokončení věty,
- vzdechy – vnitřní napětí, bolest, pláč, neočekávané informace.

Do skupiny paralingvistických projevů patří i pláč. Pláčem pacient vyjadřuje prožívání, momentální nebo i dlouhodobější emocionální stav. Pláč má funkci úlevovou a signalizující. Sestra může dešifrovat několik druhů pláče. Hysterickým pláčem pacient usiluje o upoutání pozornosti sestry, ostatních zdravotnických pracovníků, spolupacientů i rodinných příslušníků. Tichým pláčem pacient dává najevo svůj smutek, nechce obtěžovat ostatní. Pláče tam, kde ho nikdo nevidí a neslyší. Zlostný pláč je reakcí pacienta na situaci, se kterou se nemůže vyrovnat. Reaguje jím na nespravedlnost, odkázanost na pomoc jiných. Pláč hlubokého smutku a lítosti často provází hluboké vzdychy a třes celého těla. Se „slzami štěstí“ se sestra může setkat v situacích, kdy je pacient zaskočen dobrou zprávou nebo událostí. Otázkou zůstává, jak se má sestra zachovat k těmto emocím. Jednoznačně pacienta neutěšuje slovy „neplačte“. Účinek této rady je pravým opakem toho, čeho chce sestra dosáhnout. Naopak, sestra pacienta vyzve, aby se vyplakal a nestyděl se za svoje slzy. Je vhodné, když pláč toleruje a projeví účast na jeho duševním rozpoložení. Když sestra poskytne pacientovi prostor na vyplakání a umožní mu vymluvit se, uleví se mu (Kristová, 2004, str. 53 - 55).

1.3.4 Komunikace s pacientem s fatickou poruchou

Řeč je v profesionálním konání sestry nástrojem navazování slovního kontaktu s pacientem. Prostřednictvím řeči se vyjadřují myšlenky, názory, postoje, prosby a potřeby. Ani jednu řečovou odchylku okolí nepřehlédne. Stává se pro pacienta nepříjemnou, což do značné míry ovlivňuje jeho ochotu komunikovat. V neznámém, cizím prostředí to platí dvojnásobně. Sestra při řečovém handicapu u pacienta rozlišuje, zda jde o poruchy výslovnosti nebo o fatickou neschopnost. S poruchami výslovnosti se sestra nejčastěji setkává u dětských pacientů. V dospělém věku přetrvává tehdy, pokud se řečová chyba včas nepodchytila nebo se s reedukací výslovnosti začalo pozdě. Fatická neschopnost má nejčastěji formu mutizmu a afázie. Mutizmus se chápe jako

úplná němota při zachování funkčnosti sluchového aparátu. Afázie je úplná nebo částečná ztráta řeči následkem poškození mozku (úrazy, CMP).

Zásady komunikace s pacientem s řečovou/fatickou poruchou:

- zabezpečit přiměřené prostředí (někteří pacienti odmítají hovořit před jinými lidmi),
- komunikovat tvář v tvář,
- při afázii vysvětlit pacientovi, proč nemůže komunikovat,
- mluvit pomalu a stručně,
- nenapodobovat chybnou řeč,
- nekumulovat zrakový objem,
- chybnou řeč neopravovat,
- projevit trpělivost, dokud se pacient verbálně neprojeví,
- vyzvat pacienta, aby mluvil klidně,
- nenutit pacienta, aby se vyjádřil rychleji,
- podporovat pacienta v komunikaci,
- pomoci pacientovi dokončit větu nebo myšlenku,
- vyslovovat pravděpodobné přání pacienta,
- nenutit pacienta do rozhovoru, pokud sám nechce mluvit,
- nepřerušovat pacienta v monologu,
- sledovat reakce pacienta,
- hledat jakoukoliv formu porozumění – zavést tzv. komunikační pravidlo (souhlas: přikývnutí, mrknutí, jeden stisk ruky, nesouhlas: zdvihnutí ruky, dva stisky ruky, zakroucení hlavou),
- klást jednoduché otázky, které předpokládají kladnou odpověď,
- umožnit alternativní způsob komunikace prostřednictvím symbolů nebo obrázků vyjadřujících nejčastější potřeby a přání pacienta,
- vyslovit uznání za úsilí.

V přístupu k pacientovi s fatickou poruchou by si sestra měla uvědomit skutečnost, že v mnohých případech pacient poslouchá, rozumí i když sám nemluví. Musí

kontrolovat svoje chování a konání, nevést rozhovor o něm bez něho (Kristová, 2004, str. 126 - 128).

1.4 Komunikační systém s obrázkovými komunikačními symboly – piktogramy

Piktogramy jako jazykový program umožňující komunikaci a rozvoj řeči u dětí a dospělých s mentálním či vícenásobným postižením se používají v mnoha západních zemích. Uživatelé mohou pomocí piktogramů sdělit svému okolí své pocity, zážitky a potřeby, stávají se aktivními ve vzdělávacím procesu. Použití jim napomáhá při rozhodování a umožní jim zúčastnit se konverzace tam, kde dříve byli pouze pasivními posluchači. Pomocí piktogramů lze předávat různé příkazy, varování, instrukce. Piktogramy slouží nejen postiženým jedincům, ale i jejich zdravým spoluobčanům k rychlé orientaci všude tam, kde by se slovní vyjádření mohlo stát překážkou k porozumění např. v dopravě, v nemocnici apod.

Uživatele piktogramů je možno rozdělit zhruba do tří skupin:

1. Děti a dospělí s vážným mentálním a současně i tělesným postižením, kteří potřebují:
 - a) znaky a piktogramy jako pomůcku při chápání,
 - b) piktogramy pro svůj výrazový projev.
2. Děti a dospělí s mentálním postižením, kteří rozumějí mluvené řeči, ale jsou tak těžce mentálně postižení, že nejsou sami schopni srozumitelné řeči nebo tvorby znaků.
3. Dospělí a děti, kteří i přes své mentální a tělesné postižení rozumějí mluvené řeči a jsou schopni používat aproximaci znaků, ovšem potřebují piktogramy jako přídatnou podporu.

Dříve, než se s dětmi či dospělými piktogramy začnou používat, je nutné provést podrobnou diagnostiku týmem odborníků. Diagnostika má za cíl poskytnout informace o dvou základních oblastech:

1. Současná úroveň komunikace a jazyková dovednost dítěte nebo dospělého. Tato informace se vyžaduje proto, aby se použití počátečních obrázků vhodně přizpůsobilo začínající komunikaci a snadněji navázalo na použití dalších obrázků.

2. Tělesné, poznávací a vjemové schopnosti dítěte nebo dospělého tak, aby bylo možno zvolit a přizpůsobit vhodnou techniku pro uvedení piktogramů.

Vyhodnocení je důležitým článkem pro plánování individuálního programu výuky komunikativních dovedností. Pokud je to možné, požadují se informace i o následujících oblastech:

- úroveň jakékoliv výrazové komunikace, o níž se dítě nebo dospělý pokouší,
- úroveň rozsahu pozornosti a délky paměti,
- úroveň motivace ke komunikaci,
- úroveň projevené kooperace,
- hodnocení ostatních členů týmu zaměřená na koordinaci oko - ruka, vizuální a sluchové vnímání atd., která jsou také velmi důležitá
- sociální zázemí klienta.

Je velmi snadné sestavit seznam oblastí vyžadujících hodnocení, jak to bylo učiněno výše. Ovšem získat požadované informace je mnohem obtížnější, protože povaha postižení dítěte nebo dospělého často znemožňuje přesné vyhodnocení. Tehdy získáváme alespoň přibližné údaje, které se doplňují a zpřesňují po zavedení piktogramů (Kubová, 1997, str. 5-6).

2. Cíle práce a hypotézy

2.1 Cíle

C1: Zjistit možnosti zařazování obrázkových karet (piktogramů) do ošetrovatelské péče o afatického pacienta.

C2: Zjistit možnosti využití obrázkových karet (piktogramů) ke zkvalitnění komunikace afatického pacienta se svým okolím.

2.2 Hypotézy

H1: Používání obrázkových karet (piktogramů) lze zařadit do ošetrovatelské péče o afatického pacienta.

H2: Obrázkové karty (piktogramy) mohou usnadnit komunikaci s afatickým pacientem v ošetrovatelské péči.

H3: Obrázkové karty (piktogramy) mohou zkvalitnit komunikaci s afatickým pacientem v ošetrovatelské péči.

H4: Afatický pacient využije obrázkové karty (piktogramy) v komunikaci se svým okolím.

3. Metodika

Téma je zpracováno na základě informací z odborné literatury, využití obrázkových karet (piktogramů) v praxi a dat získaných z vyplněných dotazníků. Výzkum je kvantitativní, jako výzkumná metoda byla zvolena metoda dotazníku. Na jednotlivá oddělení bylo celkem rozdáno 60 dotazníků, vybráno zpět bylo 27 dotazníků. Návratnost tedy je 16,2 %. Získané informace jsou zpracovány ve formě tabulek a grafů.

Výzkum probíhal v Nemocnici České Budějovice, a.s na 2. oddělení následné péče (stanice A), Nervovém oddělení a v Charitní ošetrovatelské službě při Městské charitě České Budějovice. Sestry na výše uvedených odděleních se při své práci setkávají s afatickými pacienty. Tyto sestry cca 3 měsíce používaly při komunikaci s afatickými pacienty piktogramy a tyto piktogramy pacientům ke komunikaci se svým okolím také poskytly. Na základě zkušeností s používáním piktogramů v praxi potom sestry vyplnily dotazníky o využití piktogramů v praxi.

Dotazník obsahuje 16 položek, přičemž všechny položky jsou uzavřené. Položky č. 1 – 4 mají demografický charakter a plní ve výzkumu funkci nezávislých proměnných. Položky č. 5 – 16 mají věcný charakter, jsou zaměřené na závislé proměnné a tvoří podstatnou část dotazníku.

3.1 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumným souborem jsou sestry pracující na 2. oddělení následné péče a na Nervovém oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s. a sestry, které pracují v Charitní ošetrovatelské službě při Městské charitě České Budějovice. Tyto sestry se při své práci setkávají s afatickými pacienty a mohly proto při komunikaci s nimi využít alternativní způsoby komunikace – piktogramy.

4. Výsledky

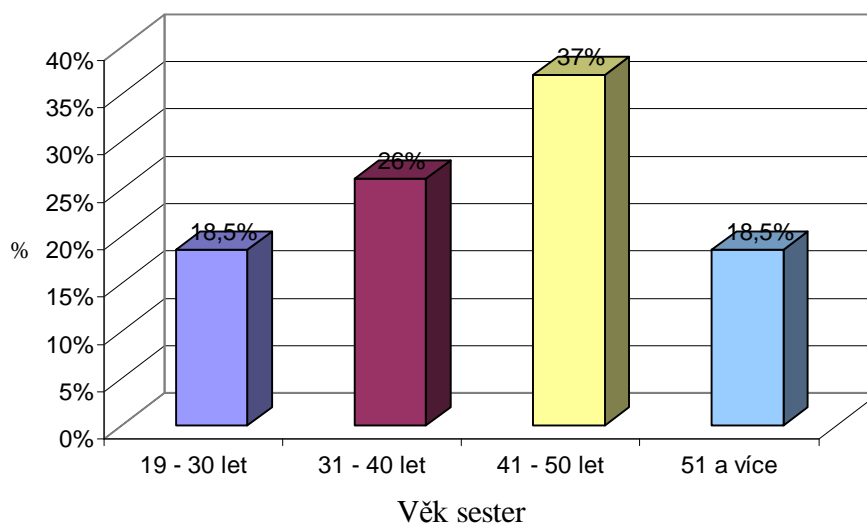
Níže uvedené výsledky jsou pro větší přehlednost rozděleny do čtyř kategorií, na celkové výsledky a výsledky dle oddělení, na kterém dotazované sestry pracují, dle věku sester a dle dosaženého vzdělání sester.

4.1 Celkové výsledky

Tabulka 1 Kolik je Vám let?

| Věk sester | % |
|-------------|--------|
| 19 - 30 let | 18,5 % |
| 31 - 40 let | 26 % |
| 41 - 50 let | 37 % |
| 51 a více | 18,5 % |

Graf 1 Kolik je Vám let?



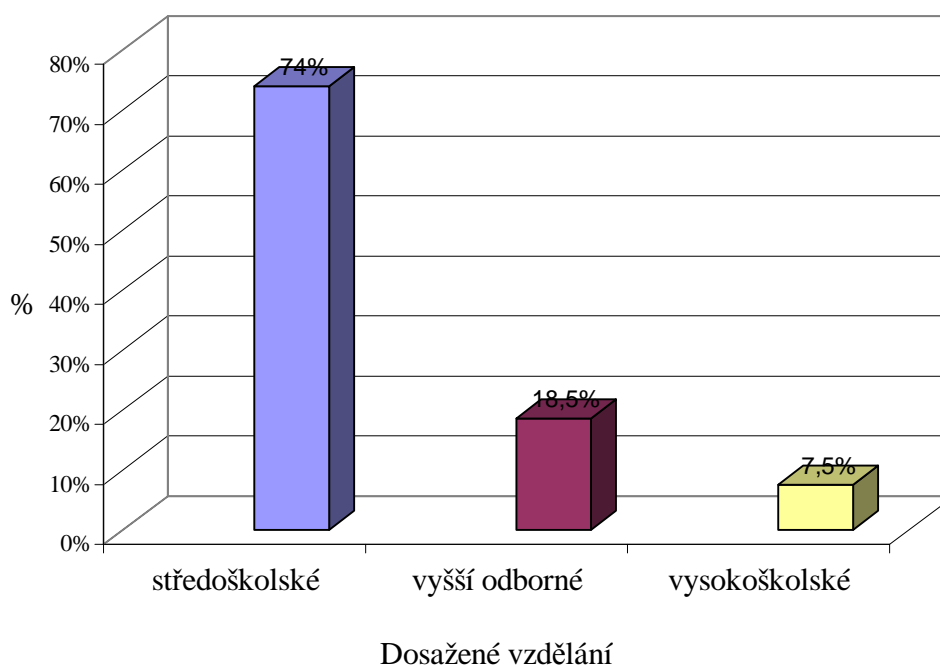
Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu 27 respondentů bylo 18,5 % ve věku 19 – 30 let, 26 % ve věku 31 – 40 let, 37 % ve věku 41 – 50 let a 18,5 % ve věku 51 let a více.

Tabulka 2 Dosažené vzdělání

| Dosažené vzdělání | % |
|-------------------|--------|
| středoškolské | 74 % |
| vyšší odborné | 18,5 % |
| vysokoškolské | 7,5 % |

Graf 2 Dosažené vzdělání



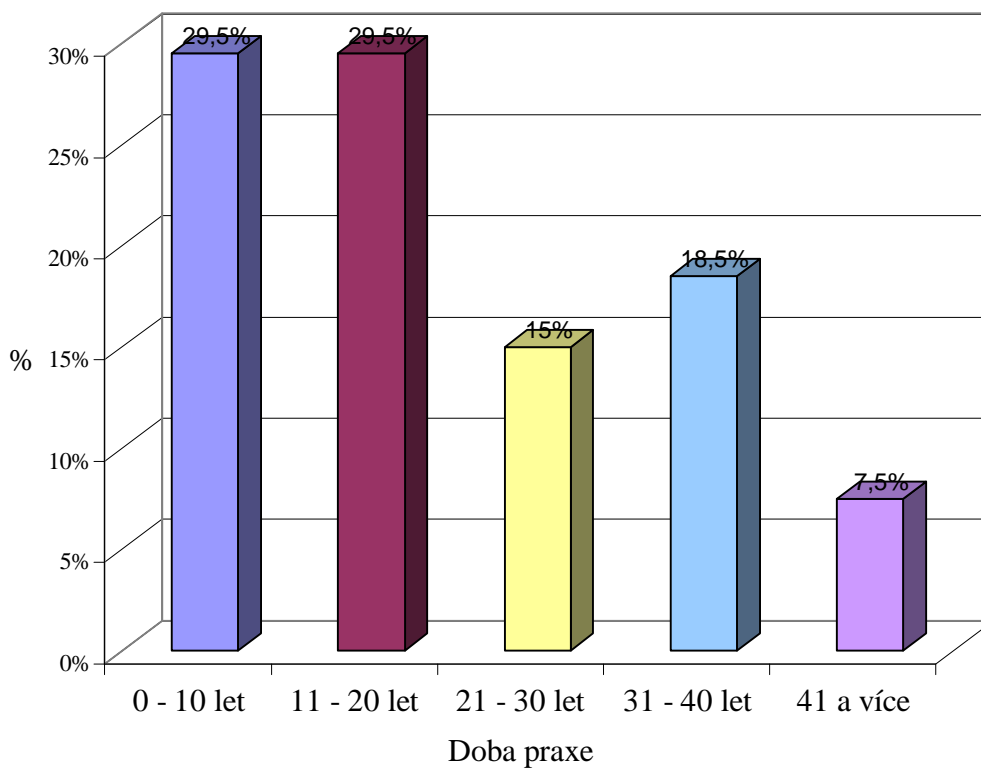
Zdroj: Vlastní výzkum

74 % respondentů získalo středoškolské vzdělání, 18,5 % vyšší odborné vzdělání a 7,5 % vysokoškolské vzdělání.

Tabulka 3 Jak dlouho pracujete jako zdravotní sestra?

| Doba praxe | % |
|-------------|--------|
| 0 - 10 let | 29,5 % |
| 11 - 20 let | 29,5 % |
| 21 - 30 let | 15 % |
| 31 - 40 let | 18,5 % |
| 41 a více | 7,5 % |

Graf 3 Jak dlouho pracujete jako zdravotní sestra?



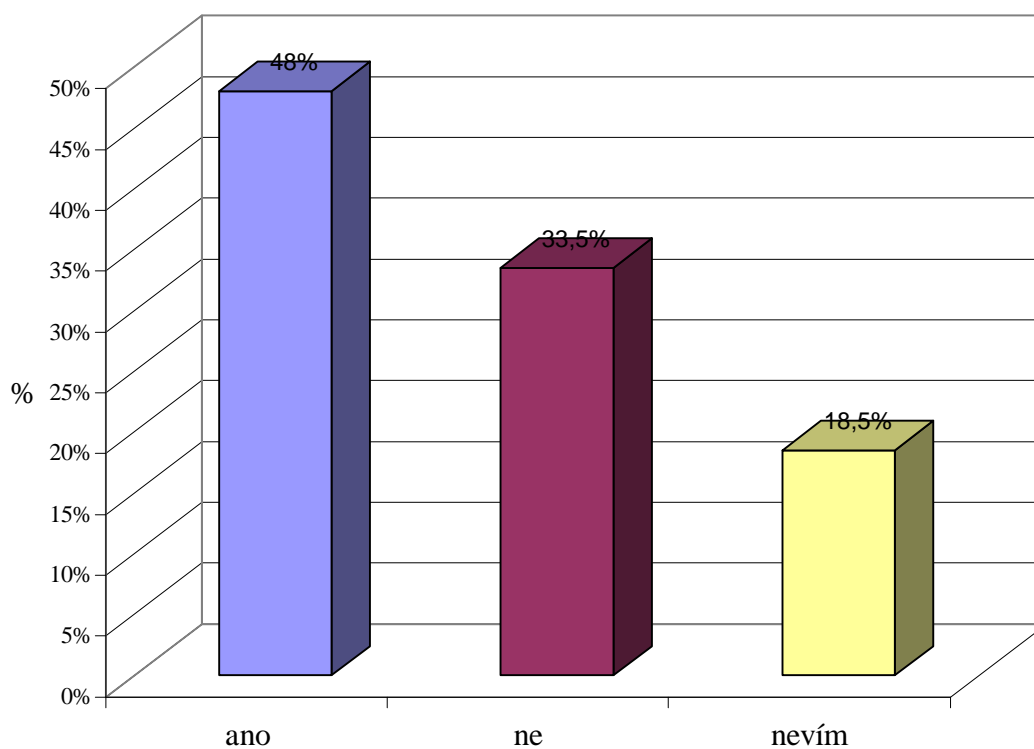
Zdroj: Vlastní výzkum

29,5 % respondentů pracuje jako zdravotní sestra 0 – 10 let, 29,5 % respondentů 11 – 20 let, 15 % respondentů 21 – 30 let, 18,5 % respondentů 31 – 40 let a 7,5 % respondentů pracuje jako zdravotní sestra 41 a více let.

Tabulka 4 Usnadnily Vám piktogramy komunikaci s afatickým pacientem v oblasti osobní hygieny?

| | % |
|-------|--------|
| ano | 48 % |
| ne | 33,5 % |
| nevím | 18,5 % |

Graf 4 Usnadnily Vám piktogramy komunikaci s afatickým pacientem v oblasti osobní hygieny?



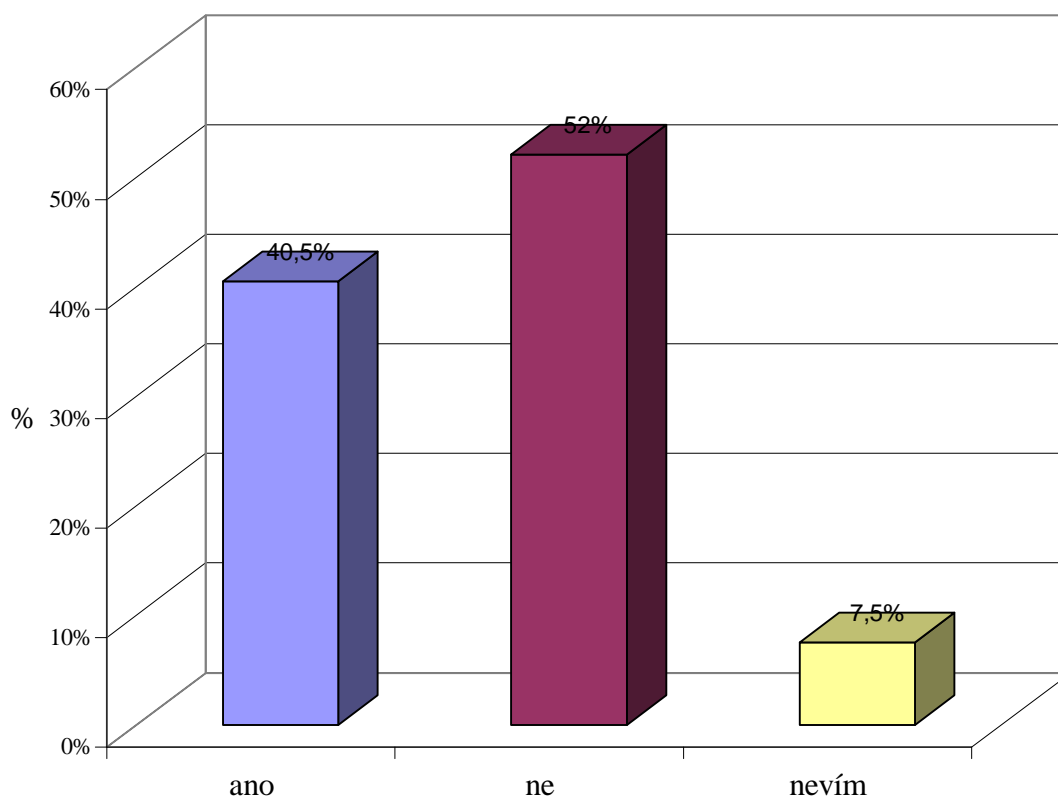
Zdroj: Vlastní výzkum

48 % respondentů piktogramy usnadnily komunikaci s afatickým pacientem v oblasti osobní hygieny, 33,5 % respondentů si myslí, že jim piktogramy komunikaci neusnadnily a 18,5 % si není jistých.

Tabulka 5 Usnadnily Vám piktogramy komunikaci s afatickým pacientem v oblasti stravování?

| | % |
|-------|--------|
| ano | 40,5 % |
| ne | 52 % |
| nevím | 7,5 % |

Graf 5 Usnadnily Vám piktogramy komunikaci s afatickým pacientem v oblasti stravování?



