

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH

Zdravotně sociální fakulta

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2012

Jana Pecková

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH

Zdravotně sociální fakulta

**PROBLÉMY KOMUNIKACE SESTER U PACIENTŮ PO CÉVNÍ
MOZKOVÉ PŘÍHODĚ**

Bakalářská práce

Autor práce: Jana Pecková
Studijní program: Ošetrovatelství
Studijní obor: Všeobecná sestra
Vedoucí práce: Mgr. Klára Kubartová
Datum odevzdání práce: 3.5. 2012

Abstrakt

Bakalářská práce „Problémy komunikace sester u pacientů po cévní mozkové příhodě“ se zabývá znalostmi sester v komunikaci s pacienty s afázií po iktu. Správná komunikace patří k základním bodům následné léčby tohoto onemocnění. Cévní mozková příhoda může velmi negativně ovlivnit dosavadní život člověka postiženého tímto onemocněním. K této nemoci se následně připojují další negativní projevy vyvolané získanými poruchami kognitivních funkcí. Fatická porucha je při komunikaci s pacientem pro sestry velmi významná. Pacient většinou není schopen vyjádřit se správně či porozumět druhým. Během hospitalizace v nemocničním zařízení je proto velmi důležitá role sestry. Sestra by měla být dostatečně vzdělaná v oblasti komunikace a znát její specifika při tomto onemocnění. Měla by mít k dispozici a též využívat kompenzační pomůcky pro usnadnění a zkvalitnění komunikace s pacienty po cévní mozkové příhodě.

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, zda sestry dodržují postupy správné komunikace s pacienty po cévní mozkové příhodě, a zmapovat, jaké jsou nejčastější problémy komunikace mezi sestrami a pacienty po cévní mozkové příhodě.

Empirická část této práce byla tvořena kvantitativním výzkumem, formou anonymního dotazníku, který byl určen sestřím na neurologických a interních lůžkových odděleních nemocnic v Příbrami, Písku a Českých Budějovicích.

Dotazník obsahoval celkem 24 otázek. Bylo rozdáno 107 dotazníků a následně byl výzkum zpracován z 90, tedy 84 % z původního počtu. Byly stanoveny tři hypotézy. První hypotéza předpokládala, že sestry znají zásady správné komunikace s pacienty po cévní mozkové příhodě. Tato hypotéza byla potvrzena. Druhá hypotéza předpokládala, že sestry používají pomůcky ke zkvalitnění komunikace s pacienty po cévní mozkové příhodě. Tato hypotéza byla potvrzena. Třetí hypotéza předpokládala, že sestry mají zájem o další zvyšování kvalifikace v oblasti komunikace s pacienty po cévní mozkové příhodě. Tato hypotéza byla také potvrzena. Stanovené cíle byly splněny na podkladě potvrzených hypotéz.

Tato bakalářská práce může posloužit jako edukační materiál pro sestry pracující s pacienty s afázií po cévní mozkové příhodě.

Abstract

The bachelor thesis "Problems in nurses' communication with patients after cerebral vascular accident" deals with the knowledge of nurses in communication with patients with aphasia after an ictus. Right communication belongs to key points of the subsequent treatment of this disease. A cerebral vascular accident – a stroke - can negatively affect the life of a person affected by the disease. Other negatives symptoms are provoked by acquired disorders of cognitive function. Phatic failure is of a concern in the nurse-patient communication. Patients are not usually able to express themselves properly or understand others. During their hospitalization the role of a nurse is therefore very important. Nurses should be sufficiently educated in communication and to know the specifics of this disease. Compensation aids to facilitate and improve communication with patients after a stroke should also be available and used by nurses.

The objective of this thesis was to determine whether nurses follow the correct procedures in communication with patients after a stroke, and to map the most frequent communication problems between nurses and patients after a stroke.

The empirical part of this study consisted of quantitative research, using an anonymous questionnaire that was designed for nurses in neurological and internal wards of the hospitals in Příbram, Písek and České Budějovice.