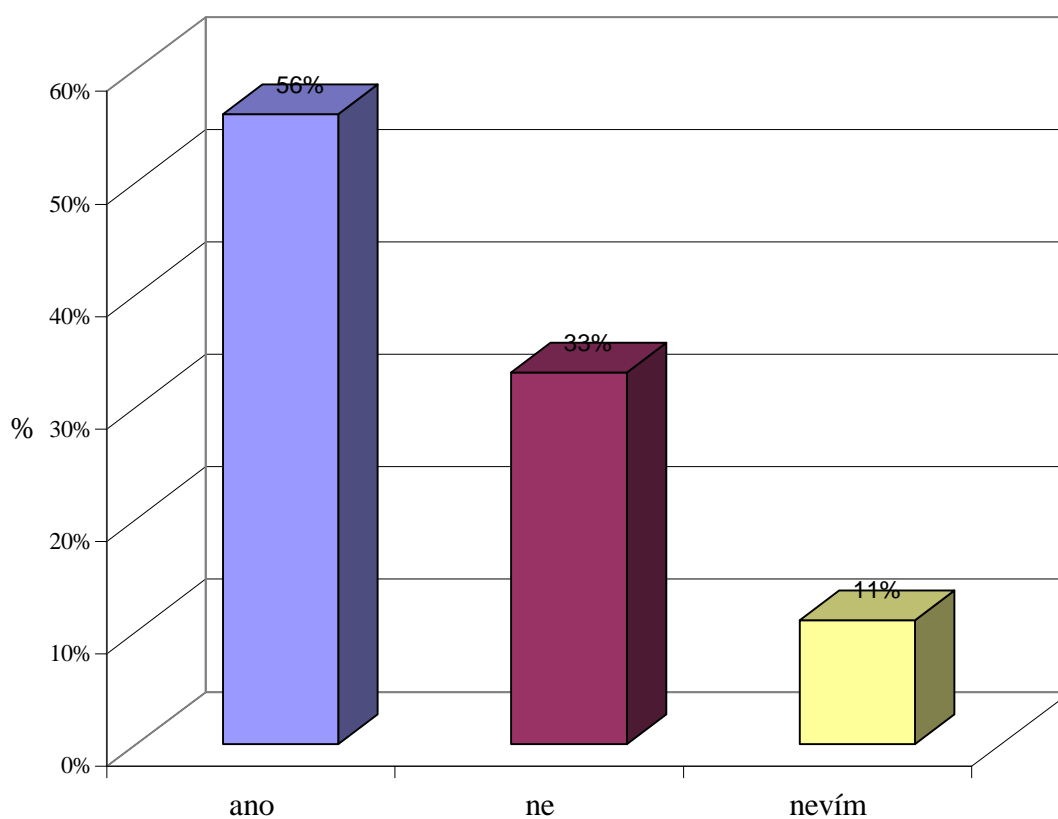
Zdroj: Vlastní výzkum

40,5 % respondentů si myslí, že jim piktogramy usnadnily komunikaci s afatickým pacientem v oblasti stravování, 52 % respondentů si myslí, piktogramy komunikaci neusnadnily a 7,5 % respondentů si výsledkem není jistých.

Tabulka 6 Usnadnily Vám piktogramy komunikaci s afatickým pacientem v oblasti vyprazdňování?

| | % |
|-------|------|
| ano | 56 % |
| ne | 33 % |
| nevím | 11 % |

Graf 6 Usnadnily Vám piktogramy komunikaci s afatickým pacientem v oblasti vyprazdňování?



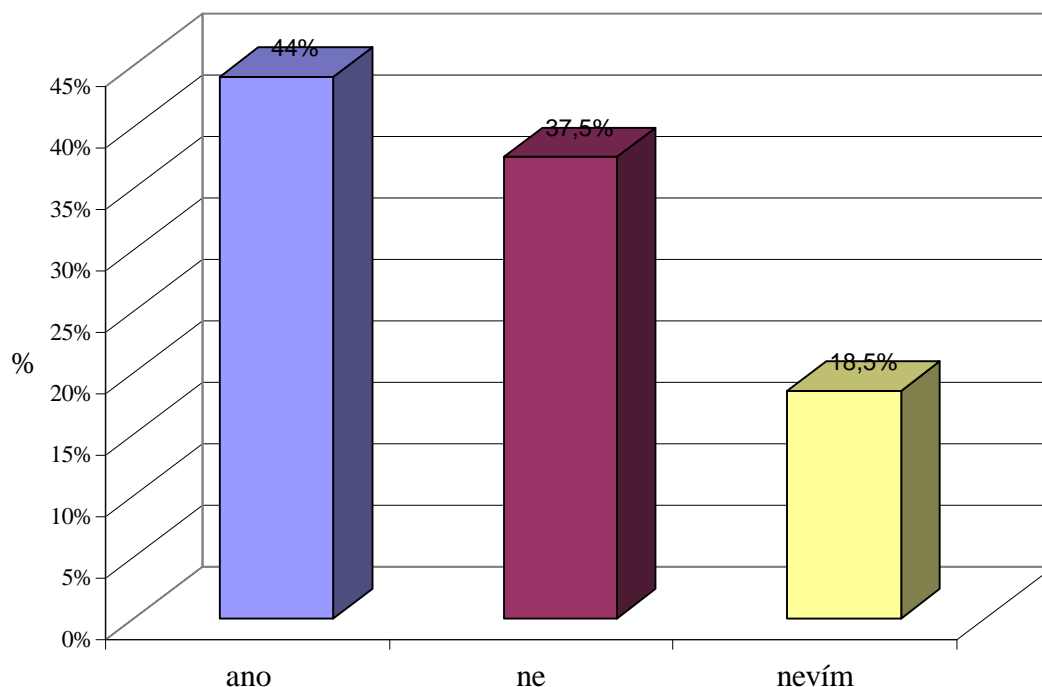
Zdroj: Vlastní výzkum

56 % respondentů piktogramy usnadnily komunikaci s afatickým pacientem v oblasti vyprazdňování, 33 % respondentů neusnadnily a 11 % respondentů si výsledkem není jistých.

Tabulka 7 Usnadnily Vám piktogramy komunikaci s afatickým pacientem v oblasti oblékání?

| | % |
|-------|--------|
| ano | 44 % |
| ne | 37,5 % |
| nevím | 18,5 % |

Graf 7 Usnadnily Vám piktogramy komunikaci s afatickým pacientem v oblasti oblékání?



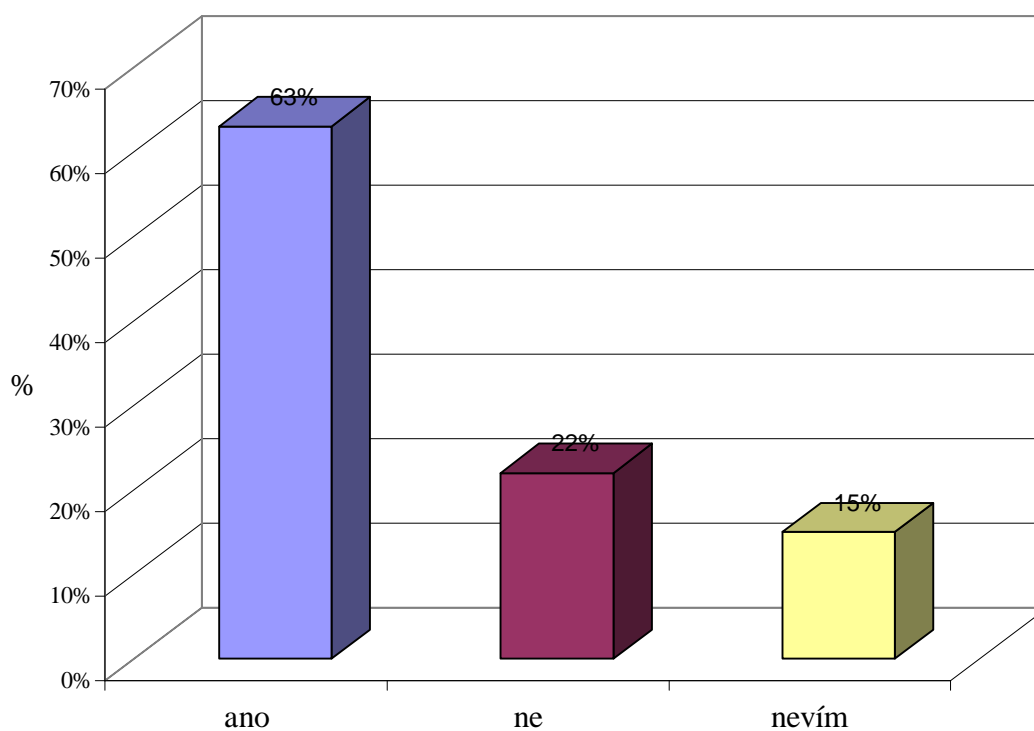
Zdroj: Vlastní výzkum

44 % respondentů si myslí, že jim piktogramy usnadnily komunikaci s afatickým pacientem v oblasti oblékání, 37,5 % respondentů si myslí, že nikoliv a 18,5 % respondentů si výsledkem není jistých.

Tabulka 8 Má věk afatického pacienta vliv na ochotu používat piktogramy?

| | % |
|-------|------|
| ano | 63 % |
| ne | 22 % |
| nevím | 15 % |

Graf 8 Má věk afatického pacienta vliv na ochotu používat piktogramy?



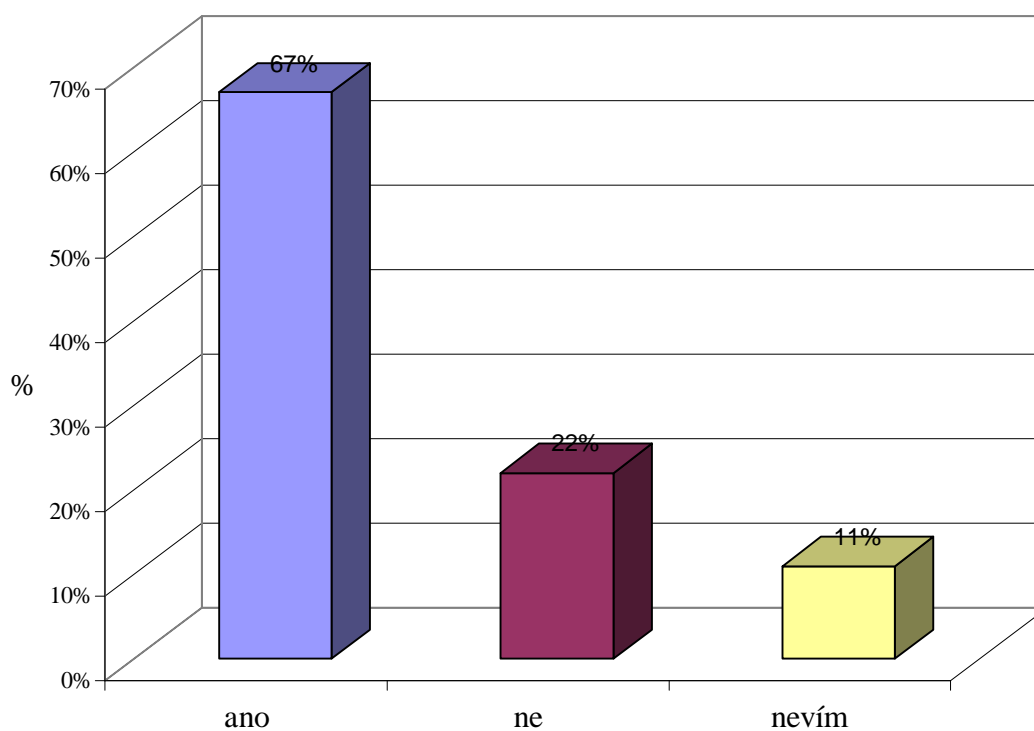
Zdroj: Vlastní výzkum

63 % respondentů si myslí, že věk afatického pacienta má vliv na ochotu používat piktogramy. 22 % respondentů si myslí, že věk nemá na ochotu používat piktogramy žádný vliv a 15 % respondentů si není jistých.

Tabulka 9 Závísí efektivita využití piktogramů na věku pacienta?

| | % |
|-------|------|
| ano | 67 % |
| ne | 22 % |
| nevím | 11 % |

Graf 9 Závísí efektivita využití piktogramů na věku pacienta?



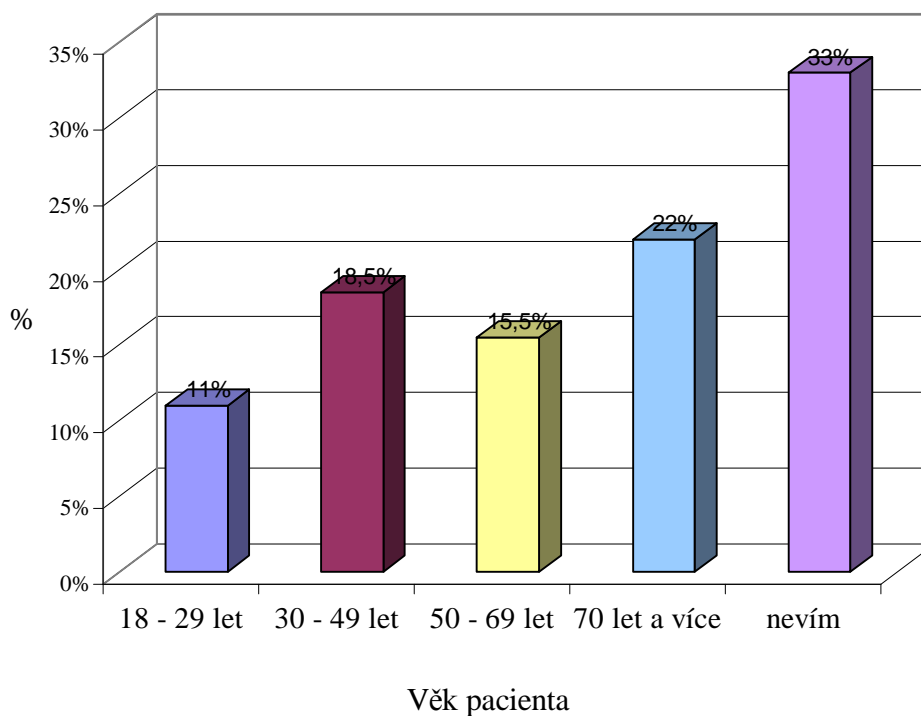
Zdroj: Vlastní výzkum

67 % respondentů si myslí, že efektivita využití piktogramů závisí na věku pacienta, 22 % respondentů si myslí, že nikoliv a 11 % respondentů si o vlivu věku pacienta na efektivitu využití piktogramů není jistých.

Tabulka 10 Piktogramy lépe využijí afatičtí pacienti ve věku:

| Věk pacienta | % |
|---------------|--------|
| 18 - 29 let | 11 % |
| 30 - 49 let | 18,5 % |
| 50 - 69 let | 15,5 % |
| 70 let a více | 22 % |
| nevím | 33 % |

Graf 10 Piktogramy lépe využijí afatičtí pacienti ve věku:



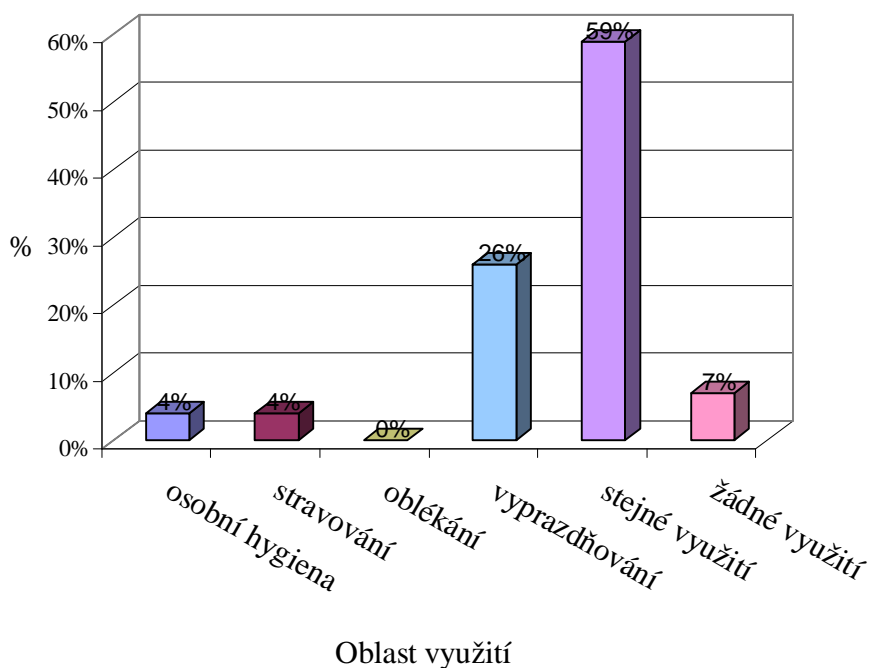
Zdroj: Vlastní výzkum

11 % respondentů si myslí, že nejvhodnější věk afatických pacientů pro používání piktogramů je 18 – 29 let, 18,5 % respondentů si myslí, že nejvhodnější věk je 30 – 49 let, 15,5 % respondentů je pro 50 – 69 let. Pro 22 % respondentů je nejvhodnější věk pacientů 70 let a více a 33 % respondentů si není o nejvhodnějším věku afatického pacienta jistých.

Tabulka 11 Ve které oblasti mají piktogramy největší využití?

| Oblast využití | % |
|----------------|------|
| osobní hygiena | 4 % |
| stravování | 4 % |
| oblékání | 0 % |
| vyprazdňování | 26 % |
| stejně využití | 59 % |
| žádné využití | 7 % |

Graf 11 Ve které oblasti mají piktogramy největší využití?



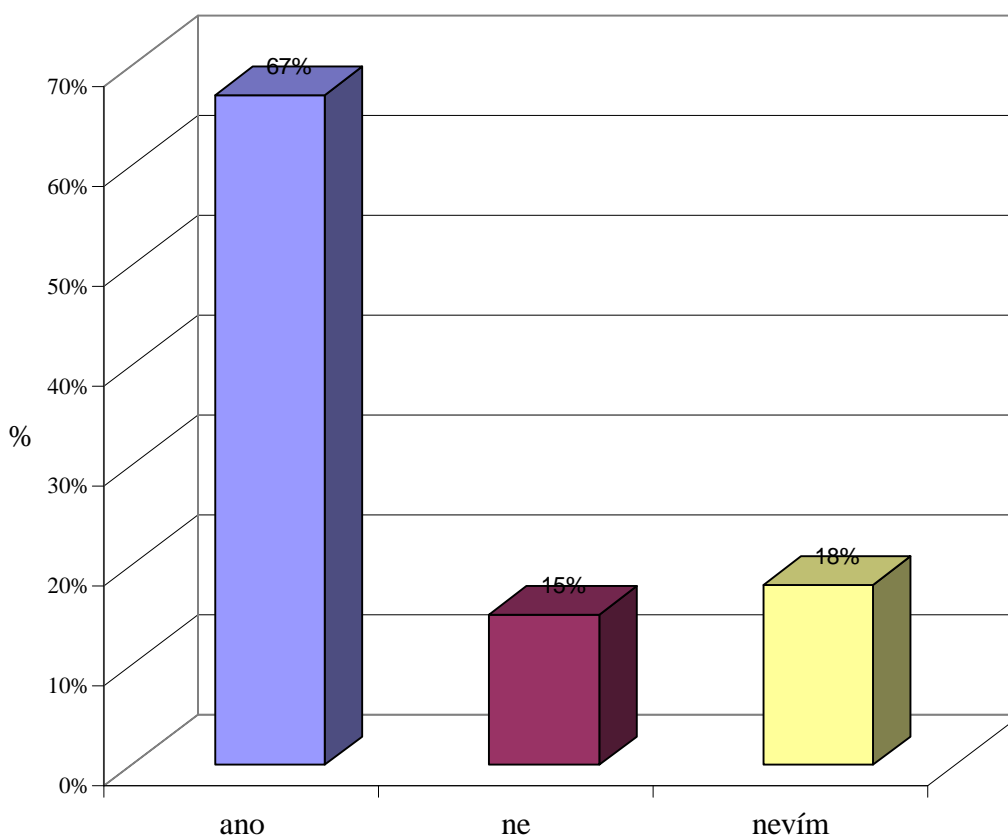
Zdroj: Vlastní výzkum

Pro 4 % respondentů mají piktogramy největší využití v oblasti osobní hygieny a v oblasti stravování, pro 26 % respondentů je největší využití piktogramů v oblasti vyprazdňování, 59 % respondentů si myslí, že se piktogramy využijí ve všech oblastech stejně, 7 % respondentů si myslí, že piktogramy nemají využití v žádné oblasti. To, že piktogramy mají největší využití v oblasti oblékání si nemyslí žádný z respondentů.

Tabulka 12 Využijí piktogramy také pacienti s jiným onemocněním?

| | % |
|-------|------|
| ano | 67 % |
| ne | 15 % |
| nevím | 18 % |

Graf 12 Využijí piktogramy také pacienti s jiným onemocněním?



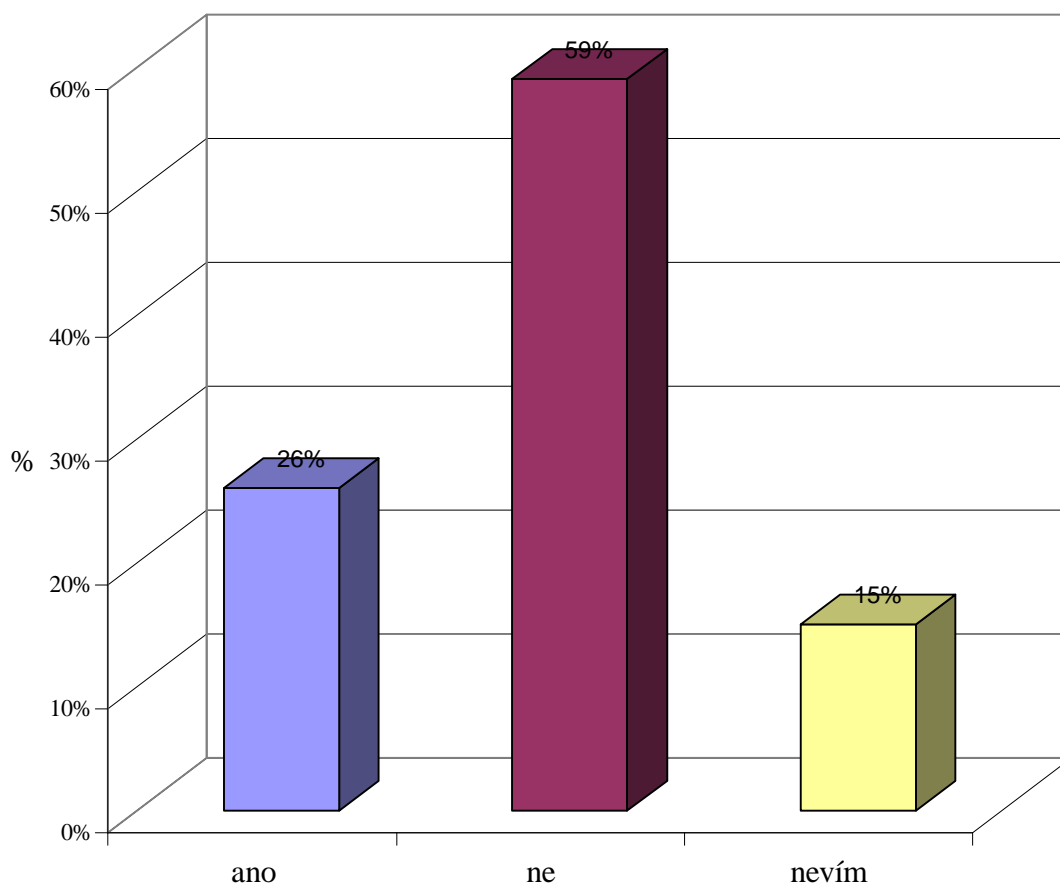
Zdroj: Vlastní výzkum

67 % respondentů si myslí, že piktogramy mohou využít i pacienti s jiným onemocněním, 15 % respondentů si myslí, že pacienti s jiným onemocněním piktogramy nevyužijí a 18 % respondentů si o využití piktogramů při jiném onemocnění není jistých.

Tabulka 13 Má používání piktogramů negativní vliv na sebeúctu afatického pacienta?

| | % |
|-------|------|
| ano | 26 % |
| ne | 59 % |
| nevím | 15 % |

Graf 13 Má používání piktogramů negativní vliv na sebeúctu afatického pacienta?



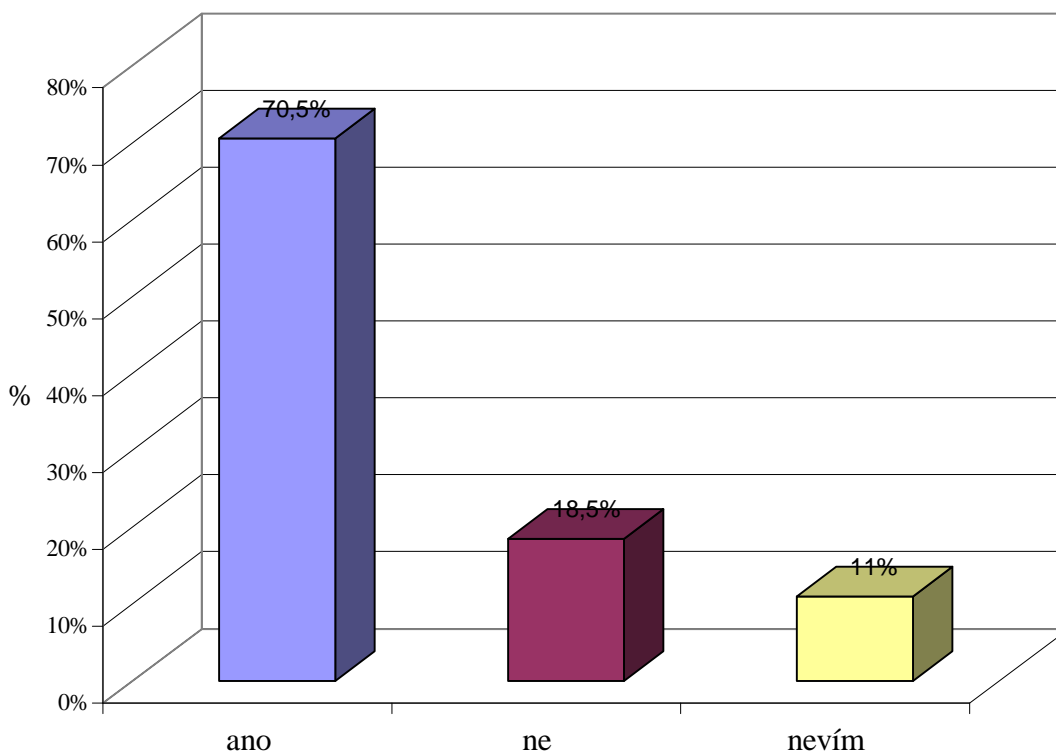
Zdroj: Vlastní výzkum

26 % respondentů si myslí, že používání piktogramů může mít negativní vliv na sebeúctu pacienta, 59 % respondentů si myslí, že nikoliv a 15 % respondentů si o negativním vlivu používání piktogramů na sebeúctu afatického pacienta není jistých.

Tabulka 14 Má používání piktogramů pozitivní vliv na komunikaci afatického pacienta se zdravotnickým personálem?

| | % |
|-------|--------|
| ano | 70,5 % |
| ne | 18,5 % |
| nevím | 11 % |

Graf 14 Má používání piktogramů pozitivní vliv na komunikaci afatického pacienta se zdravotnickým personálem?



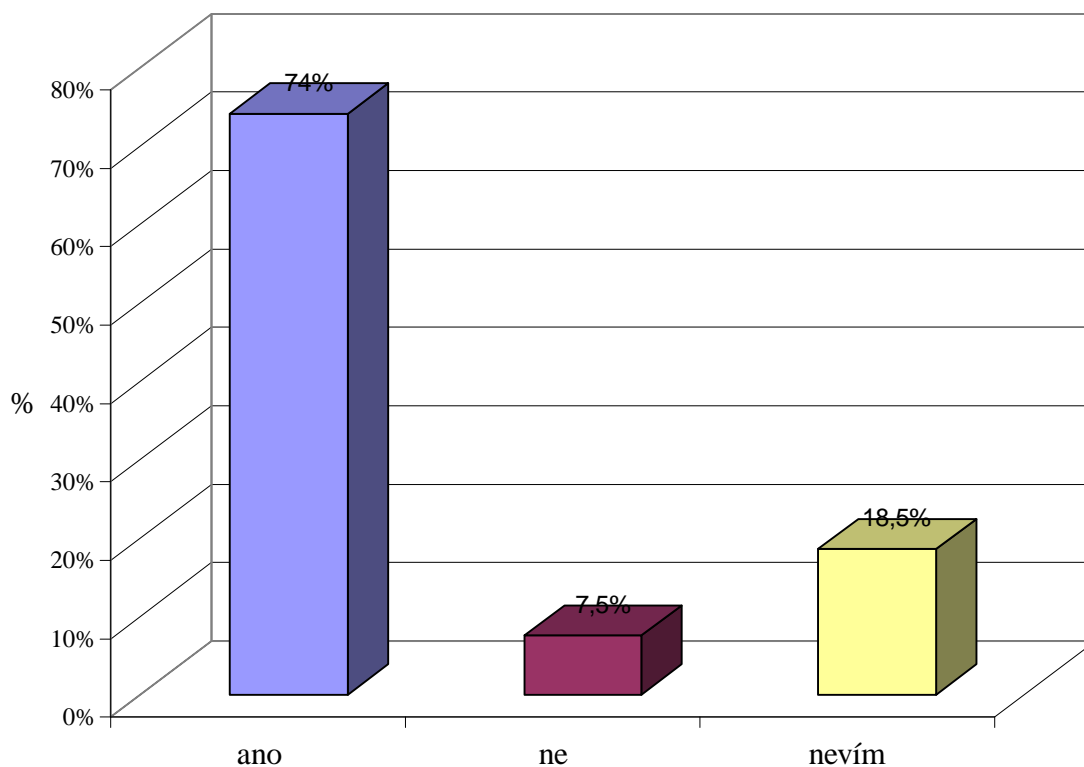
Zdroj: Vlastní výzkum

70,5 % respondentů si myslí, že používání piktogramů má pozitivní vliv na komunikaci afatického pacienta se svým okolím. 18,5 % respondentů si myslí, že piktogramy pozitivní vliv na komunikaci nemají a 11 % respondentů si není jistých.

Tabulka 15 Doporučila byste používání piktogramů dále v praxi?

| | % |
|-------|--------|
| ano | 74 % |
| ne | 7,5 % |
| nevím | 18,5 % |

Graf 15 Doporučila byste používání piktogramů dále v praxi?



Zdroj: Vlastní výzkum

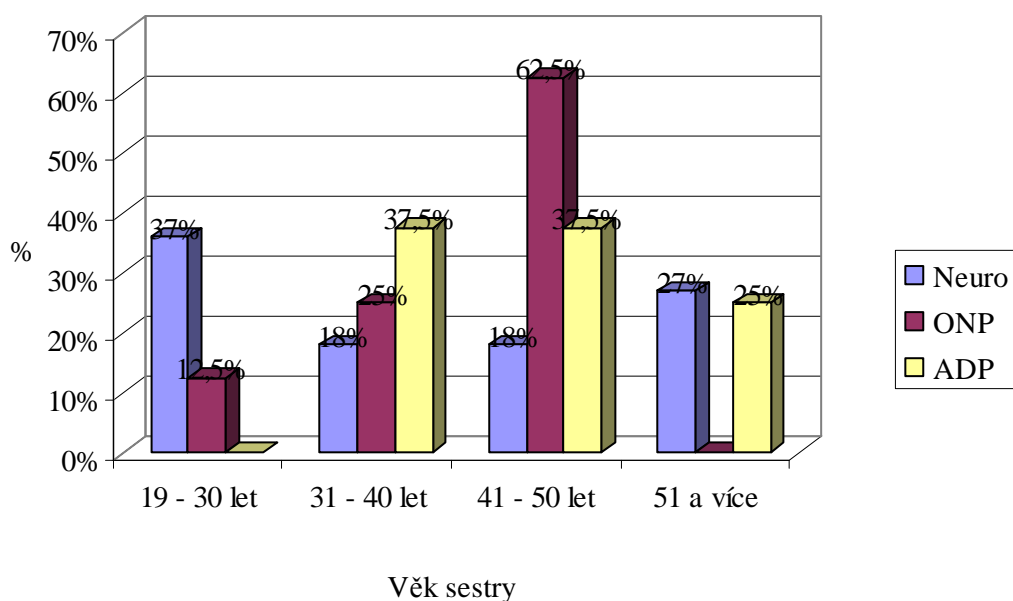
74 % respondentů by doporučilo používání piktogramů dále v praxi, 7,5 % nikoliv a 18,5 % respondentů si o využití piktogramů v praxi není jistých.

4.2 Výsledky dle oddělení

Tabulka 16 Kolik je Vám let? (dle oddělení)

| Věk sestry | Oddělení | | |
|-------------|----------|--------|--------|
| | Neuro | ONP | ADP |
| 19 - 30 let | 37 % | 12,5 % | 0 % |
| 31 - 40 let | 18 % | 25 % | 37,5 % |
| 41 - 50 let | 18 % | 62,5 % | 37,5 % |
| 51 a více | 27 % | 0 % | 25 % |

Graf 16 Kolik je Vám let? (dle oddělení)



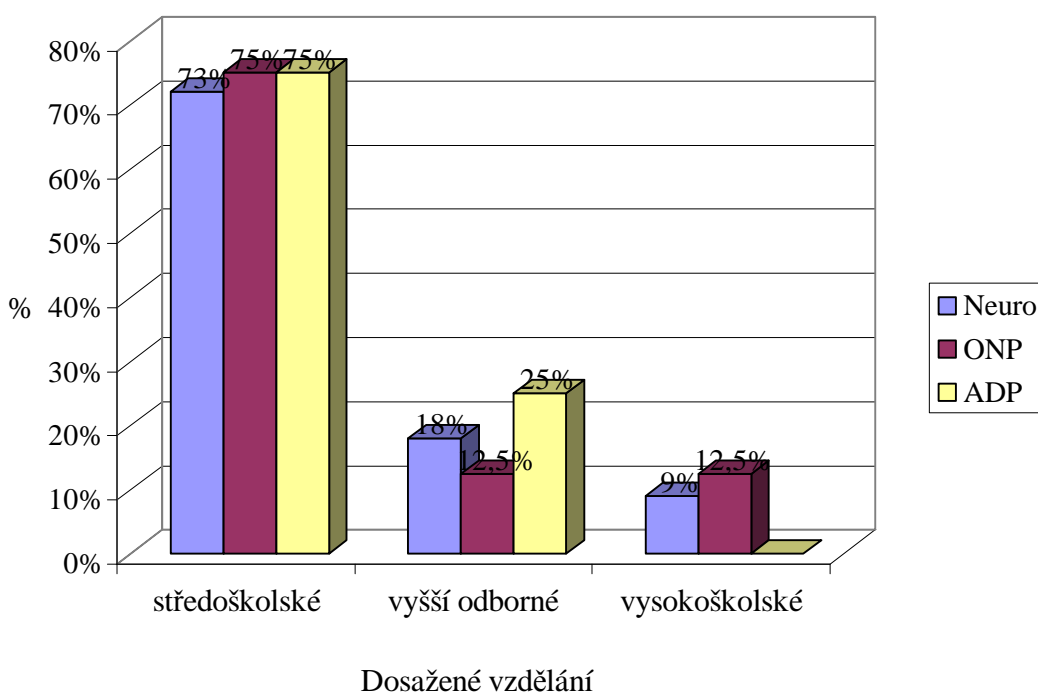
Zdroj: Vlastní výzkum

Na neurologickém oddělení je 37 % sester ve věku 19 – 30 let, 18 % ve věku 31 – 40 let a 41 – 50 let a 27 % sester ve věku 51 a více let. Na oddělení následné péče pracuje 12,5 % sester ve věku 19 – 30 let, 25 % sester ve věku 31 – 40 let, 62,5 % ve věku 41 – 50 let. V agentuře domácí péče je 37,5 % sester ve věku 31 – 40 let i ve věku 41 – 50 let a 25 % sester ve věku 51 a více let.

Tabulka 17 Dosažené vzdělání (dle oddělení)

| Dosažené vzdělání | Oddělení | | |
|-------------------|----------|--------|------|
| | Neuro | ONP | ADP |
| středoškolské | 73 % | 75 % | 75 % |
| vyšší odborné | 18 % | 12,5 % | 25 % |
| vysokoškolské | 9 % | 12,5 % | 0 % |

Graf 17 Dosažené vzdělání (dle oddělení)



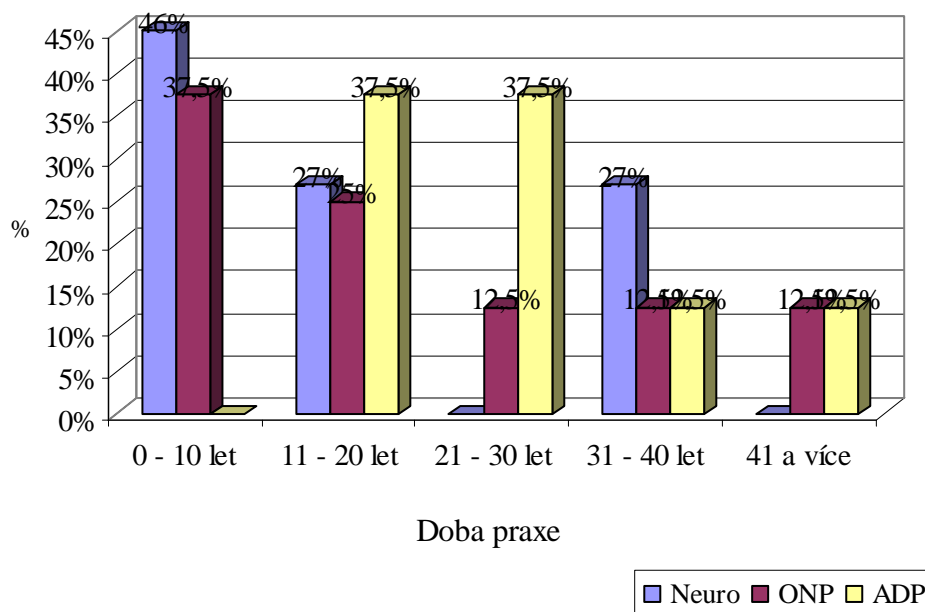
Zdroj: Vlastní výzkum

Na neurologickém oddělení má 73 % sester středoškolské vzdělání, 18 % vyšší odborné vzdělání a 9 % vysokoškolské vzdělání. Na oddělení následné péče má 75 % sester středoškolské, 12,5 % vyšší odborné a vysokoškolské vzdělání. V agentuře domácí péče získalo 75 % sester středoškolské vzdělání a 25 % vyšší odborné vzdělání. Vysokoškolské vzdělání nemá v agentuře domácí péče žádná sestra.

Tabulka 18 Jak dlouho pracujete jako zdravotní sestra? (dle oddělení)

| Doba praxe | Oddělení | | |
|-------------|----------|--------|--------|
| | Neuro | ONP | ADP |
| 0 - 10 let | 46 % | 37,5 % | 0 % |
| 11 - 20 let | 27 % | 25 % | 37,5 % |
| 21 - 30 let | 0 % | 12,5 % | 37,5 % |
| 31 - 40 let | 27 % | 12,5 % | 12,5 % |
| 41 a více | 0 % | 12,5 % | 12,5 % |

Graf 18 Jak dlouho pracujete jako zdravotní sestra? (dle oddělení)



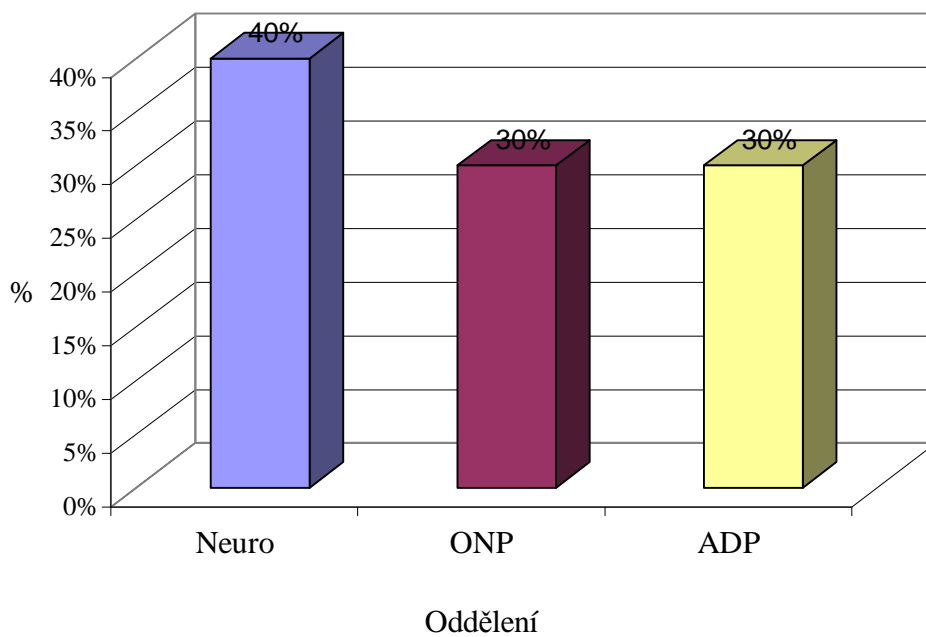
Zdroj: Vlastní výzkum

Doba praxe sester na neurologickém oddělení je u 46 % sester 0 – 10 let, u 27 % sester 11 – 20 let, u 27 % sester 31 – 40 let. 21 – 30 let a 41 a více let praxe nemá na neurologickém oddělení žádná sestra. Doba praxe sester na oddělení následné péče je u 37,5 % sester do 10ti let, u 25 % sester 11 – 20 let, u 12,5 % sester 21 – 30 let, 31 – 40 let i více než 41 let. V agentuře domácí péče má 37,5 % sester praxi 11 – 20 let a 21 – 30 let, 12,5 % sester má praxi 31 – 40 let a 41 let a více.

Tabulka 19 Na kterém oddělení pracujete?

| | Oddělení | | |
|-----|----------|------|------|
| | Neuro | ONP | ADP |
| ano | 40 % | 30 % | 30 % |

Graf 19 Na kterém oddělení pracujete?



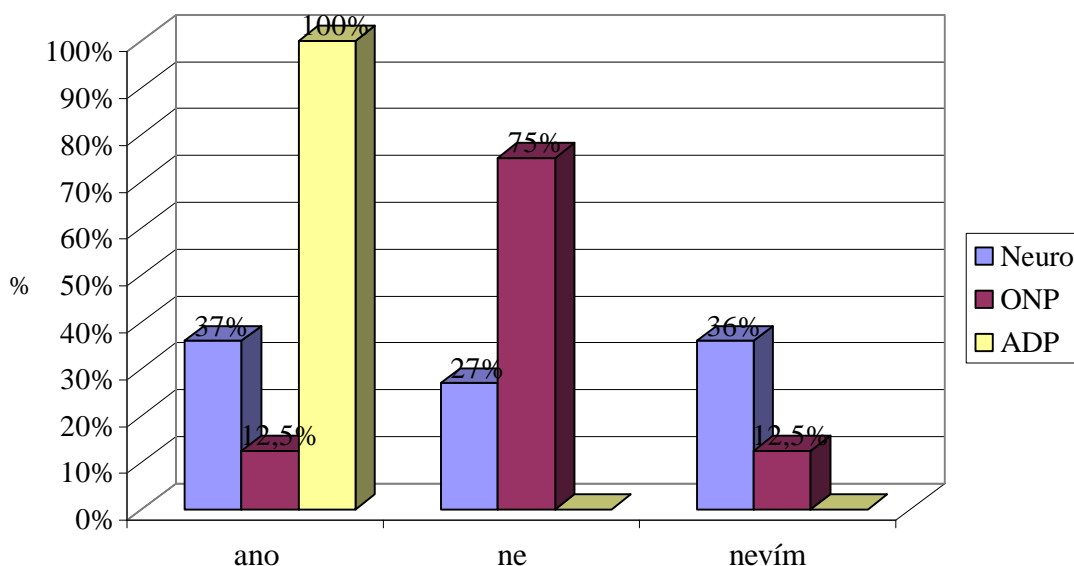
Zdroj: Vlastní výzkum

40 % dotazovaných sester pracuje na neurologickém oddělení, 30 % sester na oddělení následné péče a 30 % sester v agentuře domácí péče.

Tabulka 20 Usnadnily Vám piktogramy komunikaci s afatickým pacientem v oblasti osobní hygieny? (dle oddělení)

| | Oddělení | | |
|-------|----------|--------|-------|
| | Neuro | ONP | ADP |
| ano | 37 % | 12,5 % | 100 % |
| ne | 27 % | 75 % | 0 % |
| nevím | 36 % | 12,5 % | 0 % |

Graf 20 Usnadnily Vám piktogramy komunikaci s afatickým pacientem v oblasti osobní hygieny? (dle oddělení)



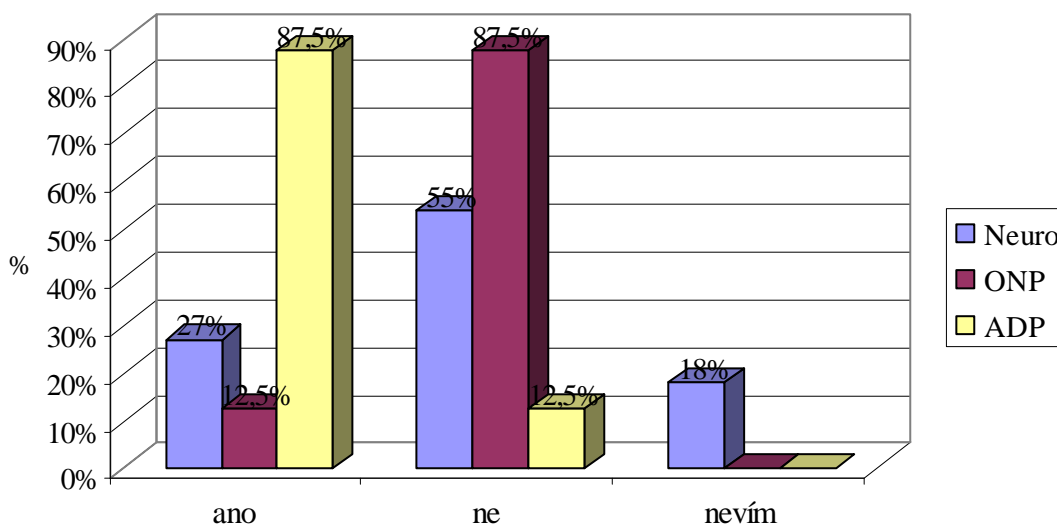
Zdroj: Vlastní výzkum

37 % sester na neurologickém oddělení se myslí, že piktogramy mohou usnadnit komunikaci s afatickým pacientem v oblasti osobní hygieny, 27 % sester si myslí, že ne a 36 % sester si není jistých. 12,5 % sester na ONP si myslí, že piktogramy lze využít při komunikaci v oblasti osobní hygieny, 75 % sester že nikoliv a 12,5 % sester neví. V ADP využilo piktogramy při komunikaci s afatickým pacientem 100 % dotazovaných sester.

Tabulka 21 Usnadnily Vám piktogramy komunikaci s afatickým pacientem v oblasti stravování? (dle oddělení)

| | Oddělení | | |
|-------|----------|--------|--------|
| | Neuro | ONP | ADP |
| ano | 27 % | 12,5 % | 87,5 % |
| ne | 55 % | 87,5 % | 12,5 % |
| nevím | 18 % | 0 % | 0 % |

Graf 21 Usnadnily Vám piktogramy komunikaci s afatickým pacientem v oblasti stravování? (dle oddělení)



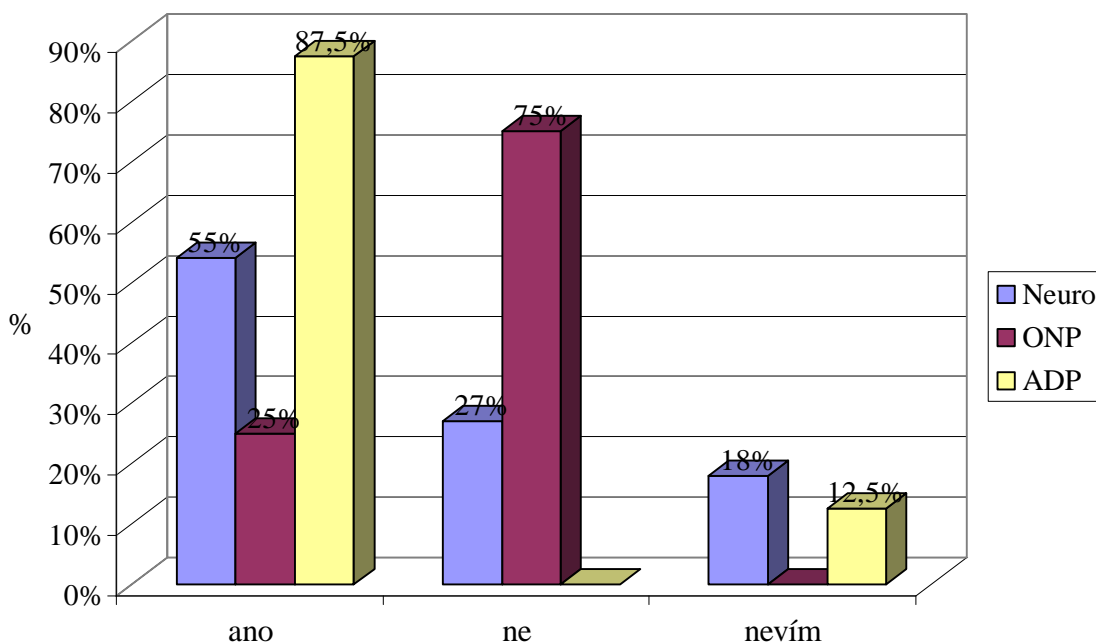
Zdroj: Vlastní výzkum

27 % sester na neurologickém oddělení se myslí, že piktogramy mohou usnadnit komunikaci s afatickým pacientem v oblasti stravování, 55 % sester si myslí, že ne a 18 % sester si není jistých. 12,5 % sester na ONP si myslí, že piktogramy lze využít při komunikaci s pacientem v oblasti stravování a 87,5 % sester se domnívá, že nikoliv. V ADP využilo piktogramy při komunikaci s afatickým pacientem 87,5 % dotazovaných sester, nevyžilo 12,5 % sester.