The questionnaire contained a total of 24 questions. 107 questionnaires were distributed and the research was processed with 90 questionnaires, i.e. 84% of the original number. Three hypotheses were stated. The first hypothesis assumed that nurses know principles of good communication with patients after a stroke. This hypothesis has been confirmed. The second hypothesis assumed that nurses use aids to improve communication with patients after a stroke. This hypothesis has been confirmed. The third hypothesis assumed that nurses are interested in further upgrading skills in communicating with patients after a stroke. This hypothesis has also been confirmed. The objectives have been met on the basis of confirmed hypotheses.

This bachelor thesis can serve as educational material for nurses working with patients with aphasia after a stroke.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci na téma Problémy komunikace sester u pacientů po cévní mozkové příhodě jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

V Příbrami dne 3. 5. 2012

Podpis.....

Poděkování

Poděkování patří především vedoucí práce Mgr. Kláře Kubartové za cenné rady a připomínky při psaní bakalářské práce, dále všem blízkým za poskytnutí trpělivosti a zázemí a v neposlední řadě všem respondentům, kteří mi poskytli informace pro výzkumnou část práce.

Obsah

| | |
|--|----|
| 1 SOUČASNÝ STAV..... | 12 |
| 1.1 Cévní mozková příhoda..... | 12 |
| 1.1.1 CMP ischemického typu..... | 12 |
| 1.1.1.1 Klinické příznaky..... | 14 |
| 1.1.1.2 Terapie..... | 15 |
| 1.1.2 CMP hemoragického typu..... | 16 |
| 1.1.2.1 Klinické příznaky..... | 16 |
| 1.1.2.2 Terapie..... | 16 |
| 1.1.3 Diagnostika CMP..... | 17 |
| 1.1.4 Získané poruchy kognitivních funkcí..... | 18 |
| 1.1.4.1 Afázie (fatické poruchy)..... | 18 |
| 1.1.3.2 Apraxie, agnozie a dyspraxie..... | 21 |
| 1.2 Komunikace ve zdravotnictví..... | 22 |
| 1.2.1 Typy profesionální komunikace..... | 23 |
| 1.2.2 Verbální komunikace..... | 23 |
| 1.2.3 Neverbální komunikace..... | 24 |
| 1.2.4 Zásady komunikace s nemocným po CMP..... | 26 |
| 1.2.4.1 Pomůcky pro komunikaci s pacienty po CMP..... | 28 |
| 1.2.5 Překážky v komunikaci sester s pacienty po CMP..... | 30 |
| 1.2.6 Překážky v komunikaci ze strany pacientů po CMP..... | 30 |
| 2 CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY..... | 31 |
| 2.1 Cíle práce..... | 31 |
| 2.2 Hypotézy..... | 31 |

| | |
|--|----|
| 3 METODIKA..... | 32 |
| 3.1 Použité metody a technika | 32 |
| 3.2 Charakteristika výzkumného souboru | 32 |
| 4 VÝSLEDKY VÝZKUMU..... | 34 |
| 4.1 Grafické výsledky výzkumu | 34 |
| 5 DISKUZE..... | 55 |
| 6 ZÁVĚR..... | 59 |
| 7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ..... | 62 |
| 8 KLÍČOVÁ SLOVA..... | 65 |
| 9 PŘÍLOHY..... | 66 |
| 9.1 Seznam příloh | 66 |

ÚVOD

Cévní mozková příhoda je třetí nejčastější příčinou úmrtí a je hlavní příčinou neurologického postižení u dospělých. Často dochází k recidivě. Téma Problémy komunikace sester s pacienty po cévní mozkové příhodě jsem si zvolila, protože již několik let pracuji na oddělení interní jednotky intenzivní péče, kde se setkávám mimo jiné s pacienty po cévní mozkové příhodě.

K nám jsou pacienti přiváženi z důvodu indikace trombolytické léčby či po hemoragických mozkových příhodách. Po trombolýze většinou dochází k náhlému zlepšení stavu pacienta, ale ne vždy je tento stav trvalý a léčba zcela účinná. I přestože dojde ke zmírnění příznaků cévní mozkové příhody, není mnohdy stav pacienta úplně stejný jako před vznikem prvních potíží.