Tabulka 22 Usnadnily Vám piktogramy komunikaci s afatickým pacientem v oblasti vyprazdňování? (dle oddělení)

| | Oddělení | | |
|-------|----------|------|--------|
| | Neuro | ONP | ADP |
| ano | 55 % | 25 % | 87,5 % |
| ne | 27 % | 75 % | 0 % |
| nevím | 18 % | 0 % | 12,5 % |

Graf 22 Usnadnily Vám piktogramy komunikaci s afatickým pacientem v oblasti vyprazdňování? (dle oddělení)



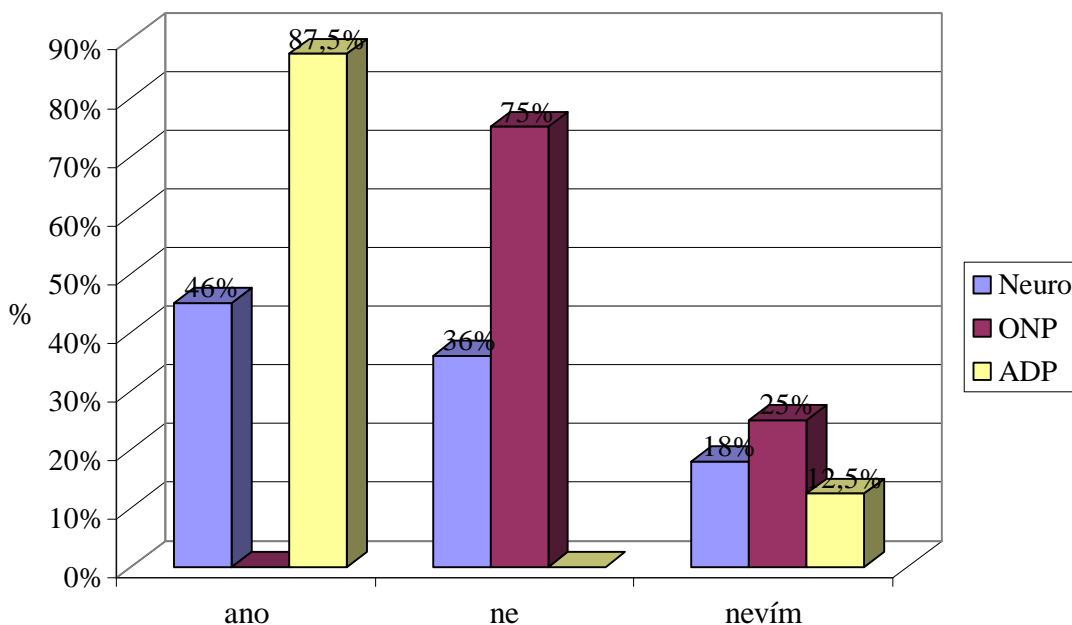
Zdroj: Vlastní výzkum

55 % sester na neurologickém oddělení usnadnily piktogramy komunikaci s afatickým pacientem v oblasti vyprazdňování, 27 % sester nikoliv a 18 % sester si není jistých. Na ONP využilo piktogramy při komunikaci v oblasti vyprazdňování 25 % sester a nevyžilo 75 % sester. V agentuře domácí péče využilo piktogramy v oblasti vyprazdňování 87,5 % sester a 12,5 % sester si není jistých.

Tabulka 23 Usnadnily Vám piktogramy komunikaci s afatickým pacientem v oblasti oblékání? (dle oddělení)

| | Oddělení | | |
|-------|----------|------|--------|
| | Neuro | ONP | ADP |
| ano | 46 % | 0 % | 87,5 % |
| ne | 36 % | 75 % | 0 % |
| nevím | 18 % | 25 % | 12,5 % |

Graf 23 Usnadnily Vám piktogramy komunikaci s afatickým pacientem v oblasti oblékání? (dle oddělení)



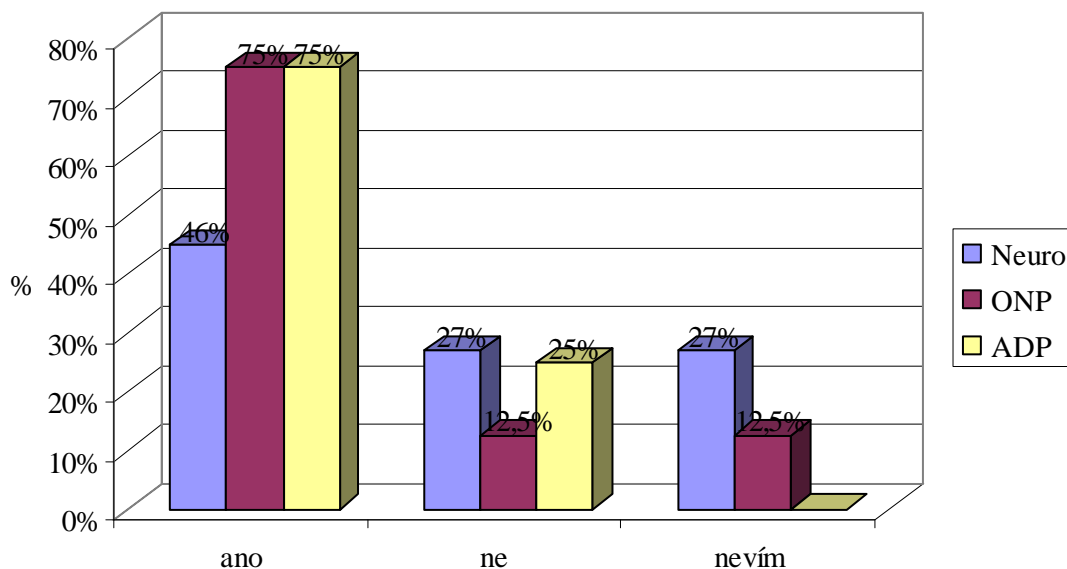
Zdroj: Vlastní výzkum

46 % sester na neurologickém oddělení využilo piktogramy při komunikaci s afatickým pacientem v oblasti oblékání, 36 % sester nevyužilo a 18 % sester si není jistých. 75 % sester na ONP piktogramy nevyužilo a 25 % sester neví. V agentuře domácí péče piktogramy využilo 87,5 % sester a 12,5 % sester si není jistých.

Tabulka 24 Má věk afatického pacienta vliv na ochotu používat piktogramy? (dle oddělení)

| | Oddělení | | |
|-------|----------|--------|------|
| | Neuro | ONP | ADP |
| ano | 46 % | 75 % | 75 % |
| ne | 27 % | 12,5 % | 25 % |
| nevím | 27 % | 12,5 % | 0 % |

Graf 24 Má věk afatického pacienta vliv na ochotu používat piktogramy? (dle oddělení)



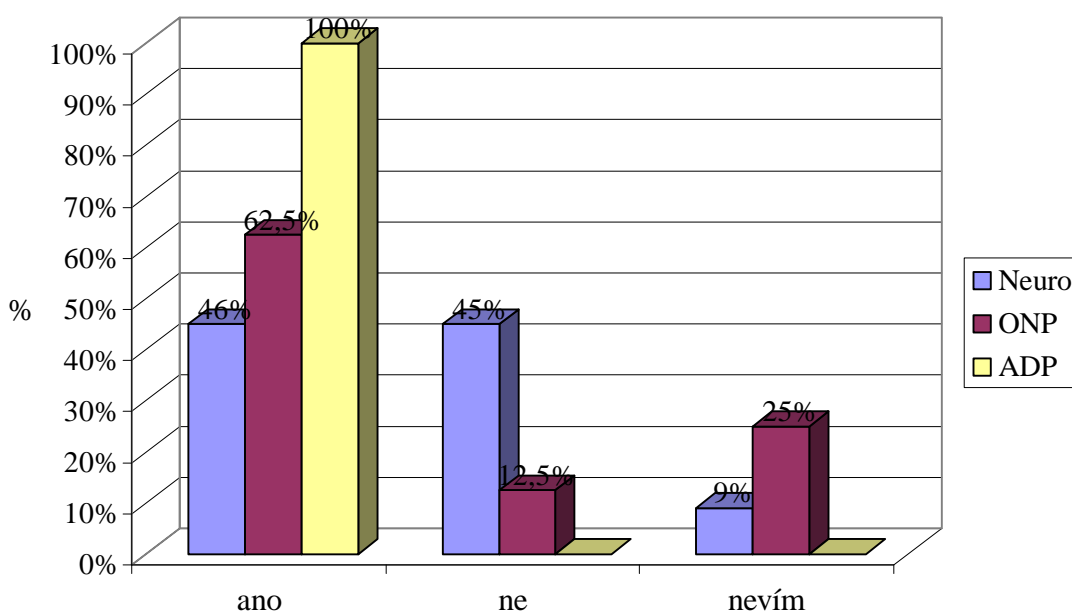
Zdroj: Vlastní výzkum

46 % sester na neurologickém oddělení si myslí, že věk afatického pacienta má vliv na ochotu používat piktogramy, 27 % sester si myslí, že věk afatického pacienta na jeho ochotu nemá vliv a 27 % sester si není jistých. Na ONP si 75 % sester myslí, že věk má vliv na ochotu pacienta, 12,5 % sester si myslí, že nikoliv a 12,5 % neví. 75 % sester v agentuře domácí péče si myslí, že věk ochotu pacienta používat piktogramy ovlivňuje a 25 % sester si myslí, že ne.

Tabulka 25 Závísí efektivita využití piktogramů na věku pacienta? (dle oddělení)

| | Oddělení | | |
|-------|----------|--------|-------|
| | Neuro | ONP | ADP |
| ano | 46 % | 62,5 % | 100 % |
| ne | 45 % | 12,5 % | 0 % |
| nevím | 9 % | 25 % | 0 % |

Graf 25 Závísí efektivita využití piktogramů na věku pacienta? (dle oddělení)



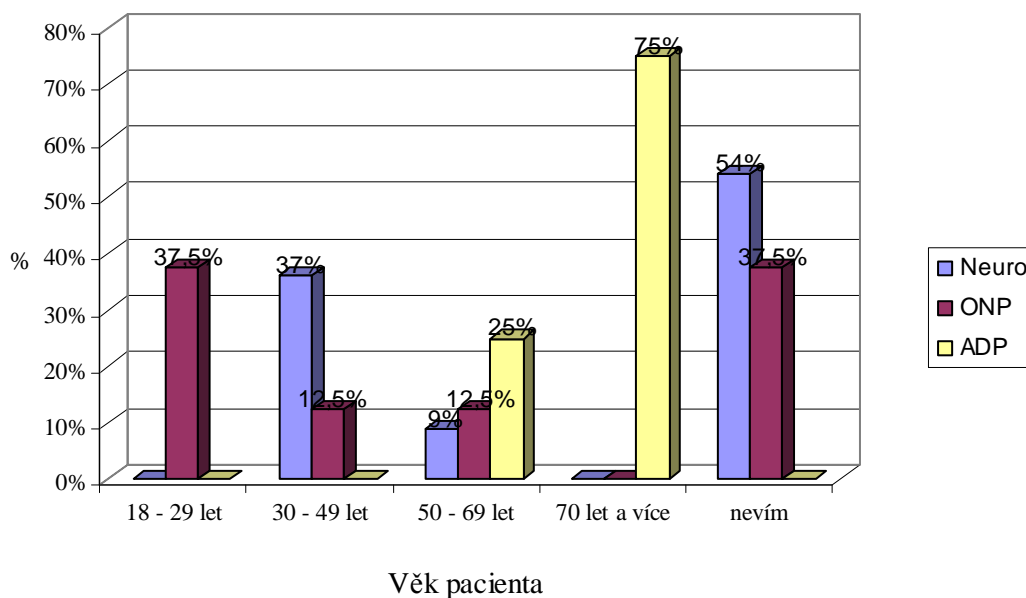
Zdroj: Vlastní výzkum

46 % sester na neurologickém oddělení si myslí, že efektivita využití piktogramů závisí na věku pacienta a 45 % sester si myslí, že nikoliv. 9 % sester z tohoto oddělení si není jistých. 62,5 % sester na ONP si myslí, že věk ovlivňuje efektivitu využití piktogramů, 12,5 % sester si myslí, že ne a 25 % sester neví. 100 % sester v agentuře domácí péče si myslí, že efektivita využití piktogramů závisí na věku pacienta.

Tabulka 26 Piktogramy lépe využijí afatictí pacienti ve věku (dle oddělení):

| Věk pacienta | Oddělení | | |
|---------------|----------|--------|------|
| | Neuro | ONP | ADP |
| 18 - 29 let | 0 % | 37,5 % | 0 % |
| 30 - 49 let | 37 % | 12,5 % | 0 % |
| 50 - 69 let | 9 % | 12,5 % | 25 % |
| 70 let a více | 0 % | 0 % | 75 % |
| nevím | 54 % | 37,5 % | 0 % |

Graf 26 Piktogramy lépe využijí afatictí pacienti ve věku (dle oddělení):



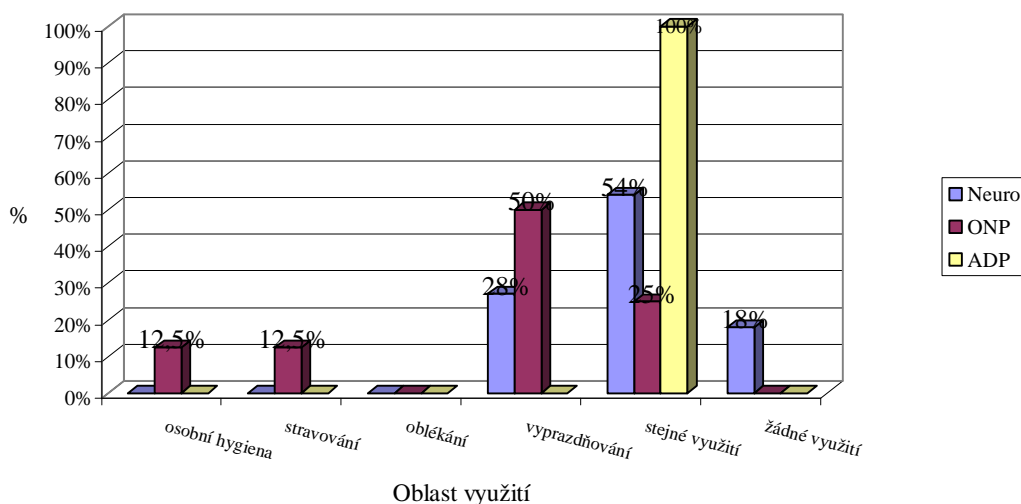
Zdroj: Vlastní výzkum

37 % sester na neurologickém oddělení se domnívá, že nejvhodnější věk afatického pacienta je 30 – 49 let, 9 % sester si myslí, že je to 50 – 69 let a 54 % sester na neurologii neví. 37,5 % sester na ONP si myslí, že nejvhodnější věk je 18 – 29 let, 12,5 % sester si myslí, že je to 30 – 49 let i 50 – 69 let a 37,5 % sester neví. V agentuře domácí péče si 25 % sester myslí, že nejvhodnější věk pacienta pro používání piktogramů je 50 – 69 let a 75 % sester si myslí, že je to 70 a více let.

Tabulka 27 Ve které oblasti mají pictogramy největší využití? (dle oddělení)

| Oblast využití | Oddělení | | |
|----------------|----------|--------|-------|
| | Neuro | ONP | ADP |
| osobní hygiena | 0 % | 12,5 % | 0 % |
| stravování | 0 % | 12,5 % | 0 % |
| oblékání | 0 % | 0 % | 0 % |
| vyprazdňování | 28 % | 50 % | 0 % |
| stejně využití | 54 % | 25 % | 100 % |
| žádné využití | 18 % | 0 % | 0 % |

Graf 27 Ve které oblasti mají pictogramy největší využití? (dle oddělení)



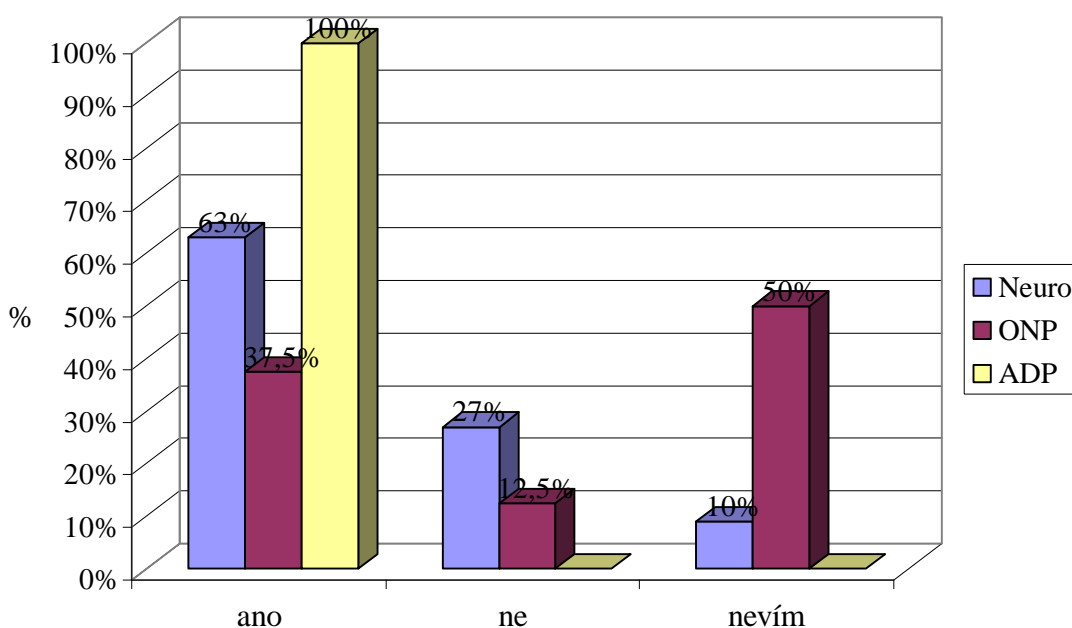
Zdroj: Vlastní výzkum

28 % sester na neurologickém oddělení si myslí, že pictogramy mají největší využití v oblasti vyprazdňování, 54 % sester si myslí, že pictogramy mají ve všech oblastech stejné využití a 18 % sester na neurologickém oddělení neví. Na ONP si 12,5 % sester myslí, že největší využití mají pictogramy v oblasti osobní hygieny a stravování, 50 % sester se domnívá, že v oblasti vyprazdňování a 25 % sester si myslí, že mají ve všech oblastech stejné využití. 100 % sester v agentuře domácí péče si myslí, že pictogramy mají ve všech oblastech stejné využití.

Tabulka 28 Využijí piktogramy také pacienti s jiným onemocněním? (dle oddělení)

| | Oddělení | | |
|-------|----------|--------|-------|
| | Neuro | ONP | ADP |
| ano | 63 % | 37,5 % | 100 % |
| ne | 27 % | 12,5 % | 0 % |
| nevím | 10 % | 50 % | 0 % |

Graf 28 Využijí piktogramy také pacienti s jiným onemocněním? (dle oddělení)



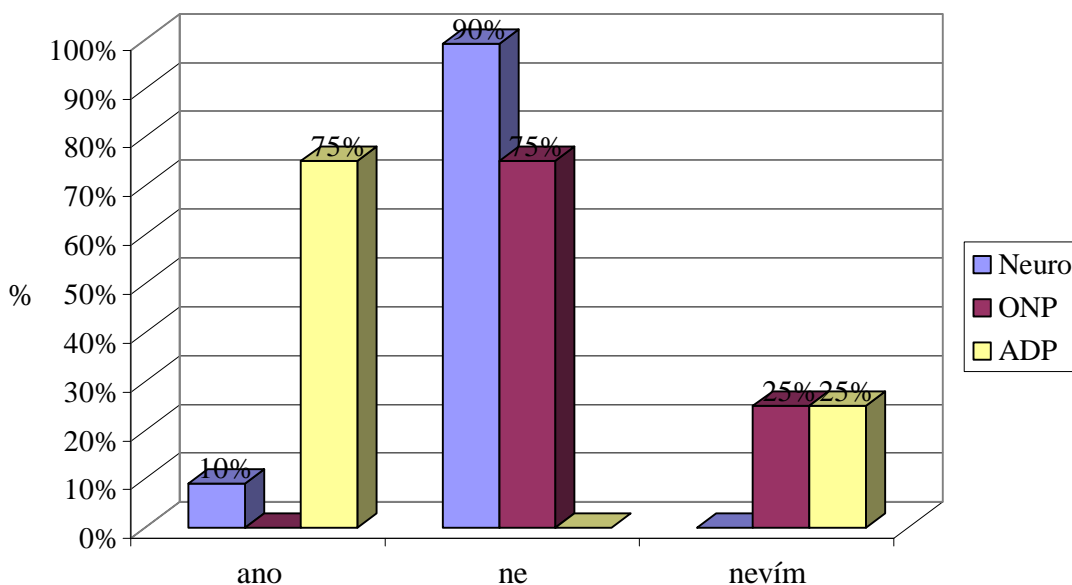
Zdroj: Vlastní výzkum

Na neurologickém oddělení si 63 % sester myslí, že piktogramy mohou využít i pacienti s jiným onemocněním, 27 % sester si myslí, že pacienti s jiným onemocněním piktogramy nevyužijí a 10 % sester neví. Na ONP si 37,5 % sester myslí, že piktogramy pacienti s jiným onemocněním využijí, 12,5 % sester si myslí, že nikoliv a 50 % sester na ONP neví. 100 % sester v agentuře domácí péče si myslí, že piktogramy mohou využívat i pacienti s jiným onemocněním.

Tabulka 29 Má používání piktogramů negativní vliv na sebeúctu afatického pacienta? (dle oddělení)

| | Oddělení | | |
|-------|----------|------|------|
| | Neuro | ONP | ADP |
| ano | 10 % | 0 % | 75 % |
| ne | 90 % | 75 % | 0 % |
| nevím | 0 % | 25 % | 25 % |

Graf 29 Má používání piktogramů negativní vliv na sebeúctu afatického pacienta? (dle oddělení)



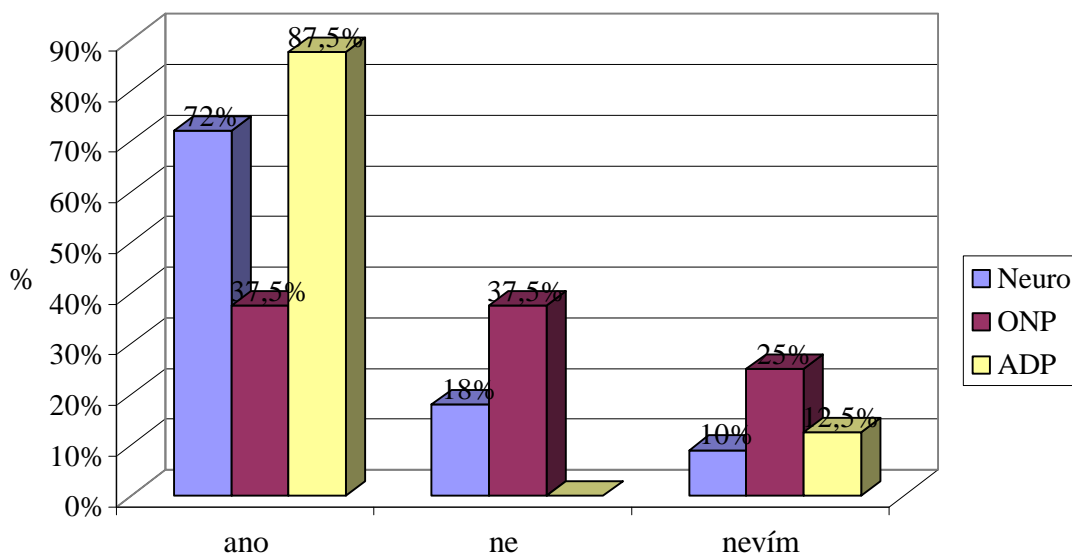
Zdroj: Vlastní výzkum

10 % sester na neurologickém oddělení si myslí, že používání piktogramů může mít negativní vliv na sebeúctu afatického pacienta a 90 % sester si myslí, že piktogramy sebeúctu afatického pacienta neovlivní. 75 % sester na ONP si myslí, že piktogramy neovlivní sebeúctu afatického pacienta a 25 % sester na ONP si není jistých. 75 % sester v agentuře domácí péče si myslí, že používání piktogramů může mít negativní vliv na sebeúctu afatického pacienta a 25 % sester si není jistých.

Tabulka 30 Má používání piktogramů pozitivní vliv na komunikaci afatického pacienta se zdravotnickým personálem? (dle oddělení)

| | Oddělení | | |
|-------|----------|--------|--------|
| | Neuro | ONP | ADP |
| ano | 72 % | 37,5 % | 87,5 % |
| ne | 18 % | 37,5 % | 0 % |
| nevím | 10 % | 25 % | 12,5 % |

Graf 30 Má používání piktogramů pozitivní vliv na komunikaci afatického pacienta se zdravotnickým personálem? (dle oddělení)



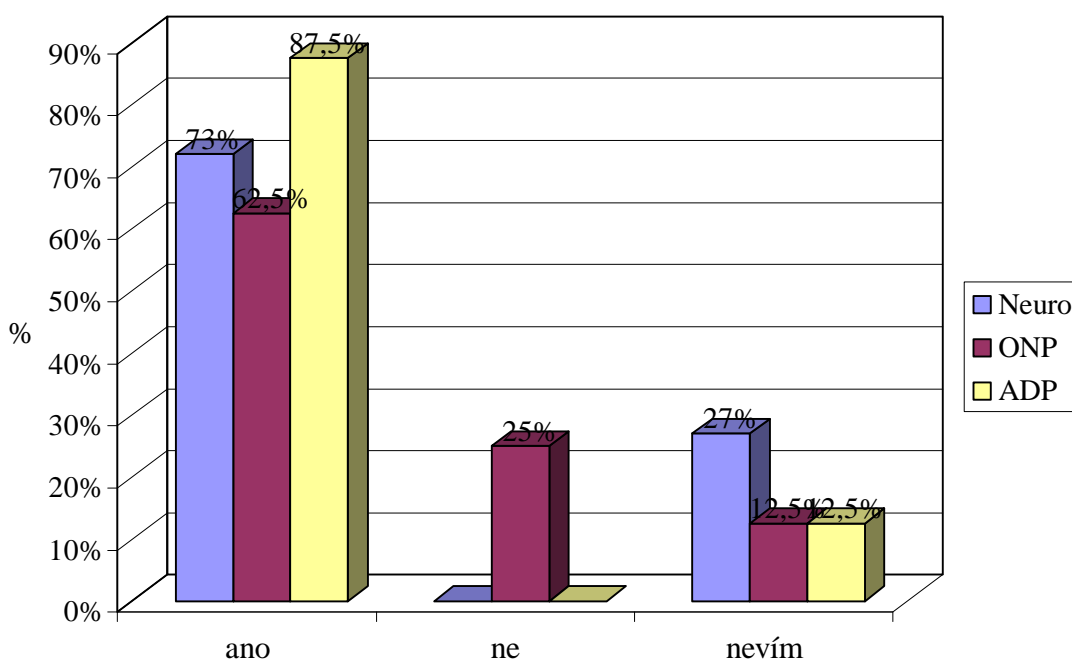
Zdroj: Vlastní výzkum

72 % sester na neurologickém oddělení si myslí, že piktogramy mají pozitivní vliv na komunikaci afatického pacienta se zdravotnickým personálem, 18 % sester si myslí, že nikoliv a 10 % sester na neurologii neví. 37,5 % sester na ONP se domnívá, že piktogramy mají pozitivní vliv na komunikaci afatického pacienta, rovněž 37,5 % sester se domnívá, že piktogramy pozitivní vliv na komunikaci nemají a 25 % sester si není jistých. 87,5 % sester v agentuře domácí péče si myslí, že používání piktogramů má pozitivní vliv na komunikaci afatického pacienta a 12,5 % sester si není jistých.

Tabulka 31 Doporučila byste používání piktogramů dále v praxi? (dle oddělení)

| | Oddělení | | |
|-------|----------|--------|--------|
| | Neuro | ONP | ADP |
| ano | 73 % | 62,5 % | 87,5 % |
| ne | 0 % | 25 % | 0 % |
| nevím | 27 % | 12,5 % | 12,5 % |

Graf 31 Doporučila byste používání piktogramů dále v praxi? (dle oddělení)



Zdroj: Vlastní výzkum

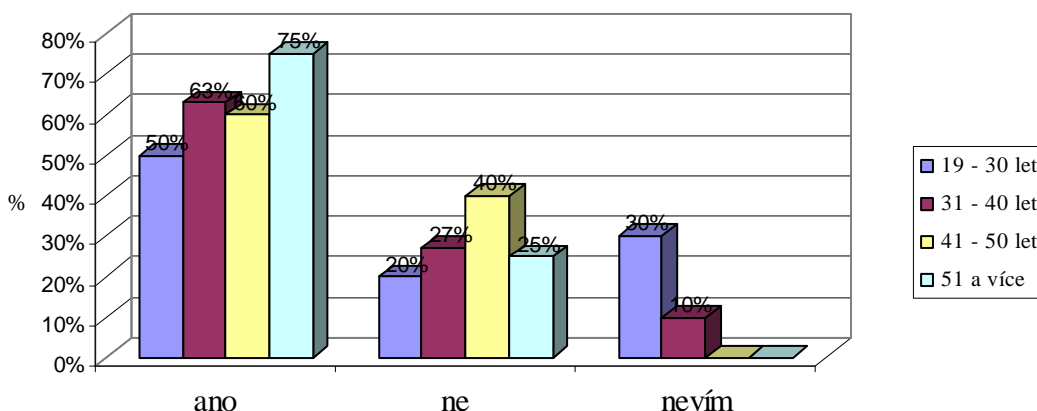
73 % sester na neurologickém oddělení by doporučilo používání piktogramů dále v praxi a 27 % sester si není jistých. 62,5 % sester na ONP by piktogramy doporučilo k používání dále v praxi, 25 % sester by piktogramy nedoporučilo a 12,5 % sester neví. 87,5 % sester v agentuře domácí péče by používání piktogramů doporučilo dále v praxi a 12,5 % sester si není jistých.

4.3 Výsledky dle věku sester

Tabulka 32 Usnadnily Vám piktogramy komunikaci s afatickým pacientem v oblasti osobní hygieny? (dle věku sester)

| | Věk sester | | | |
|-------|-------------|-------------|-------------|-----------|
| | 19 - 30 let | 31 - 40 let | 41 - 50 let | 51 a více |
| ano | 50 % | 63 % | 60 % | 75 % |
| ne | 20 % | 27 % | 40 % | 25 % |
| nevím | 30 % | 10 % | 0 % | 0 % |

Graf 32 Usnadnily Vám piktogramy komunikaci s afatickým pacientem v oblasti osobní hygieny? (dle věku sester)



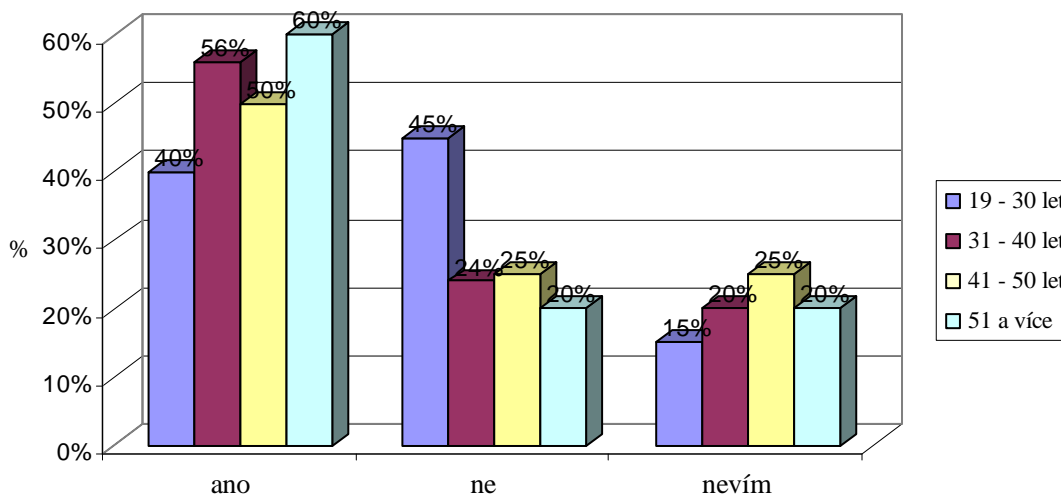
Zdroj: Vlastní výzkum

50 % sester ve věku 19 – 30 let si myslí, že piktogramy usnadnily komunikaci s afatickým pacientem v oblasti osobní hygieny, 20 % sester v tomto věku si myslí, že nikoliv a 30 % sester si není jistých. Ve věku 31 – 40 let si 63 % sester myslí, že piktogramy mají využití v oblasti osobní hygieny, 27 % sester si myslí, že ne a 10 % sester si není jistých. 60 % sester ve věku 41 – 50 let si myslí, že piktogramy lze využít v komunikaci v oblasti osobní hygieny a 40 % sester v témže věku si myslí, že nikoliv. 75 % sester ve věku 51 let a více si myslí, že piktogramy lze využít, 25 % sester si myslí, že nikoliv.

Tabulka 33 Usnadnily Vám piktogramy komunikaci s afatickým pacientem v oblasti stravování? (dle věku sester)

| | Věk sester | | | |
|-------|-------------|-------------|-------------|-----------|
| | 19 - 30 let | 31 - 40 let | 41 - 50 let | 51 a více |
| ano | 40 % | 56 % | 50 % | 60 % |
| ne | 45 % | 24 % | 25 % | 20 % |
| nevím | 15 % | 20 % | 25 % | 20 % |

Graf 33 Usnadnily Vám piktogramy komunikaci s afatickým pacientem v oblasti stravování? (dle věku sester)



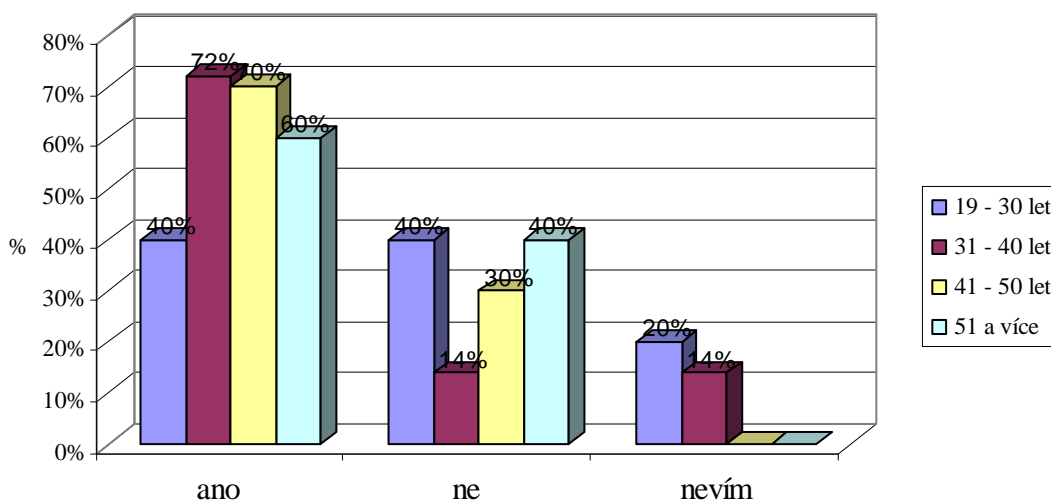
Zdroj: Vlastní výzkum

40 % sester ve věku 19 – 30 let si myslí, že jim piktogramy usnadnily komunikaci s afatickým pacientem v oblasti stravování, 45 % sester v témže věku si myslí, že nikoliv a 15 % sester si není jistých. 56 % sester ve věku 31 – 40 let si myslí, že piktogramy komunikaci usnadnily, 24 % sester v témže věku si myslí, že nikoliv a 20 % sester si není jistých. 50 % sester ve věku 41 – 50 let piktogramy usnadnily komunikaci, 25 % sester neusnadnily a 25 % sester neví. 60 % sester ve věku 51 a více let si myslí, že jim piktogramy v této oblasti komunikaci usnadnily, 20 % sester si myslí, že neusnadnily a 20 % sester si není jistých.

Tabulka 34 Usnadnily Vám piktogramy komunikaci s afatickým pacientem v oblasti vyprazdňování? (dle věku sester)

| | Věk sester | | | |
|-------|-------------|-------------|-------------|-----------|
| | 19 - 30 let | 31 - 40 let | 41 - 50 let | 51 a více |
| ano | 40 % | 72 % | 70 % | 60 % |
| ne | 40 % | 14 % | 30 % | 40 % |
| nevím | 20 % | 14 % | 0 % | 0 % |

Graf 34 Usnadnily Vám piktogramy komunikaci s afatickým pacientem v oblasti vyprazdňování? (dle věku sester)



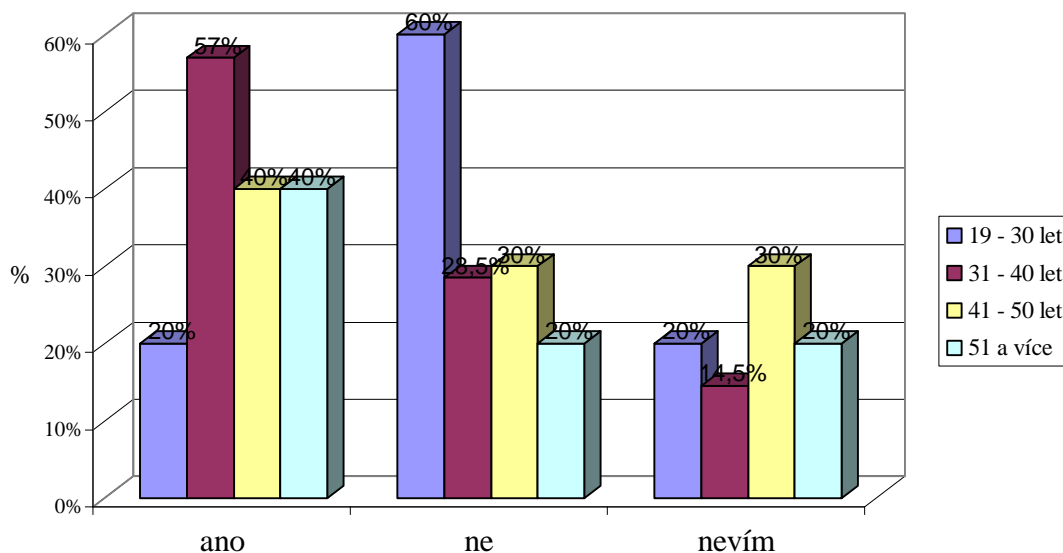
Zdroj: Vlastní výzkum

40 % sester ve věku 19 – 30 let si myslí, že jim piktogramy usnadnily komunikaci s afatickým pacientem v oblasti vyprazdňování, 40 % sester si myslí, že nikoliv a 20 % sester si není jistých. 72 % sester ve věku 31 – 40 let si myslí, že jim piktogramy komunikaci usnadnily, 14 % sester si myslí, že ne a 14 % sester neví. 70 % sester ve věku 41 – 50 let si myslí, že jim piktogramy v oblasti vyprazdňování pomohly a 30 % sester v témže věku si myslí, že nepomohly. 60 % sester ve věku 51 let a více se domnívá, že jim piktogramy v této oblasti komunikaci usnadnily a 40 % sester se domnívá, že nikoliv.

Tabulka 35 Usnadnily Vám piktogramy komunikaci s afatickým pacientem v oblasti oblékání? (dle věku sester)

| | Věk sester | | | |
|-------|-------------|-------------|-------------|-----------|
| | 19 - 30 let | 31 - 40 let | 41 - 50 let | 51 a více |
| ano | 20 % | 57 % | 40 % | 40 % |
| ne | 60 % | 28,5 % | 30 % | 20 % |
| nevím | 20 % | 14,5 % | 30 % | 20 % |

Graf 35 Usnadnily Vám piktogramy komunikaci s afatickým pacientem v oblasti oblékání? (dle věku sester)



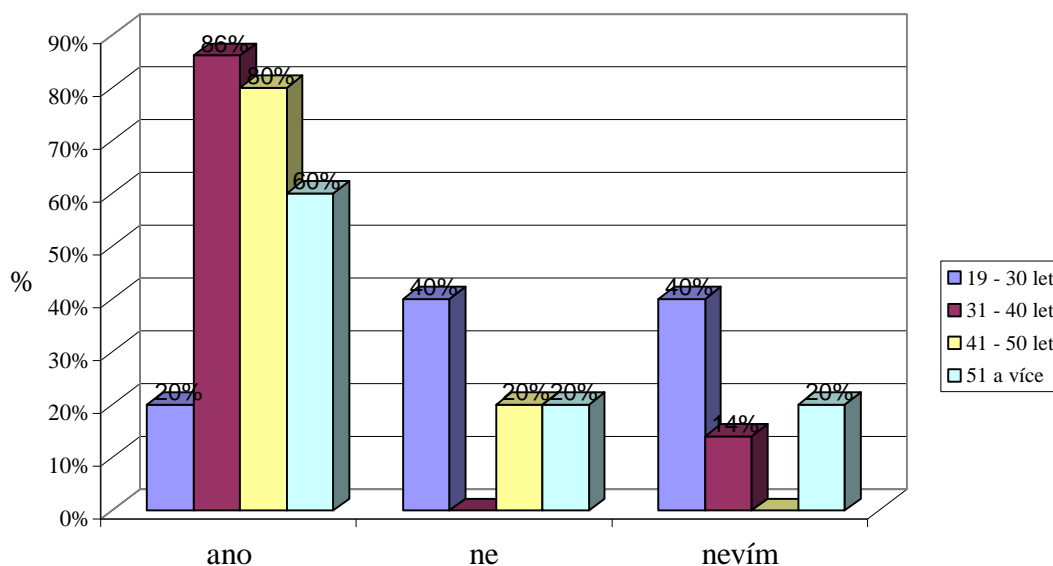
Zdroj: Vlastní výzkum

20 % sester ve věku 19 – 30 let si myslí, že jim piktogramy v oblasti oblékání komunikaci usnadnily, 60 % sester si myslí, že nikoliv a 20 % sester neví. 57 % sester ve věku 31 – 40 let piktogramy komunikaci v oblasti oblékání usnadnily, 28,5 % sester piktogramy komunikaci neusnadnily a 14,5 % sester si není jistých. 40 % sester ve věku 41 – 50 let si myslí, že jim piktogramy pomohly, 20 % sester si myslí, že nikoliv a 30 % sester si není jistých. 40 % sester ve věku 51 let a více si myslí, že jim piktogramy v komunikaci pomohly, 20 % sester v témže věku si myslí, že ne a 20 % sester neví.

Tabulka 36 Má věk afatického pacienta vliv na ochotu používat piktogramy? (dle věku sester)

| | Věk sester | | | |
|-------|-------------|-------------|-------------|-----------|
| | 19 - 30 let | 31 - 40 let | 41 - 50 let | 51 a více |
| ano | 20 % | 86 % | 80 % | 60 % |
| ne | 40 % | 0 % | 20 % | 20 % |
| nevím | 40 % | 14 % | 0 % | 20 % |

Graf 36 Má věk afatického pacienta vliv na ochotu používat piktogramy? (dle věku sester)



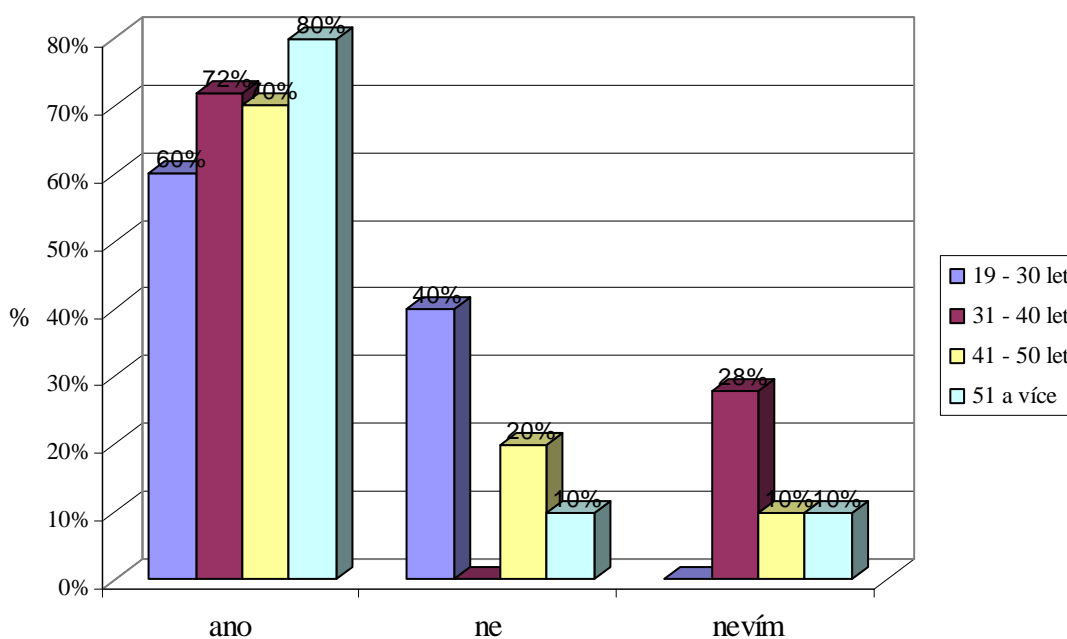
Zdroj: Vlastní výzkum

20 % sester ve věku 19 – 30 let si myslí, že věk afatického pacienta může mít vliv na jeho ochotu používat piktogramy, 40 % sester v tomto věku si myslí, že věk nehraje žádnou roli a 40 % sester si není jistých. 86 % sester ve věku 31 – 40 let si myslí, že věk má vliv na ochotu pacienta a 14 % sester si není jistých. 80 % sester ve věku 41 – 50 let si myslí, že věk může ovlivňovat ochotu pacienta a 20 % sester si myslí, že nikoliv. 60 % sester ve věku 51 let a více si myslí, že věk ochotu pacienta ovlivňuje, 20 % sester si myslí, že nikoliv a 20 % sester v témže věku si není jistých.

Tabulka 37 Závisí efektivita využití piktogramů na věku pacienta? (dle věku sester)

| | Věk sester | | | |
|-------|-------------|-------------|-------------|-----------|
| | 19 - 30 let | 31 - 40 let | 41 - 50 let | 51 a více |
| ano | 60 % | 72 % | 70 % | 80 % |
| ne | 40 % | 0 % | 20 % | 10 % |
| nevím | 0 % | 28 % | 10 % | 10 % |

Graf 37 Závisí efektivita využití piktogramů na věku pacienta? (dle věku sester)



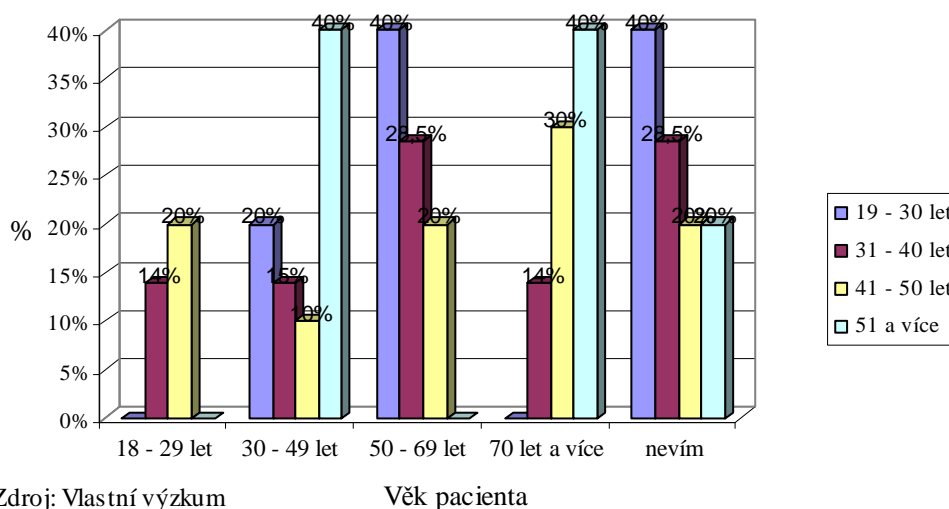
Zdroj: Vlastní výzkum

60 % sester ve věku 19 – 30 let si myslí, že efektivita využití piktogramů může záviset na věku pacienta a 40 % sester si myslí, že nikoliv. 72 % sester ve věku 31 – 40 let si myslí, že efektivita využití může záviset na věku pacienta a 28 % sester si není jistých. 70 % sester ve věku 41 – 50 let si myslí, že věk pacienta může ovlivňovat efektivitu využití piktogramů, 20 % sester si myslí, že nikoliv a 10 % sester si není jistých. 80 % sester ve věku 51 let a více si myslí, že věk afatického pacienta by mohl ovlivnit efektivitu využití piktogramů, 10 % sester v témže věku si myslí, že nikoliv a 10 % sester si není jistých.

Tabulka 38 Piktogramy lépe využijí afatičtí pacienti ve věku (dle věku sester):

| Věk pacienta | Věk sester | | | |
|---------------|-------------|-------------|-------------|-----------|
| | 19 - 30 let | 31 - 40 let | 41 - 50 let | 51 a více |
| 18 - 29 let | 0 % | 14 % | 20 % | 0 % |
| 30 - 49 let | 20 % | 15 % | 10 % | 40 % |
| 50 - 69 let | 40 % | 28,5 % | 20 % | 0 % |
| 70 let a více | 0 % | 14 % | 30 % | 40 % |
| nevím | 40 % | 28,5 % | 20 % | 20 % |

Graf 38 Piktogramy lépe využijí afatičtí pacienti ve věku (dle věku sester):



Zdroj: Vlastní výzkum

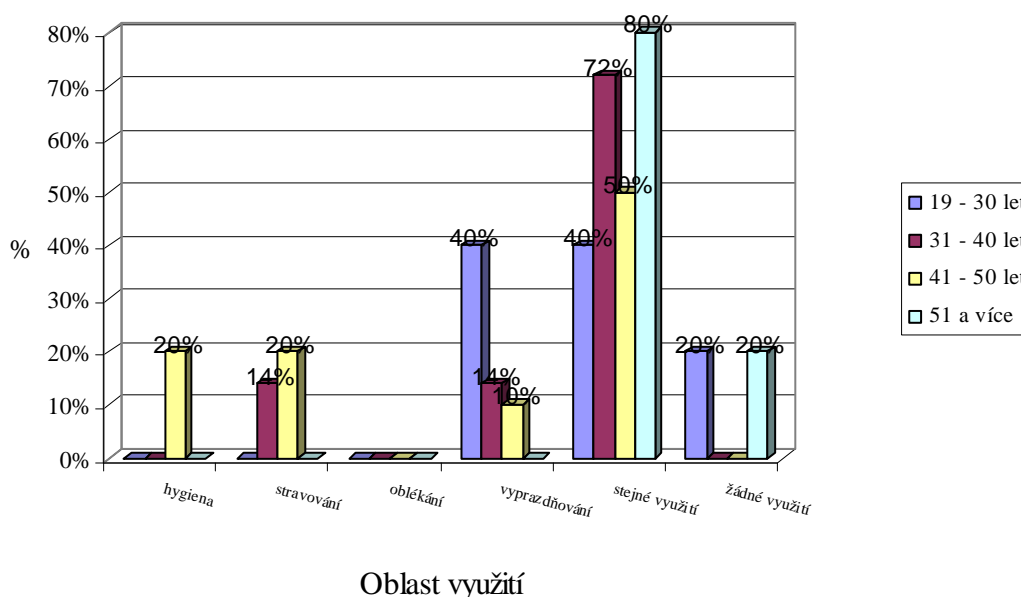
Věk pacienta

20 % sester ve věku 19 – 30 let si myslí, že nejvhodnější věk pro používání piktogramů je 30 – 49 let, 40 % sester si myslí, že nejvhodnější věk je 50 – 69 let a 40 % sester si není jistých. 14 % sester ve věku 31 – 40 let si myslí, že nejvhodnější věk pacienta je 18 – 29 let, 15 % sester v témže věku si myslí, že nejvhodnější věk pacienta je 30 – 49 let, 28,5 % sester si myslí, že nejvhodnější věk pacienta je 50 – 69 let, 14 % sester si myslí, že nejvhodnější věk pacienta je 70 let a více a 28,5 % sester si není jistých. 20 % sester ve věku 41 – 50 let si myslí, že nejvhodnější věk pacienta je 18 – 29 let, 10 % sester se domnívá, že je to 30 – 49 let, 20 % sester se domnívá, že nejvhodnější věk je 50 – 69 let, 30 % sester si myslí, že je to věk 70 let a více a 20 % sester si není jistých. 40 % sester ve věku 51 a více let si myslí, že nejvhodnější věk pacienta je 30 – 49 let, 40 % těchto sester si myslí, že nejvhodnější věk pacienta je 70 let a více a 20 % sester si není jistých.