Pacienti mívají problémy s řečí, ať už s vyjadřováním, tak s porozuměním sdělovaného. Může též přetrvávat částečné ochrnutí poloviny těla, zorného pole, zhoršená je jemná motorika. Tím dochází k nesoběstačnosti pacienta a následkem toho k psychickým poruchám. Pro nemocného je to velmi těžké. V tomto daném případě je komunikace s okolím pro pacienta velmi důležitá, ale mnohem více komplikovaná. Nemocný se může bát na cokoli zeptat, požádat o pomoc, a pokud přetrvávají problémy fatické či tělesné, pacient nám mnohé ani sdělit nedokáže. Proto by ošetřovatelský tým, který pečuje o takového pacienta, měl být více pozorný, všímavý, musí sledovat neverbální projevy nemocného, ale zároveň ho nedegradovat.

Pokud budeme znát správné techniky komunikace s pacienty po cévní mozkové příhodě a naučíme se pracovat s kompenzačními pomůckami pro její usnadnění, můžeme se stát lepšími pracovníky, ale také těmi nejbližšími, které pacient bezprostředně po akutním stádiu onemocnění má. Navíc můžeme být dobrými rádci pro rodinné příslušníky pacienta, kteří se budou o pacienta starat v jeho domácím prostředí. Proto by sestry měly na neurologických a JIP odděleních navštěvovat vzdělávací kurzy zaměřené na téma jak správně a efektivně komunikovat a pečovat o takové pacienty. Tato práce by měla následně posloužit jako edukační materiál pro sestry a ostatní ošetřovatelský personál.

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 Cévní mozková příhoda

Cévní mozkovou příhodu dle Seidla definujeme jako „akutně vzniklé klinické fokální či globální příznaky poruchy funkce mozku trvající déle než dvacet čtyři hodin bez zjevné jiné než vaskulární příčiny“. Odezní-li symptomy do dvaceti čtyř hodin bez reziduí, jedná se o transientní ischemický neurologický deficit (TIA). Je to epizoda ložiskových příznaků v důsledku nedostatečného zásobení mozku krví. Pokud dojde k úpravě bez následků do jednoho týdne, mluvíme o reverzibilním ischemickém neurologickém deficitu (RIND). Jedná se o obdobu TIA. Oba tyto neurologické deficity jsou varovnými příznaky hrozícího iktu. Jako PI označujeme progredující iktus. Zde postupně narůstá klinická symptomatologie vlivem zhoršující se ložiskové mozkové hypoxie. U již dokončeného iktu (DI) se klinický obraz po dvaceti čtyřech hodinách nemění. (10, 22)

Cévní mozková příhoda (dále jen CMP nebo iktus) je urgentní stav, vyžadující rychlou diagnostiku a včasné zahájení účinné léčby. Jedná se o třetí nejčastější příčinu smrti. Asi 1/3 nemocných po prodělané CMP zůstane nesoběstačná a je trvale závislá na zdravotní péči. V následujících třech letech po vzniku iktu je až 30% sklon k recidivě. (6, 10, 28)

Rizikovými faktory pro vznik CMP je pokročilý věk, hypertenze, diabetes mellitus, vysoká hladina cholesterolu v krvi, kouření cigaret, obezita, dědičnost, špatný životní styl, zvýšená konzumace alkoholu a užívání drog. (22, 28)

Postižení mozku na vaskulárním podkladě je z 80 % akutní ischemické (malacie) a z 20 % hemoragické (mozková hemoragie, subarachnoidální krvácení a arteriovenózní malformace) (Příloha 1). Postižení bývá většinou tepenné, vzácněji žilní. Iktus je často doprovázen ložiskovými příznaky. (22, 28)

1.1.1 CMP ischemického typu

Jedná se většinou o komplikace aterosklerosy a její výskyt stoupá s věkem. Neovlivnitelnými rizikovými faktory jsou rasa člověka, věk, pohlaví (celkově jsou častěji postiženi muži, ale ženy mají většinou horší prognózu), vlivy genetické, socioekonomické, zeměpisné i klimatické. Ovlivnitelné faktory silné jsou arteriální

hypertenze, nemoci srdce a aorty, angina pectoris, polycytemie, diabetes mellitus, hyperlipidémie, hormonální antikoncepce. Mezi slabé exogenní faktory patří životostpráva (kofein, nikotin, alkohol), obezita, nedostatek pohybu, kardiochirurgické zákroky. (22)