Tabulka 39 Ve které oblasti mají piktogramy největší využití? (dle věku sester)

| Oblast využití | Věk sester | | | |
|----------------|-------------|-------------|-------------|-----------|
| | 19 - 30 let | 31 - 40 let | 41 - 50 let | 51 a více |
| hygiena | 0 % | 0 % | 20 % | 0 % |
| stravování | 0 % | 14 % | 20 % | 0 % |
| oblékání | 0 % | 0 % | 0 % | 0 % |
| vyprazdňování | 40 % | 14 % | 10 % | 0 % |
| stejně využití | 40 % | 72 % | 50 % | 80 % |
| žádné využití | 20 % | 0 % | 0 % | 20 % |

Graf 39 Ve které oblasti mají piktogramy největší využití? (dle věku sester)



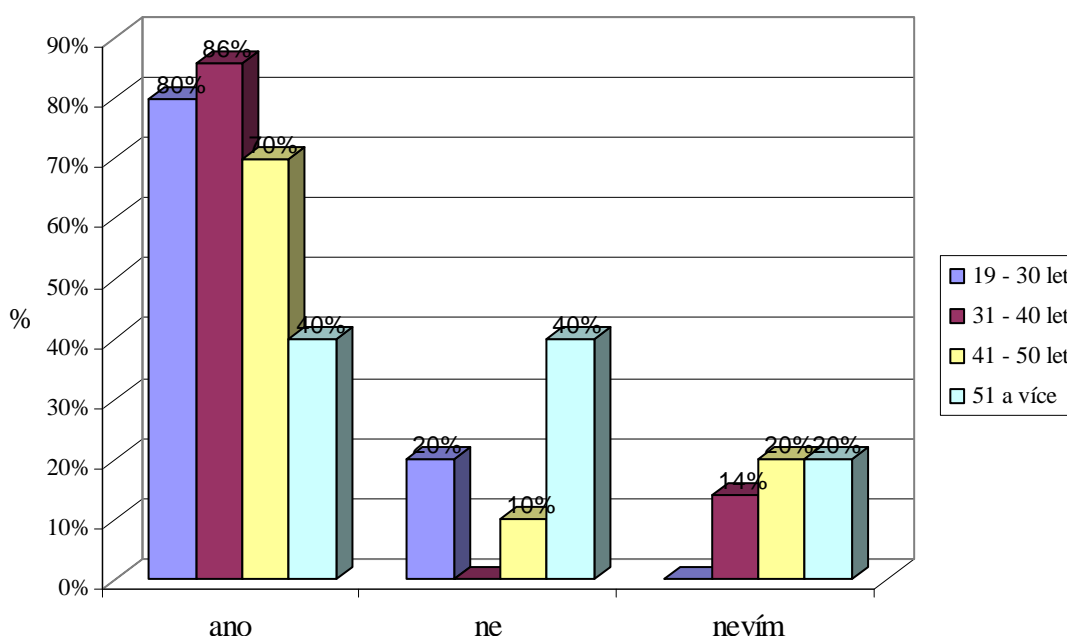
Zdroj: Vlastní výzkum

40 % sester ve věku 19 – 30 let si myslí, že piktogramy mají největší využití v oblasti vyprazdňování, 40 % sester si myslí, že mají ve všech oblastech stejné využití a 20 % sester si myslí, že piktogramy nemají využití v žádné z oblastí. 14 % sester ve věku 31 – 40 let si myslí, že největší využití piktogramů je v oblasti stravování, 14 % sester si myslí, že v oblasti vyprazdňování a 72 % sester si myslí, že mají všude stejné využití. 20 % sester ve věku 41 – 50 let si myslí, že největší využití piktogramů je v oblasti osobní hygieny a stravování, 10 % sester si myslí, že v oblasti vyprazdňování a 50 % sester v této věkové kategorii si myslí, že piktogramy mají ve všech oblastech stejné využití. 80 % sester ve věku 51 let a více si myslí, že piktogramy mají všude stejné využití a 20 % sester si myslí, že nemají žádné využití.

Tabulka 40 Využijí piktogramy také pacienti s jiným onemocněním? (dle věku sester)

| | Věk sester | | | |
|-------|-------------|-------------|-------------|-----------|
| | 19 - 30 let | 31 - 40 let | 41 - 50 let | 51 a více |
| ano | 80 % | 86 % | 70 % | 40 % |
| ne | 20 % | 0 % | 10 % | 40 % |
| nevím | 0 % | 14 % | 20 % | 20 % |

Graf 40 Využijí piktogramy také pacienti s jiným onemocněním? (dle věku sester)



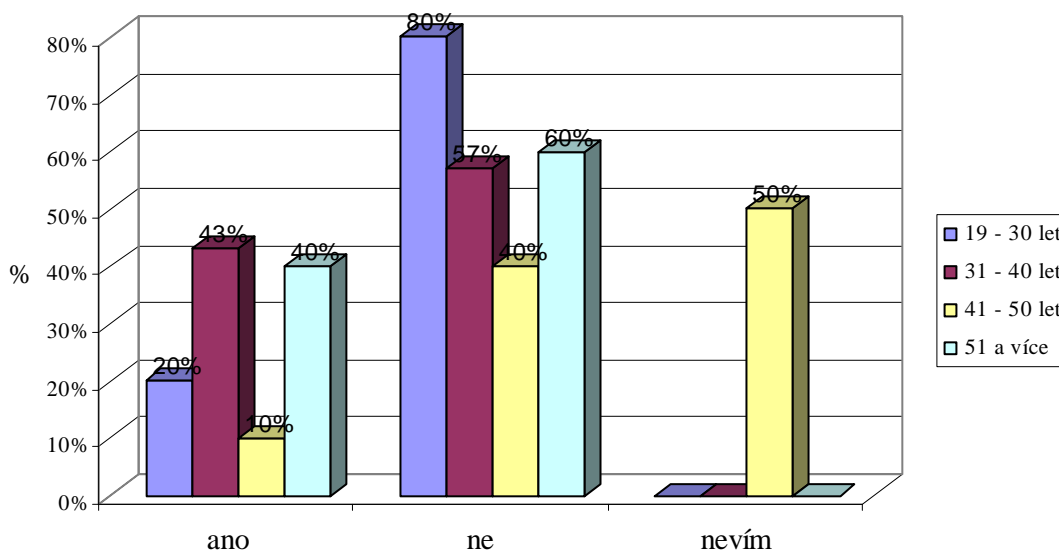
Zdroj: Vlastní výzkum

80 % sester ve věku 19 – 30 let si myslí, že piktogramy mohou využít i pacienti s jiným onemocněním a 20 % sester si myslí, že nikoliv. 86 % sester ve věku 31 – 40 let si myslí, že piktogramy využijí i pacienti s jiným onemocněním a 14 % těchto sester si není jistých. 70 % sester ve věkové kategorii 41 – 50 let si myslí, že pacienti s jiným onemocněním piktogramy využijí, 10 % těchto sester si myslí, že nikoliv a 20 % sester si není jistých. 40 % sester ve věku 51 let a více si myslí, že pacienti s jiným onemocněním piktogramy využijí, 40 % těchto sester si myslí, že nevyužijí a 20 % sester si není jistých.

Tabulka 41 Má používání piktogramů negativní vliv na sebeúctu afatického pacienta? (dle věku sester)

| | Věk sester | | | |
|-------|-------------|-------------|-------------|-----------|
| | 19 - 30 let | 31 - 40 let | 41 - 50 let | 51 a více |
| ano | 20 % | 43 % | 10 % | 40 % |
| ne | 80 % | 57 % | 40 % | 60 % |
| nevím | 0 % | 0 % | 50 % | 0 % |

Graf 41 Má používání piktogramů negativní vliv na sebeúctu afatického pacienta? (dle věku sester)



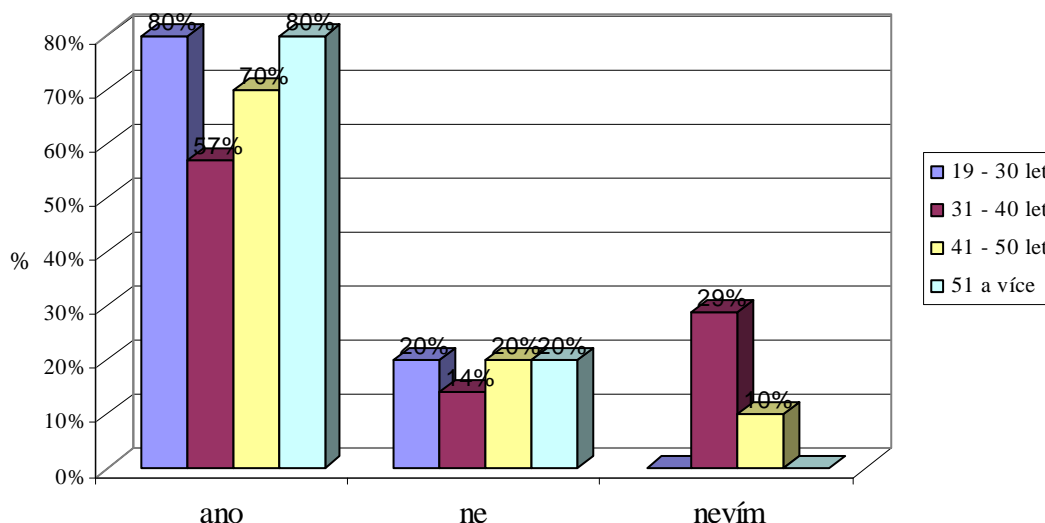
Zdroj: Vlastní výzkum

20 % sester ve věku 19 – 30 let si myslí, že piktogramy mohou mít negativní vliv na sebeúctu pacienta a 80 % těchto sester si myslí, že negativní vliv na sebeúctu pacienta nemají. 43 % sester ve věku 31 – 40 let si myslí, že piktogramy mohou mít negativní vliv na sebeúctu pacienta a 57 % těchto sester si myslí, že negativní vliv mít nemohou. 10 % sester ve věku 41 – 50 let si myslí, že piktogramy negativní vliv na sebeúctu pacienta mít mohou, 40 % sester si myslí, že ne a 50 % sester si není jistých. 40 % sester ve věku 51 let a více si myslí, že piktogramy mohou mít negativní vliv na sebeúctu afatického pacienta a 60 % sester z této věkové kategorie si myslí, že nikoliv.

Tabulka 42 Má používání piktogramů pozitivní vliv na komunikaci afatického pacienta se zdravotnickým personálem? (dle věku sester)

| | Věk sester | | | |
|-------|-------------|-------------|-------------|-----------|
| | 19 - 30 let | 31 - 40 let | 41 - 50 let | 51 a více |
| ano | 80 % | 57 % | 70 % | 80 % |
| ne | 20 % | 14 % | 20 % | 20 % |
| nevím | 0 % | 29 % | 10 % | 0 % |

Graf 42 Má používání piktogramů pozitivní vliv na komunikaci afatického pacienta se zdravotnickým personálem? (dle věku sester)



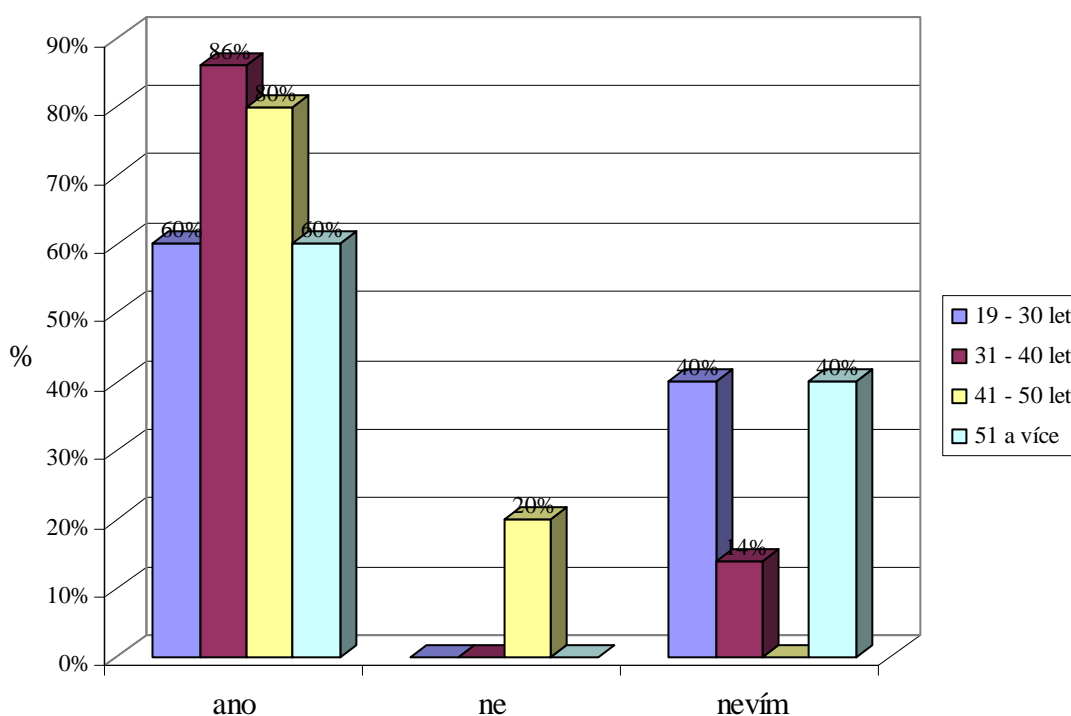
Zdroj: Vlastní výzkum

80 % sester ve věku 19 – 30 let se domnívá, že piktogramy mají pozitivní vliv na komunikaci afatického pacienta se zdravotnickým personálem a 20 % těchto sester si myslí, že nikoliv. 57 % sester ve věku 31 – 40 let si myslí, že piktogramy pozitivní vliv na komunikaci mají, 14 % sester se domnívá, že nikoliv a 29 % sester to nedokáže posoudit. 70 % sester ve věku 41 – 50 let se domnívá, že piktogramy mají pozitivní vliv na komunikaci pacienta, 20 % sester se domnívá, že ne a 10 % sester si není jistých. 80 % sester ve věku 51 let a více si myslí, že piktogramy mají pozitivní vliv na komunikaci a 20 % sester si myslí, že ne.

Tabulka 43 Doporučila byste používání piktogramů dále v praxi? (dle věku sester)

| | Věk sester | | | |
|-------|-------------|-------------|-------------|-----------|
| | 19 - 30 let | 31 - 40 let | 41 - 50 let | 51 a více |
| ano | 60 % | 86 % | 80 % | 60 % |
| ne | 0 % | 0 % | 20 % | 0 % |
| nevím | 40 % | 14 % | 0 % | 40 % |

Graf 43 Doporučila byste používání piktogramů dále v praxi? (dle věku sester)



Zdroj: Vlastní výzkum

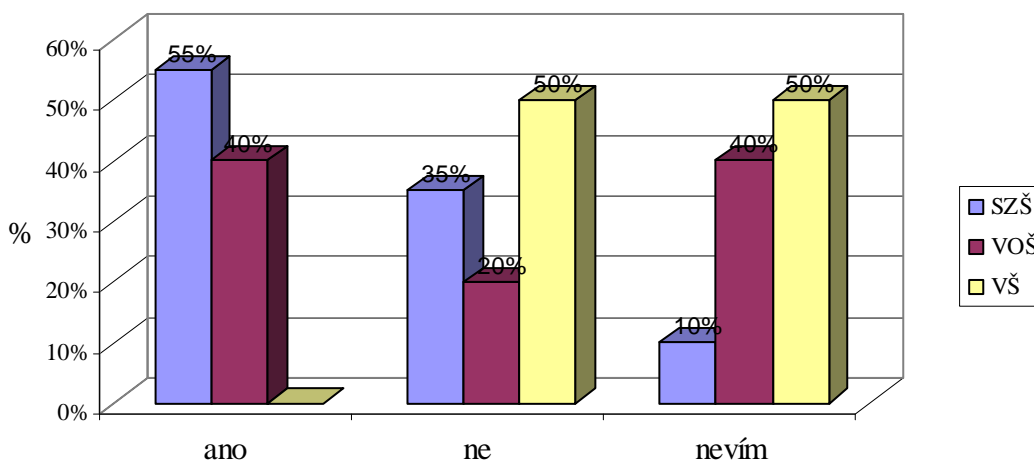
60 % sester ve věku 19 – 30 let by doporučilo používat piktogramy dále v praxi a 40 % těchto sester si není jistých. 86 % sester ve věku 31 – 40 let si myslí, že piktogramy lze využít dále v praxi a 14 % sester si není jistých. 80 % sester ve věku 41 – 50 let si myslí, že piktogramy lze využít dále v praxi a 20 % sester si myslí, že nikoliv. 60 % sester ve věku 51 let a více si myslí, že piktogramy lze využít dále v praxi a 40 % sester v téže věkové kategorii si není jistých.

4.4 Výsledky dle dosaženého vzdělání

Tabulka 44 Usnadnily Vám piktogramy komunikaci s afatickým pacientem v oblasti osobní hygieny? (dle dosaženého vzdělání)

| | Dosažené vzdělání | | |
|-------|-------------------|------|------|
| | SZŠ | VOŠ | VŠ |
| ano | 55 % | 40 % | 0 % |
| ne | 35 % | 20 % | 50 % |
| nevím | 10 % | 40 % | 50 % |

Graf 44 Usnadnily Vám piktogramy komunikaci s afatickým pacientem v oblasti osobní hygieny? (dle dosaženého vzdělání)



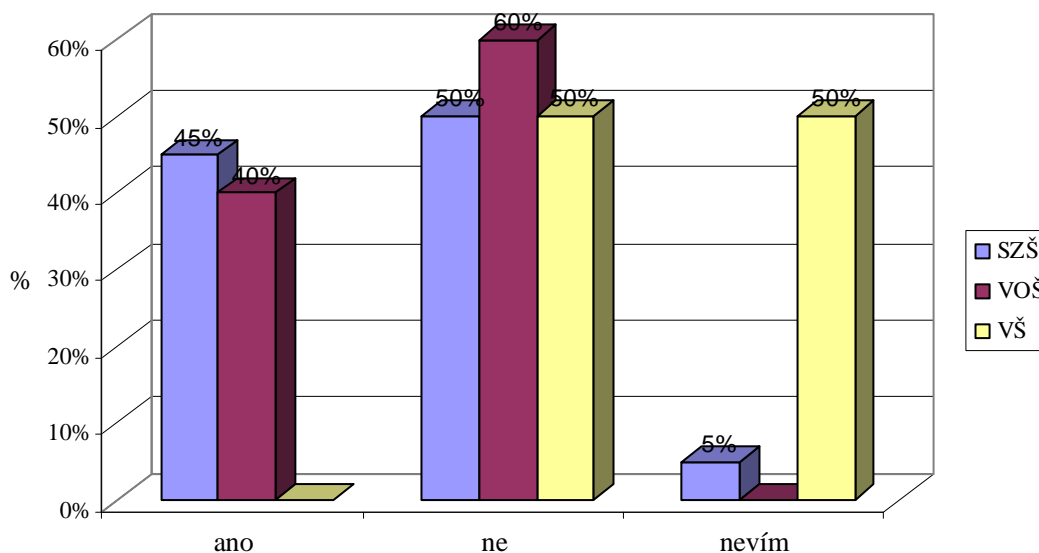
Zdroj: Vlastní výzkum

55 % sester se středoškolským vzděláním si myslí, že jim piktogramy usnadnily komunikaci s afatickým pacientem v oblasti osobní hygieny, 35 % středoškolsky vzdělaných sester si myslí, že nikoliv a 10 % si není jistých. 40 % sester s vyšším odborným vzděláním si myslí, že piktogramy komunikaci v oblasti osobní hygieny usnadnily, 20 % sester si myslí, že nikoliv a 40 % těchto sester si není jistých. 50 % vysokoškolsky vzdělaných sester si myslí, že piktogramy komunikaci s afatickým pacientem v oblasti osobní hygieny neusnadnily a 50 % takto vzdělaných sester si není jistých

Tabulka 45 Usnadnily Vám piktogramy komunikaci s afatickým pacientem v oblasti stravování? (dle dosaženého vzdělání)

| | Dosažené vzdělání | | |
|-------|-------------------|------|------|
| | SZŠ | VOŠ | VŠ |
| ano | 45 % | 40 % | 0 % |
| ne | 50 % | 60 % | 50 % |
| nevím | 5 % | 0 % | 50 % |

Graf 45 Usnadnily Vám piktogramy komunikaci s afatickým pacientem v oblasti stravování? (dle dosaženého vzdělání)



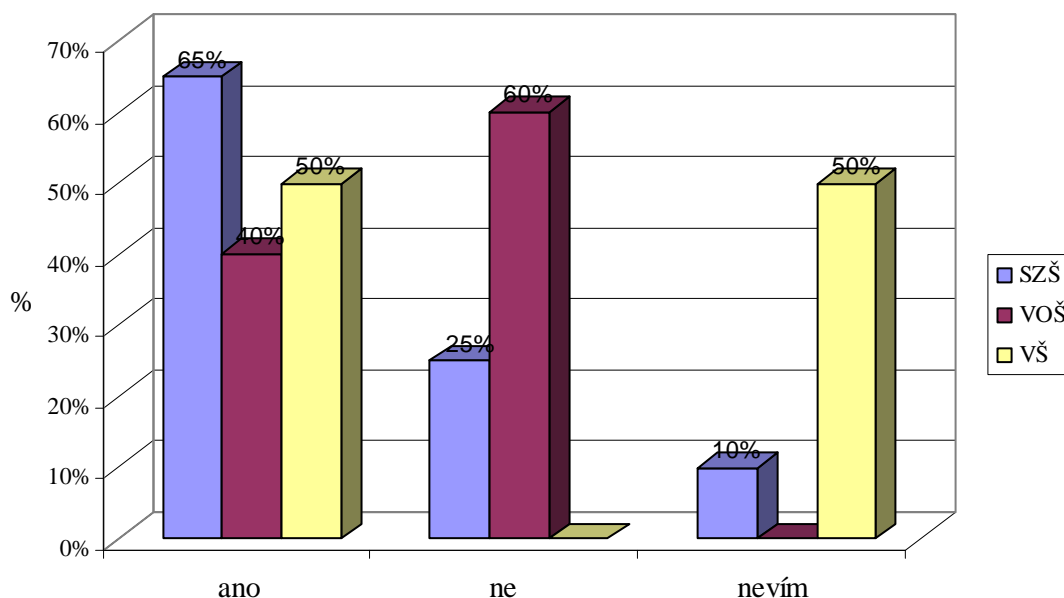
Zdroj: Vlastní výzkum

45 % středoškolsky vzdělaných sester se domnívá, že jim piktogramy usnadnily komunikaci s afatickým pacientem v oblasti stravování, 50 % takto vzdělaných sester se domnívá, že nikoliv a 5 % sester si není jistých. 40 % sester s vyšším odborným vzděláním si myslí, že jim piktogramy v této oblasti komunikaci usnadnily a 60 % těchto sester si myslí, že nikoliv. 50 % vysokoškolsky vzdělaných sester si myslí, že piktogramy komunikaci v této oblasti neusnadnily a 50 % takto vzdělaných sester si není jistých.

Tabulka 46 Usnadnily Vám piktogramy komunikaci s afatickým pacientem v oblasti vyprazdňování? (dle dosaženého vzdělání)

| | Dosažené vzdělání | | |
|-------|-------------------|------|------|
| | SZŠ | VOŠ | VŠ |
| ano | 65 % | 40 % | 50 % |
| ne | 25 % | 60 % | 0 % |
| nevím | 10 % | 0 % | 50 % |

Graf 46 Usnadnily Vám piktogramy komunikaci s afatickým pacientem v oblasti vyprazdňování? (dle dosaženého vzdělání)



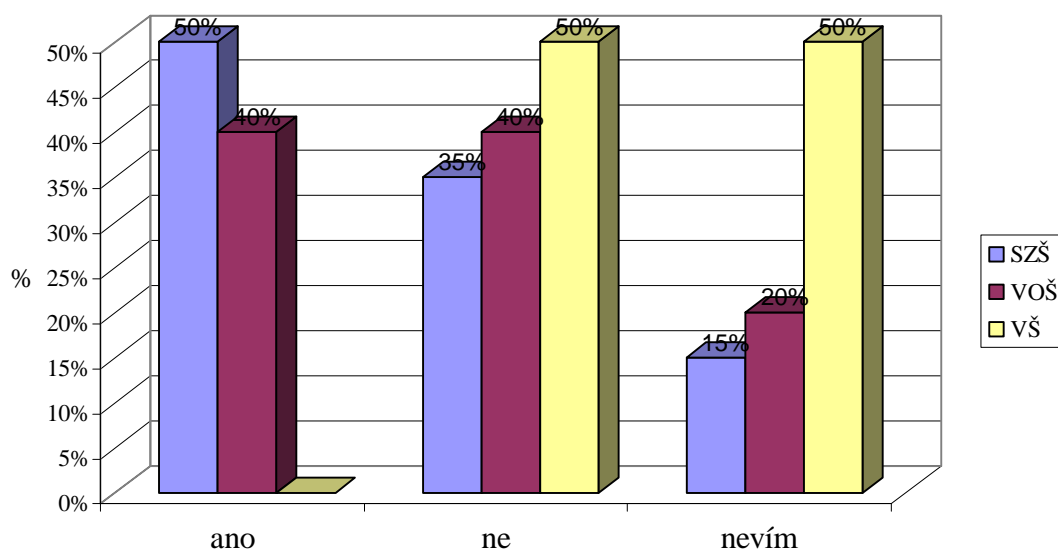
Zdroj: Vlastní výzkum

65 % sester se středoškolským vzděláním si myslí, že jim piktogramy usnadnily komunikaci s afatickým pacientem v oblasti vyprazdňování, 25 % takto vzdělaných sester si myslí, že nikoliv a 10 % těchto sester si není jistých. 40 % sester s vyšším odborným vzděláním si myslí, že piktogramy komunikaci usnadnily a 60 % těchto sester si myslí, že neusnadnily. 50 % sester s vysokoškolským vzděláním si myslí, že piktogramy komunikaci v oblasti vyprazdňování usnadnily a 50 % takto vzdělaných sester si není jistých.

Tabulka 47 Usnadnily Vám piktogramy komunikaci s afatickým pacientem v oblasti oblékání? (dle dosaženého vzdělání)

| | Dosažené vzdělání | | |
|-------|-------------------|------|------|
| | SZŠ | VOŠ | VŠ |
| ano | 50 % | 40 % | 0 % |
| ne | 35 % | 40 % | 50 % |
| nevím | 15 % | 20 % | 50 % |

Graf 47 Usnadnily Vám piktogramy komunikaci s afatickým pacientem v oblasti oblékání? (dle dosaženého vzdělání)



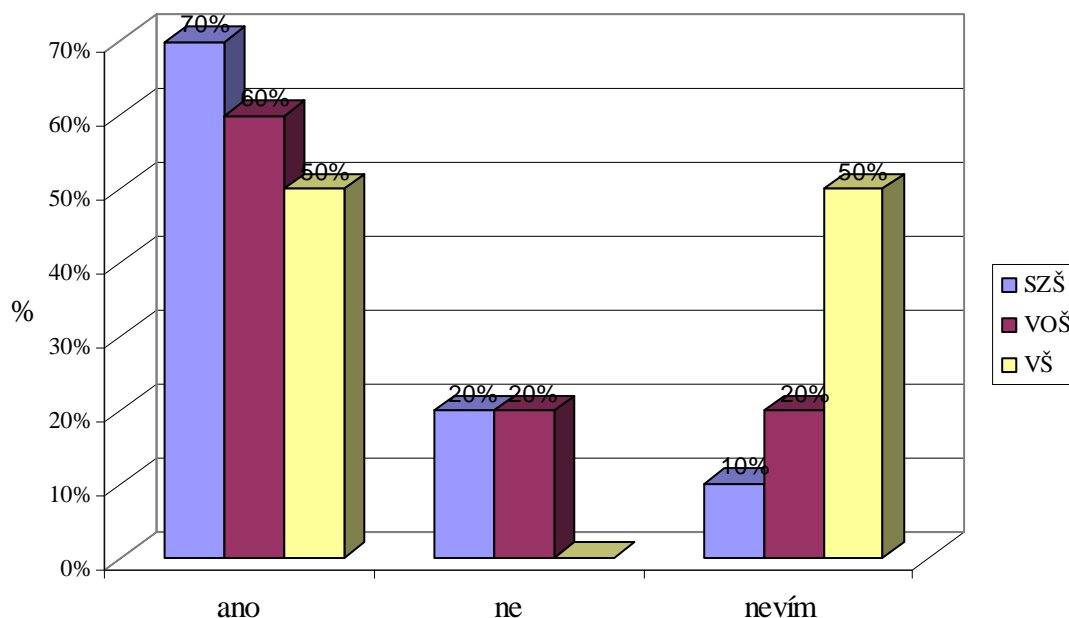
Zdroj: Vlastní výzkum

50 % sester se středoškolským vzděláním si myslí, že jim piktogramy usnadnily komunikaci s afatickým pacientem v oblasti oblékání, 35 % těchto sester si myslí, že nikoliv a 15 % sester si není jistých. 40 % sester s vyšším odborným vzděláním si myslí, že jim komunikaci při oblékání piktogramy usnadnily, 40 % těchto sester si myslí, že nikoliv a 20 % sester neví. 50 % vysokoškolsky vzdělaných sester si myslí, že piktogramy komunikaci v oblasti oblékání neusnadní a 50 % těchto sester si není jistých.

Tabulka 48 Má věk afatického pacienta vliv na ochotu používat piktogramy? (dle dosaženého vzdělání)

| | Dosažené vzdělání | | |
|-------|-------------------|------|------|
| | SZŠ | VOŠ | VŠ |
| ano | 70 % | 60 % | 50 % |
| ne | 20 % | 20 % | 0 % |
| nevím | 10 % | 20 % | 50 % |

Graf 48 Má věk afatického pacienta vliv na ochotu používat piktogramy? (dle dosaženého vzdělání)



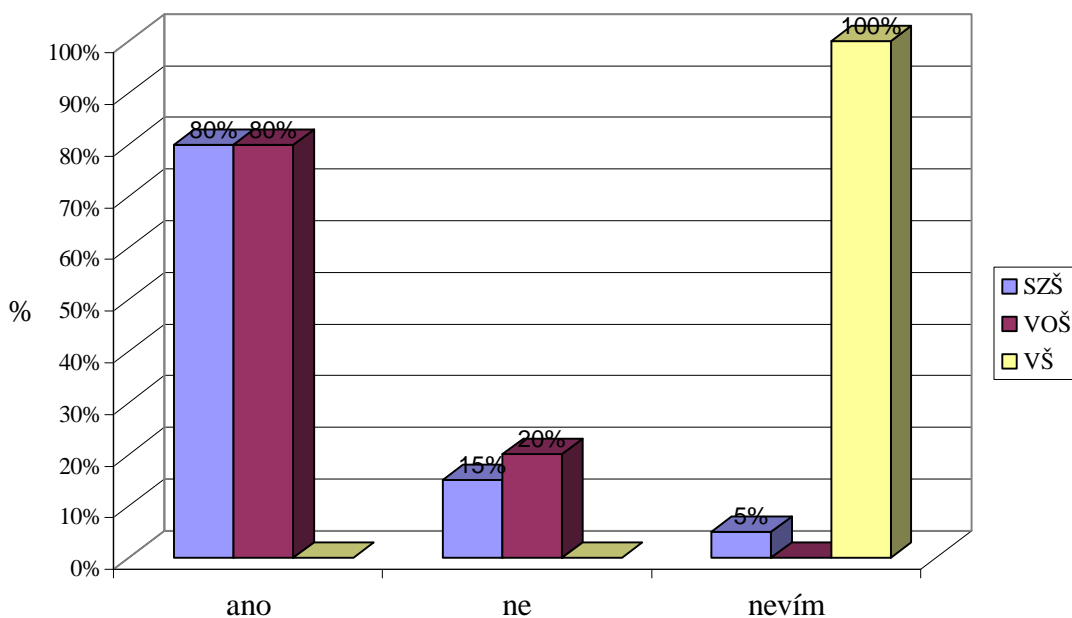
Zdroj: Vlastní výzkum

70 % středoškolsky vzdělaných sester si myslí, že věk afatického pacienta může mít vliv na jeho ochotu používat piktogramy, 20 % těchto sester si myslí, že nikoliv a 10 % sester si není jistých. 60 % sester s vyšším odborným vzděláním se domnívá, že věk ochotu pacienta ovlivňuje, 20 % těchto sester se domnívá, že nikoliv a 20 % sester neví. 50 % sester s vysokoškolským vzděláním se domnívá, že věk pacienta ovlivňuje jeho ochotu používat piktogramy a 50 % takto vzdělaných sester neví.

Tabulka 49 Závísí efektivita využití piktogramů na věku pacienta? (dle dosaženého vzdělání)

| | Dosažené vzdělání | | |
|-------|-------------------|------|-------|
| | SZŠ | VOŠ | VŠ |
| ano | 80 % | 80 % | 0 % |
| ne | 15 % | 20 % | 0 % |
| nevím | 5 % | 0 % | 100 % |

Graf 49 Závísí efektivita využití piktogramů na věku pacienta? (dle dosaženého vzdělání)



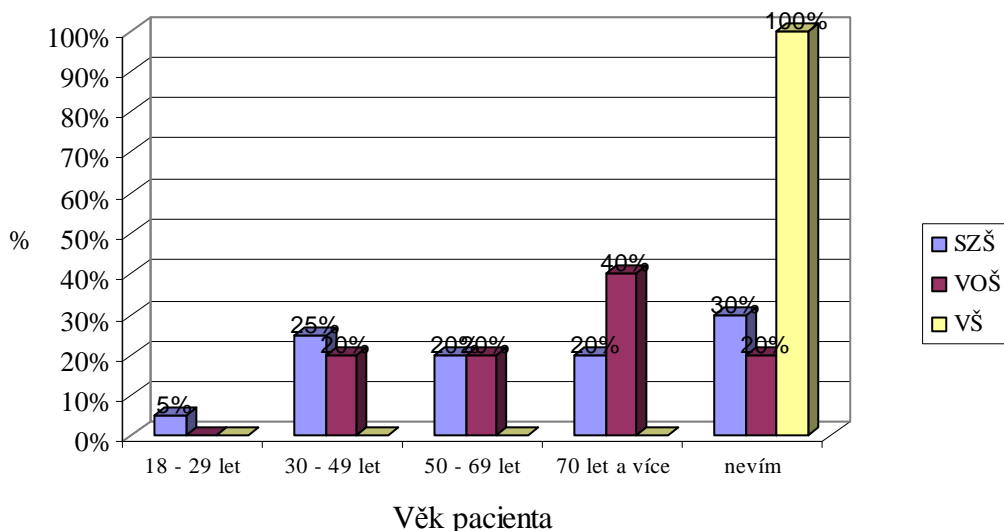
Zdroj: Vlastní výzkum

80 % středoškolsky vzdělaných sester se domnívá, že věk afatického pacienta může ovlivňovat efektivitu využití piktogramů, 15 % těchto sester si myslí, že věk pacienta na efektivitu nemá vliv a 5 % těchto sester si není jistých. 80 % sester s vyšším odborným vzděláním si myslí, že věk může ovlivňovat efektivitu využití piktogramů a 20 % těchto sester si myslí, že nikoliv. 100 % vysokoškolských sester neví, zda věk afatického pacienta může ovlivňovat efektivitu využití piktogramů.

Tabulka 50 Piktogramy lépe využijí afatičtí pacienti ve věku (dle dosaženého vzdělání):

| Věk pacienta | Dosažené vzdělání | | |
|---------------|-------------------|------|-------|
| | SZŠ | VOŠ | VŠ |
| 18 - 29 let | 5 % | 0 % | 0 % |
| 30 - 49 let | 25 % | 20 % | 0 % |
| 50 - 69 let | 20 % | 20 % | 0 % |
| 70 let a více | 20 % | 40 % | 0 % |
| nevím | 30 % | 20 % | 100 % |

Graf 50 Piktogramy lépe využijí afatičtí pacienti ve věku (dle dosaženého vzdělání):



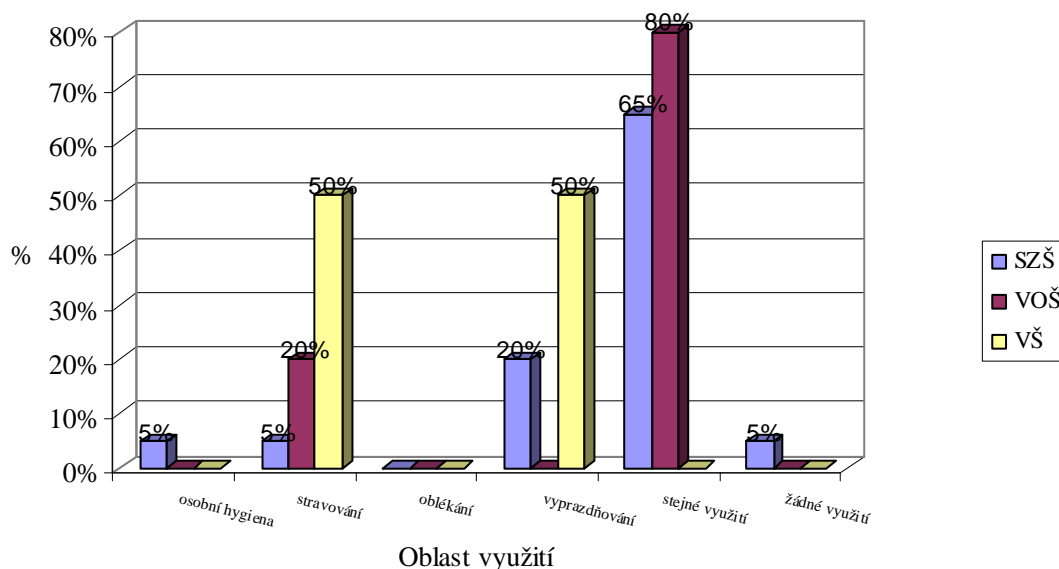
Zdroj: Vlastní výzkum

5 % sester se středoškolským vzděláním si myslí, že nejvhodnější věk pacienta pro používání piktogramů je 18 – 29 let, 25 % těchto sester si myslí, že je to 30 – 49 let, 20 % sester si myslí, že je to 50 – 69 let a 70 let a více a 30 % takto vzdělaných sester si není jistých. 20 % sester s vyšším odborným vzděláním si myslí, že nejvhodnější věk pacienta je 30 – 49 let a 50 – 69 let, 40 % těchto sester si myslí, že je to 70 let a více a 20 % sester nemá představu. 100 % vysokoškolsky vzdělaných sester neví, ve kterém věku mají piktogramy největší využití.

Tabulka 51 Ve které oblasti mají piktogramy největší využití? (dle dosaženého vzdělání)

| Oblast využití | Dosažené vzdělání | | |
|----------------|-------------------|------|------|
| | SZŠ | VOŠ | VŠ |
| osobní hygiena | 5 % | 0 % | 0 % |
| stravování | 5 % | 20 % | 50 % |
| oblékání | 0 % | 0 % | 0 % |
| vyprazdňování | 20 % | 0 % | 50 % |
| stejně využití | 65 % | 80 % | 0 % |
| žádné využití | 5 % | 0 % | 0 % |

Graf 51 Ve které oblasti mají piktogramy největší využití? (dle dosaženého vzdělání)



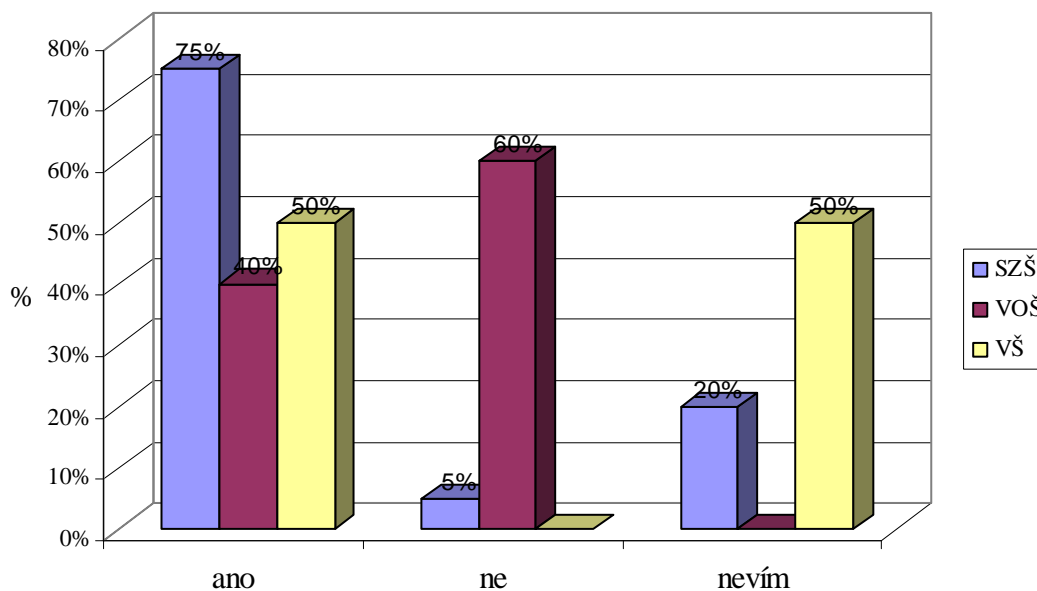
Zdroj: Vlastní výzkum

5 % středoškolsky vzdělaných sester se domnívá, že největší využití mají piktogramy v oblasti osobní hygieny a stravování, 20 % těchto sester si myslí, že v oblasti vyprazdňování, 65 % těchto sester se domnívá, že piktogramy mají ve všech oblastech stejné využití a 5 % sester si myslí, že piktogramy nemají využití v žádné oblasti. 20 % sester s vyšším odborným vzděláním se domnívá, že oblast největšího využití piktogramů je oblast stravování a 80 % těchto sester si myslí, že piktogramy mají všude stejné využití. 50 % sester s vysokoškolským vzděláním se domnívá, že největší využití mají piktogramy v oblasti stravování a vyprazdňování.

Tabulka 52 Využijí piktogramy také pacienti s jiným onemocněním? (dle dosaženého vzdělání)

| | Dosažené vzdělání | | |
|-------|-------------------|------|------|
| | SZŠ | VOŠ | VŠ |
| ano | 75 % | 40 % | 50 % |
| ne | 5 % | 60 % | 0 % |
| nevím | 20 % | 0 % | 50 % |

Graf 52 Využijí piktogramy také pacienti s jiným onemocněním? (dle dosaženého vzdělání)



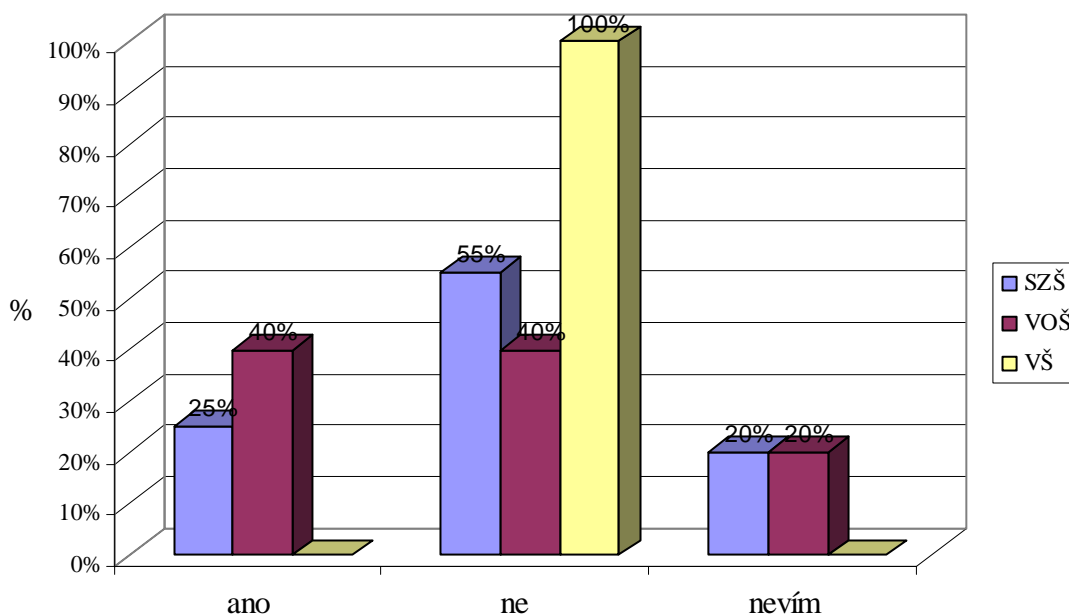
Zdroj: Vlastní výzkum

75 % sester se středoškolským vzděláním si myslí, že piktogramy mohou využívat i pacienti s jiným onemocněním, 5 % těchto sester se domnívá, že nikoliv a 20 % sester si není jistých. 40 % sester s vyšším odborným vzděláním si myslí, že pacienti s jiným onemocněním piktogramy mohou používat a 60 % těchto sester si myslí, že nikoliv. 50 % sester s vysokoškolským vzděláním si myslí, že ostatní pacienti piktogramy využijí a 50 % takto vzdělaných sester si není jistých.

Tabulka 53 Má používání piktogramů negativní vliv na sebeúctu afatického pacienta?
(dle dosaženého vzdělání)

| | Dosažené vzdělání | | |
|-------|-------------------|------|-------|
| | SZŠ | VOŠ | VŠ |
| ano | 25 % | 40 % | 0 % |
| ne | 55 % | 40 % | 100 % |
| nevím | 20 % | 20 % | 0 % |

Graf 53 Má používání piktogramů negativní vliv na sebeúctu afatického pacienta? (dle dosaženého vzdělání)



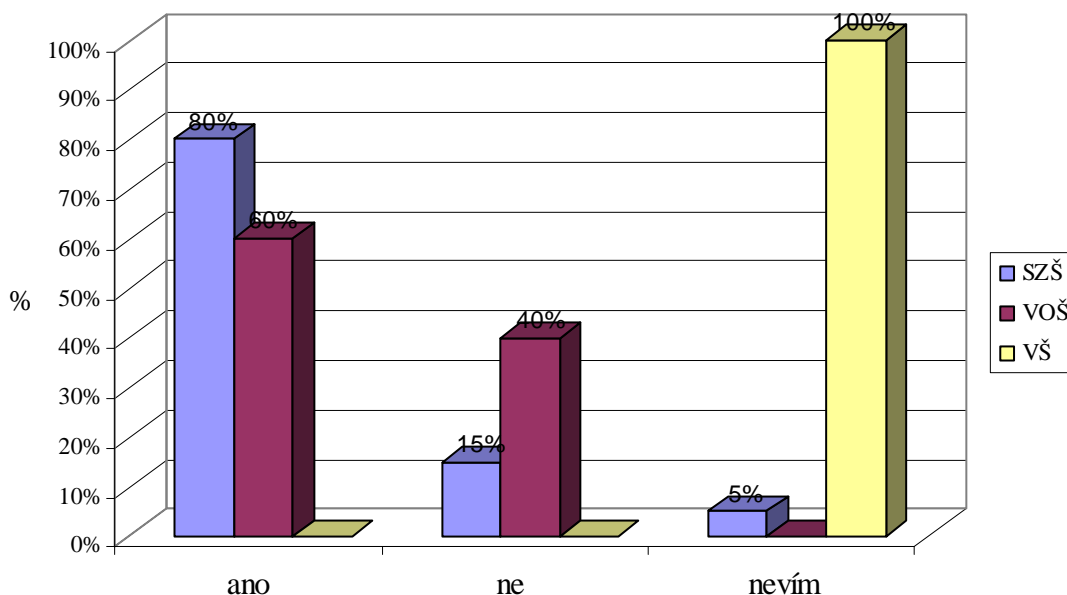
Zdroj: Vlastní výzkum

25 % sester se středoškolským vzděláním se domnívá, že piktogramy mohou mít negativní vliv na sebeúctu afatického pacienta, 55 % těchto sester se domnívá, že nikoliv a 20 % sester si není jistých. 40 % sester s vyšším odborným vzděláním se domnívá, že používání piktogramů může mít negativní vliv na sebeúctu pacienta, 40 % takto vzdělaných sester si myslí, že nikoliv a 20 % sester si není jistých. 100 % sester s vysokoškolským vzděláním se domnívá, že piktogramy nemají vliv na sebeúctu afatického pacienta.

Tabulka 54 Má používání piktogramů pozitivní vliv na komunikaci afatického pacienta se zdravotnickým personálem? (dle dosaženého vzdělání)

| | Dosažené vzdělání | | |
|-------|-------------------|------|-------|
| | SZŠ | VOŠ | VŠ |
| ano | 80 % | 60 % | 0 % |
| ne | 15 % | 40 % | 0 % |
| nevím | 5 % | 0 % | 100 % |

Graf 54 Má používání piktogramů pozitivní vliv na komunikaci afatického pacienta se zdravotnickým personálem? (dle dosaženého vzdělání)



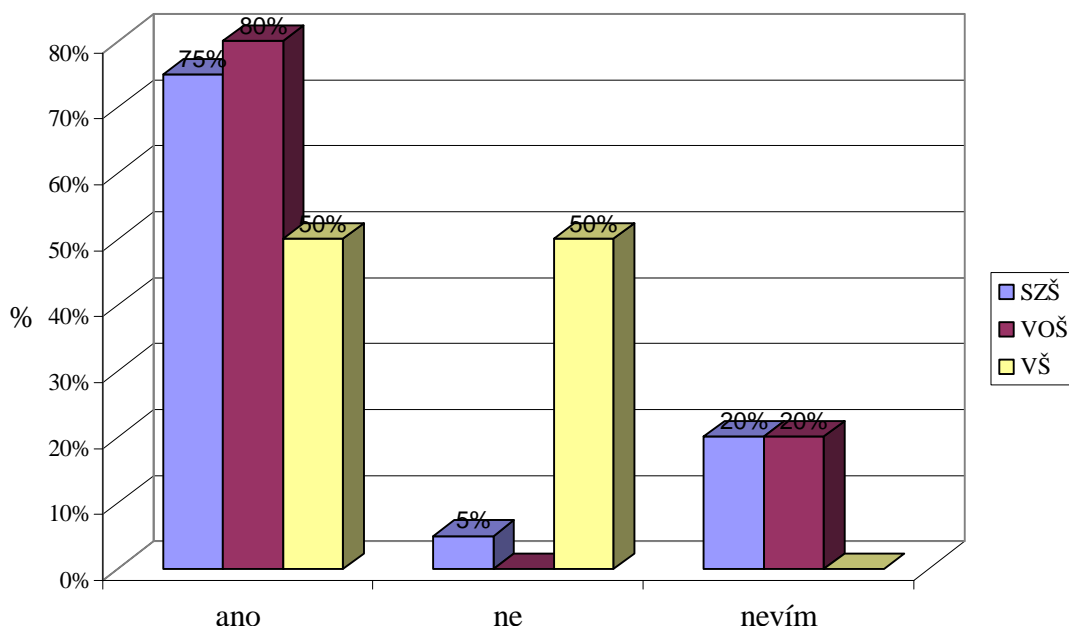
Zdroj: Vlastní výzkum

80 % středoškolsky vzdělaných sester se domnívá, že používání piktogramů může mít pozitivní vliv na komunikaci afatického pacienta, 15 % těchto sester si myslí, že nikoliv a 5 % sester si není jistých. 60 % sester s vyšším odborným vzděláním se domnívá, že piktogramy mají pozitivní vliv na komunikaci afatického pacienta a 40 % těchto sester se domnívá, že nikoliv. 100 % sester s vysokoškolským vzděláním neví, zda používání piktogramů může mít pozitivní vliv na komunikaci afatického pacienta se zdravotnickým personálem.

Tabulka 55 Doporučila byste používání piktogramů dále v praxi? (dle dosaženého vzdělání)

| | Dosažené vzdělání | | |
|-------|-------------------|------|------|
| | SZŠ | VOŠ | VŠ |
| ano | 75 % | 80 % | 50 % |
| ne | 5 % | 0 % | 50 % |
| nevím | 20 % | 20 % | 0 % |

Graf 55 Doporučila byste používání piktogramů dále v praxi? (dle dosaženého vzdělání)



Zdroj: Vlastní výzkum

75 % středoškolsky vzdělaných sester by doporučilo používání piktogramů dále v praxi, 5 % těchto sester by používání piktogramů dále nedoporučilo a 20 % sester si není jistých. 80 % sester s vyšším odborným vzděláním by piktogramy v praxi doporučilo a 20 % těchto sester nikoliv. 50 % vysokoškolsky vzdělaných sester by piktogramy pro další praxi doporučilo a 50 % takto vzdělaných sester nikoliv.

5. Diskuze

Při vypracování této práce jsem neměla k dispozici žádnou literaturu, která by se zabývala podobným tématem, tedy, využitím náhradního způsobu komunikace v komunikaci s afatickým pacientem. Své výsledky proto nemohu srovnávat s jiným zdrojem výzkumu.

Na základě informací získaných z vybraných dotazníků jsem zjistila následující skutečnosti, týkající se použití piktogramů v praxi při komunikaci afatického pacienta se svým okolím.

Piktogramy byly zařazovány do ošetrovatelské péče v oblastech osobní hygieny, stravování, vyprazdňování a oblékání. Největší využití měly piktogramy v oblasti vyprazdňování, zde je využilo 56 % dotazovaných sester. Nejméně byly využity piktogramy z oblasti stravování. Využilo je 40,5 % sester. Tímto výsledkem byla potvrzena hypotéza č. 1. Používání piktogramů lze zařadit do ošetrovatelské péče o afatického pacienta. Důvodem, proč měly piktogramy z oblasti stravování u sester menší odezvu je zřejmě ten, že v období hospitalizace pacienti dostávají jídlo pravidelně v určených intervalech, a proto hladem v nemocnici netrpí. Co se týče příjmu tekutin, sestry k pacientům přistupují aktivně a samy jim nápoje nabízejí, takže pacienti již nemají potřebu o pití žádat sami. Pravděpodobně proto tedy byly piktogramy, vztahující se k oblasti stravování, do komunikace s afatickým pacientem zařazovány v menší míře, než ostatní druhy piktogramů.

To, jak a ve kterých oblastech piktogramy usnadnily komunikaci s afatickým pacientem se lišilo podle oddělení, na kterých výzkum probíhal. V oblasti osobní hygieny piktogramy usnadnily komunikaci s afatickým pacientem 100 % sester z agentury domácí péče, ale pouze 36 % sester z nervového oddělení a 12,5 % sester z oddělení následné péče. V oblasti stravování usnadnily piktogramy komunikaci 87 % sester z agentury domácí péče, 27 % sester z nervového oddělení a 12,5 % sester z oddělení následné péče. V oblasti vyprazdňování usnadnily piktogramy komunikaci s pacientem 87,5 % sester z agentury domácí péče, 54 % sester z nervového oddělení a 25 % sester z oddělení následné péče. Piktogramy z oblasti oblékání usnadnily

komunikaci s afatickým pacientem 87,5 % sester z agentury domácí péče a 45 % sester z nervového oddělení. Tímto byla potvrzena hypotéza č. 2. Piktogramy mohou usnadnit komunikaci s afatickým pacientem v ošetrovatelské péči. Na těchto výsledcích je patrné, že sestry z agentury domácí péče využily i piktogramy z oblasti stravování, které sestry na ostatních odděleních příliš nevyužívaly. Je to způsobeno tím, že pacient v domácí péči si může sám rozhodnout, kdy se jídlo bude podávat. Může je odmítnout a popřípadě o ně požádat později. Tuto možnost, alespoň ve většině případů, hospitalizovaní pacienti nemají. A proto je využití piktogramů v oblasti stravování u pacientů v domácí péči vyšší než u hospitalizovaných pacientů. Z výsledků je patrné, že využití piktogramů u hospitalizovaných pacientů je celkově výrazně nižší než u pacientů v domácí péči. Je to zřejmě způsobeno tím, že ať už jde o oblast osobní hygieny, stravování či oblékání, je v nemocnici přesně dán časový harmonogram činností, který není schopen pružně reagovat na aktuální potřeby pacienta.

Výzkum se zabýval i otázkou, zda používání piktogramů může mít negativní vliv na sebeúctu pacienta. 59 % dotazovaných sester se domnívá, že používání piktogramů negativní vliv na sebeúctu pacienta nemá. Stanovisko sester k tomuto problému se ale liší podle oddělení. 75 % sester v agentuře domácí péče se domnívá, že piktogramy by mohly mít negativní vliv na sebeúctu afatického pacienta. Na nervovém oddělení tuto možnost připouští pouze 9 % sester a na oddělení následné péče si to nemyslí žádná ze sester. Sestry v agentuře domácí péče ke klientovi zauímají individuálnější přístup a mohou tedy lépe sledovat klientovy reakce na ošetrovatelskou péči. Mohou si lépe všimnout možných negativních reakcí afatických pacientů, v tomto případě na používání piktogramů, při jejich ošetrování. A zřejmě proto ve větší míře připouští, že piktogramy mohou negativně ovlivňovat sebeúctu pacienta. I přesto se 70,5 % sester domnívá, že používání piktogramů má pozitivní vliv na komunikaci pacienta se zdravotnickým personálem. Na základě těchto výsledků byla potvrzena i hypotéza č. 3. Piktogramy mohou zkvalitnit komunikaci s afatickým pacientem v ošetrovatelské péči.

V tomto výzkumu jsem se zaměřila i na otázku věk afatického pacienta a jeho vliv na ochotu využívat piktogramy a efektivitu jejich využití. 63 % dotazovaných

sester se domnívá, že věk ovlivňuje ochotu pacienta piktogramy používat. 67 % sester se domnívá, že i efektivita využití piktogramů je ovlivňována věkem pacienta. Věk pacienta, který sestry považují za nejvhodnější pro využívání piktogramů se liší podle jednotlivých oddělení. 70 % sester z agentury domácí péče považuje za nejvhodnější věk pacienta pro používání piktogramů 70 let a více, na nervovém oddělení považuje 37 % sester za nejvhodnější věk pacienta 30 – 49 let a 37,5 % sester na ONP se domnívá, že nejvhodnější věk pacienta je 18 – 29 let. To, že sestry z agentury domácí péče považují za nejvhodnější věk pacienta pro používání piktogramů 70 let a výše je zřejmě způsobeno tím, že v této službě je na často obtížnou komunikaci s afatickým pacientem více času. Proto ani vyšší věk klienta zde není překážkou. Sestry z ONP se ale přeci také setkávají s pacienty vyššího věku. Nabízí se otázka, podle čeho usuzují, že piktogramy nejsou pro jejich pacienty vhodné a nakolik jsou tyto výsledky objektivní. Zřejmě při svém hodnocení vychází z toho, že mladší pacienti se k novým věcem stavějí kladně, jsou ochotni učit se něco nového a vítají každý prostředek ke zlepšení, usnadnění a zkvalitnění své komunikace. Starší pacienti tedy, podle nich, o tyto „novoty“ nemají zájem.

70 % sester vidí v používání piktogramů přínos pro afatického pacienta a 74 % sester by používání piktogramů doporučilo dále v praxi. Z těchto výsledků vyplývá, že afatický pacient využije piktogramy v komunikaci se svým okolím. Potvrdila se hypotéza č. 4.

Nejlepších výsledků dosáhly piktogramy jednoznačně v agentuře domácí péče. Sestry při vyplňování dotazníků čerpaly nejen z vlastních zkušeností s používáním piktogramů, ale i ze zkušeností rodinných příslušníků, kteří se o své blízké starají celý den a mohou tedy lépe určit, zda se jim piktogramy osvědčily nebo ne. O to více mě získané výsledky těší.

I když jsem při vyhodnocování odpovědí očekávala kladnější odezvu, na poslední dvě otázky, které se zaměřují na přínos a další využití piktogramů v praxi většina sester odpověděla kladně. Je to zřejmě způsobeno tím, že i přes některé výhrady sestry uznávají, že piktogramy mohou v praxi nalézt využití a mohou pacientovi komunikaci

usnadnit. Používání piktogramů znamená pro sestry zkvalitnění ošetrovatelské péče, méně nedorozumění mezi nimi a pacientem a lépe uspokojené aktuální potřeby pacienta.

Piktogramy lze používat i na jiných odděleních. Znamé je např. jejich využití na anesteziologicko-resuscitačním oddělení při komunikaci s pacienty jiných národností. Na afatické pacienty se ale, podle mého názoru, trochu zapomíná. Věřím, že piktogramy najdou v komunikaci s afatickým pacientem, a nejen s ním, své pevné místo a budou efektivně využívány, i přesto, že pro sestru je používání piktogramů časově náročnější a vyžaduje od ní jistou dávku trpělivosti. Odměnou jí je kvalitnější ošetrovatelská péče a o něco spokojenější pacient.

6. Závěr

Ve své bakalářské práci jsem se zabývala afázií a afatickými pacienty. Pokusila jsem se navrhnout náhradní způsob komunikace, který by komunikaci afatického pacienta se svým okolím usnadnil a zkvalitnil. Vycházela jsem z metodické příručky Mgr. Kubalové „Piktogramy“, která se zabývá používáním komunikačního obrázkového systému – piktogramů ke vzdělávání a k rozvoji sociálních komunikativních dovedností dětí i dospělých s mentálním či vícenásobným postižením a používá se v mnoha západních zemích.

Já jsem se rozhodla tyto piktogramy, které používají většinou pouze logopedi a pedagogové, poskytnout sestřím a afatickým pacientům. Cílem bylo pomoci afatickému pacientovi vyjádřit své pocity a potřeby. Pomocí piktogramů jsem se snažila postihnout nejdůležitější a nejčastější základní lidské potřeby – potřebu vyprazdňování, bolest, chlad, žízeň atd. Přála jsem si, aby si pacient pomocí piktogramů dokázal „říct“ o sklenici vody, případně o poskytnutí vody na umytí rukou před jídlem či po toaletě (pokud to samotnou sestru nenapadne), o zapůjčení zrcadla, aby se na sebe pacient mohl podívat. Aby pacient dokázal upozornit, pokud si toho sestra ve shonu sama nevšimla, že má znečištěné lůžko, že by si chtěl před spaním vyčistit zuby, že se mu chce na toaletu, že mu je zima, případně, že ho něco bolí.

Pracovala jsem se sedmnácti druhy piktogramů, které jsem rozčlenila do pěti skupin – vyprazdňování (WC, močit, stolice, toaletní papír, mytí rukou), teplo/chlad, špinavý/mokrý, osobní hygiena (ručník, zubní pasta, zrcadlo, hřeben, sprcha), pocity (žízeň, bolest). Jednotlivé oblasti byly k sobě spojeny, aby pacient nemusel piktogramy „listovat“, ale měl celou oblast problému před sebou. Samozřejmě, sestry, které s piktogramy pracovaly, si je upravily podle toho, jak se jim to zdálo vhodné a já jsem za to ráda.

To, aby piktogramy splnily svůj účel a afatickému pacientovi pomohly, záleží hlavně na sestře. Právě sestra pacientovi může a nemusí náhradní způsob komunikace poskytnout, vysvětlit mu, jak jej má používat a podporovat jej v užívání. Je možné, že tento zdroj komunikace je pro ošetřující sestru časově náročnější a namáhavější. I pan E.

T. v úvodu této práce mluví o tom, jak se sestry staví k náhradním způsobům komunikace a popisuje ochotu, nebo spíše neochotu, sester s afatickým pacientem komunikovat. Z výsledků mé práce, bohužel, vyplývají podobné skutečnosti. Při mém výzkumu jsem se také setkala s tím, že sestry nebyly ochotné piktogramy afatickému pacientovi poskytnout, případně neměly snahu takto s pacientem komunikovat.

Z výsledků mé práce také vyplývá, že rozporuplné názory na práci s piktogramy měly spíše sestry mladší – hlavně ve věku 19 – 30 let. Možná je to spojeno s nedostatkem praxe a zkušeností. Pravdou ale je, že spíše negativně se k užívání piktogramů stavěly i vysokoškolsky vzdělané sestry, což je rovněž překvapující. Pouze pozitivní ohlasy jsem zaznamenala u sester z Charitní ošetrovatelské služby, které si používání piktogramů velmi chválily. Je proto možné, že používání piktogramů je vhodnější spíše do domácího prostředí, kde je na tuto komunikaci více času a také větší klid. To by ale nemělo znamenat, aby se alternativní způsoby komunikace s afatickými pacienty v nemocničním prostředí nepoužívaly. Opět poukazuji na výpověď pana E. T. z úvodu této práce. Sestry musí mít snahu s afatickými pacienty komunikovat, i když tato komunikace může být těžší, časově náročnější a může od sester vyžadovat větší dávku trpělivosti. Právě proto sestrám nabízím tento náhradní způsob komunikace a jsem ráda za každou, třeba i drobnou, pomoc, kterou piktogramy pacientům a sestrám poskytly.

Při výzkumu se objevila skutečnost, že někteří pacienti používání piktogramů ke komunikaci odmítali, a to z toho důvodu, že to pro ně není vhodné, že piktogramy nepotřebují a že obrázky jsou přece pouze pro malé děti. Z výsledků výzkumu sice vyplývá, že si sestry nemyslí, že piktogramy mohou mít negativní vliv na sebeúctu pacienta, je ale nutné s tímto rizikem počítat.

V tomto výzkumu piktogramy ke komunikaci používají pouze afatictí pacienti. Pravdou ale je, že tento způsob komunikace mohou využít i pacienti s jiným onemocněním. Zvláště sestry z 2. oddělení následné péče velmi často uváděly, že piktogramy využijí i pacienti s Alzheimerovou demencí. V praxi by si tedy sestry měly všimnout, který pacient má problémy v oblasti komunikace a náhradní způsob komunikace

by mu tedy mohl pomoci. A nemusí to být nutně afatik, piktogramy mohou využít již zmínění pacienti s Alzheimerovou demencí, či pacienti po úrazech v oblasti obličeje.

Pro tuto práci byly vytyčeny následující cíle. Prvním cílem bylo: „Zjistit možnosti zařazování obrázkových karet (piktogramů) do ošetrovatelské péče o afatického pacienta“, druhým cílem bylo: „Zjistit možnosti využití obrázkových karet (piktogramů) ke zkvalitnění komunikace afatického pacienta se svým okolím.“ Oba uvedené cíle byly splněny. Piktogramy byly zařazovány do komunikace v oblasti osobní hygieny, stravování, vyprazdňování a oblékání. Ze získaných údajů vyplývá, že používání piktogramů má pozitivní vliv na komunikaci afatického pacienta se svým okolím.

Hypotéza č.1 zněla: „Používání obrázkových karet (piktogramů) lze zařadit do ošetrovatelské péče o afatického pacienta.“ Tato hypotéza se potvrdila.

Hypotéza č. 2 zněla: „Obrázkové karty (piktogramy) mohou usnadnit komunikaci s afatickým pacientem v ošetrovatelské péči.“ I tato hypotéza byla potvrzena.

Hypotéza č.3 zněla: „Obrázkové karty (piktogramy) mohou zkvalitnit komunikaci s afatickým pacientem v ošetrovatelské péči.“ Na základě získaných údajů se i tato hypotéza potvrdila.

Hypotéza č. 4 zněla: „Afatický pacient využije obrázkové karty (piktogramy) v komunikaci se svým okolím.“ Také tato hypotéza byla potvrzena.

Náhradní způsoby komunikace se v nemocnici mohou objevit v různých modifikacích. Já jsem se zabývala pouze jednou z nich, tedy piktogramy. Jistě lze na tomto druhu komunikace velké množství věcí změnit a zlepšit. Důležité ale je, že jsem pro další zkvalitnění piktogramů ke komunikaci afatického pacienta se svým okolím udělala první krok. Začala jsem s nimi za tímto účelem pracovat.

7. Seznam použité literatury

- CSÉFALVAY, Z. et al. *Diagnostika a terapie afázie, alexie, agrafie*. 1. vyd. Praha: Asociace klinických logopedů ČR, 2003. 54 s. ISBN 80-903312-0-3.
- DOENGES, M., MOORHOUSE, M. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2001. 568 s. ISBN 80-247-0242-8.
- KOŠTÁLOVÁ, M. *Acta aphasiologica II*. 1. vyd. Brno: Asociace klinických logopedů České republiky a Neurologická klinika Fakultní nemocnice Brno, 2002. 52 s. ISBN 80-238-8536-7.
- KRÁLÍČEK, P. *Úvod do speciální neurofyzilogi*. 2. vyd. Praha: Karolinum, 2002. 230 s. ISBN 80-246-0350-0.
- KRISTOVÁ, J. *Komunikácia v ošetrovatelstve*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2004. 212 s. ISBN 80-8063-160-3.
- KUBOVÁ, L. *Piktogramy*. 1. vyd. Praha: TECH-MARKET, 1997. 49 s. ISBN 80-902134-9-9.
- KULIŠTÁK, P. et al. *Afázie*. 1. vyd. Praha: Triton, 1997. 229 s. ISBN 80-85875-38-1.
- LECHTA, V. et. al. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. 360 s. ISBN 80-7178-801-5.
- LEJSKA, M. *Poruchy verbální komunikace a foniatrie*. 1. vyd. Brno: Paido, 2003. 156 s. ISBN 80-7315-038-7.
- LIPPERTOVÁ-GRÜNEROVÁ, M. *Neurorehabilitace*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005. 350 s. ISBN 80-7262-317-6.
- PREISS, M. et. al. *Neuropsychologie v neurologii*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 368 s. ISBN 80-247-0843-4.
- TYRLÍKOVÁ, I. et al. *Neurologie pro sestry*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2003. 287 s. ISBN 80-7013-287-6.
- VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd. Praha: Portál, 2004. 872 s. ISBN 80-7178-802-3.
- VOKURKA, M., HUGO, J. *Praktický slovník medicíny*. 7. vyd. Praha: Maxdorf, 2004. 490 s. ISBN 80-7345-009-7.

VYBÍRAL, Z. *Psychologie lidské komunikace*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 263 s. ISBN 80-7178-291-2.

8. Klíčová slova

afázie

afatický pacient

komunikace

piktogramy

sestra

řeč

9. Přílohy

Příloha č. 1 Dotazník pro sestry

Příloha č. 2 Základní charakteristiky Bostonské klasifikace afázie

Příloha č. 3 Odkazy

Příloha č. 4 Piktogramy

Příloha č. 1
Dotazník pro sestry

Dobrý den,

jmenuji se Magdalena Videnská a jsem studentkou 3. ročníku Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, obor všeobecná sestra.

Dotazník, který nyní držíte v ruce je zaměřen na zjištění Vašich zkušeností s využíváním obrázkových karet (dále jen piktogramů) při komunikaci s afatickým pacientem na Vašem oddělení, a také na zjištění Vašeho názoru na tyto karty.

Děkuji Vám za ochotu, se kterou jste piktogramy poskytla afatickým pacientům, začlenila je do jejich komunikace a pomohla mi tak realizovat tento výzkum. Současně Vás prosím o pravdivé vyplnění tohoto dotazníku. Dotazník je zcela anonymní a bude použit pro výzkum k mé bakalářské práci.

Dotazník obsahuje šestnáct položek, ke kterým jsou uvedeny možné odpovědi. Prosím, abyste ke každé položce označila pouze jednu odpověď, která co nejpřesněji vyjadřuje Vaše stanovisko.

Děkuji Vám za spolupráci.

Magdalena Videnská

1) Kolik Vám je let?

- a) 19 – 30
- b) 31 – 40
- c) 41 – 50
- d) 51 a více

2) Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) středoškolské
- b) vyšší odborné
- c) vysokoškolské

3) Jak dlouho pracujete jako zdravotní sestra?

- a) 0 – 10 let
- b) 11 – 20 let
- c) 21 – 30 let
- d) 31 – 40 let
- e) 41 let a více

4) Na kterém oddělení pracujete?

- a) neurologie
- b) oddělení následné péče
- c) agentura domácí péče

5) Usnadnily Vám piktogramy komunikaci s afatickým pacientem v oblasti osobní hygieny?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

6) Usnadnily Vám piktogramy komunikaci s afatickým pacientem v oblasti stravování?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

7) Usnadnily Vám piktogramy komunikaci s afatickým pacientem v oblasti vyprazdňování?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

8) Usnadnily Vám piktogramy komunikaci s afatickým pacientem v oblasti oblékání?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

9) Má věk afatického pacienta vliv na ochotu používat piktogramy ke komunikaci se svým okolím?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

10) Závísí efektivita využití piktogramů na věku pacienta?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

Na otázku č. 11, prosím, odpovídejte pouze v případě, že jste na otázku č. 10 odpověděla ANO. Děkuji.

11) Piktogramy lépe využijí afatičtí pacienti ve věku:

- a) 18 – 29 let
- b) 30 – 49 let
- c) 50 – 69 let
- d) 70 let a více

12) Ve které z následujících oblastí mají piktogramy, dle Vašeho názoru, největší využití? (Prosím, označte pouze jednu odpověď.)

- a) v oblasti osobní hygieny
- b) v oblasti stravování
- c) v oblasti oblékání
- d) v oblasti vyprazdňování

e) ve všech oblastech stejné využití

13) Myslíte si, že piktogramy mohou využít i pacienti s jiným onemocněním (např. Alzheimerova demence, Parkinsonova demence)?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

14) Má používání piktogramů negativní vliv na sebeúctu afatického pacienta?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

15) Má používání piktogramů pozitivní vliv na komunikaci afatického pacienta se zdravotnickým personálem?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

16) Doporučila byste používání piktogramů dále v praxi?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

Příloha č. 2

Základní charakteristiky Bostonské klasifikace afázie

| Typ afázie | Spontánní řeč | Porozumění řeči | Opakování |
|---------------------------------|---|---------------------------------------|---------------------------------------|
| Brocova | nonfluentní | intaktní, resp. částečně zachované | narušené |
| Wernickeho | fluentní, melodická, dobře artikulovaná | narušené | narušené |
| Konduktivní | fluentní, špatně artikulovaná | intaktní, resp. lehce narušené | narušené |
| Globální | chybějící, resp. nonfluentní | narušené | narušené |
| Transkortikálně – motorická | nonfluentní, explozivní | intaktní, resp. částečně zachované | intaktní, resp. částečně zachované |
| Transkortikálně - senzorická | fluentní | narušené | intaktní, resp. částečně zachované |

Příloha č. 3

Odkazy

Poradenské stránky:

- 1) <http://afasie.wz.cz/>
- 2) <http://www.ictus.cz/>
- 3) <http://www.sdruzenicmp.cz/>
- 4) <http://www.mozkovaprihoda.cz/>

Logopedie, foniatrie

- 1) <http://www.klinickalogopedie.cz/>
- 2) <http://www.klinickalogopedie.cz/index.php?pg=31>
- 3) <https://www.zdravcentra.cz/cps/rde/xchg/zc/xsl/vyhledavani-sub.html?init=y>
- 4) <http://www.ftn.cz/index.php?id=2384>
- 5) <http://mhc.mudrc.cz/>
- 6) <http://www.mentio.cz/>
- 7) <http://logopediest.cz/>
- 8) <http://slovník.kvalitne.cz/>

Příloha č. 4

Piktogramy