Mozek je zásoben z karotického a vertebrobazilárního řečiště. Ty se sbíhají ve Willisově okruhu, který spojuje všechny přírodní tepny a zprostředkuje kolaterální oběh. Periferně od kruhu jsou cévy konečné a jejich uzávěr způsobí ischemii. Průtok krve mozkem je řízen autoregulačními mechanismy, které zajišťují energetické nároky mozku na kyslík. (22)

Normální hodnoty krevního regionálního průtoku mozkovou tkání činí 50-55 ml/100 g tkáně/min. Spotřeba kyslíku je 3,5 ml/100 g/min a glukózy 5,5 mg/100 g/min. Při poklesu průtoku na 18 ml/100 g/min dojde k dysfunkci mozkových buněk. To je takzvaný funkční práh. Při déletrvajícím hypoperfuzi, nebo při jejím prohloubení na 8-10 ml/100 g/min dochází k nekroze neuronů, takzvanému strukturálnímu prahu, který se projeví jako malatické změknutí mozkové tkáně, neboli mozkový infarkt. Dle poklesu mozkové perfuze může dojít k obnově funkce neuronů či k nevratným změnám nebo-li smrti neuronu. Rozmezí mezi dvěma ischemickými prahy, tedy oblast průtoku mezi 8-18 ml/100 g/min se nazývá ischemický polostín (penumbra). Je to oblast obklopující oblast infarktu. Neuron v anoxii přežívá 20 až 60 minut. Nebezpečnější než anoxie je látková acidóza. (28)

Cévní mozkové příhody ischemického typu rozdělujeme na ischemické ikty vznikající tromboembolickým mechanismem (makroangiopatie). Jde o postižení velkých cév tvořící 20-40 % ischemických mozkových příhod. Dále se vyskytují ischemické ikty vznikající kardioembolickým mechanismem při poruchách rytmu a jiných onemocněních srdce (zejména fibrilace síní) a lakunární ikty způsobené postižením malých perforujících artérií (mikroangiopatie), tvořící malá ischemická ložiska v oblasti bazálních ganglií. Lakunární ikty mají tendenci se opakovat, ale mají většinou lehký průběh. Nakonec jsou to ischemické ikty ze vzácných příčin (neaterosklerotické vaskulopatie, vaskulitidy, koagulopatie, hematologická onemocnění). (28)

1.1.1.1 Klinické příznaky

Pro ischemickou CMP je typický náhlý začátek klinických příznaků. Mezi nejčastější příznaky patří náhlá slabost, znečitlivění tváře či poruchy hybnosti končetin. Může být postižena buď jedna strana těla (hemiparéza, hemiplegie), nebo izolovaně jedna končetina (monoparéza). Dalšími projevy jsou poruchy čítí, poruchy rovnováhy, závratě či náhlý pád, poruchy řeči i se schopností porozumět mluvenému slovu, poruchy funkce hlavových nervů. Méně častými projevy, které mohou být přítomny, jsou náhlé těžké bolesti hlavy, poruchy vědomí, náhle vzniklá porucha polykání, vegetativní dysfunkce či v úvodu epileptický záchvat. Jde o náhlý ložiskový výpadek funkce neuronů. (10, 12)

Malacie mozku na základě cévní mozkové příhody vzniká v důsledku uzavření přírodní tepny v předním (karotickém) povodí, anebo ve vertebrobasilárním povodí. U syndromu a. carotis interna (ACI) bývá náhlý uzávěr často ukončen smrtí. Přežití je spojeno s těžkou invaliditou. Klinickými příznaky postupného uzávěru jsou kontralaterální hemiparéza s větším postižením horní končetiny, centrální paréza n. facialis, hemihypestézie, afázie, desorientace, apraxie. Při ischemizaci optického nervu a retiny je příznakem tranzitorní slepota. Příznaky identické s ACI má syndrom a. cerebri media (ACM). Navíc se projevuje homonymní hemianopií s deviací hlavy a bulbů k ložisku. Při lézi dominantní hemisféry je přítomna fatická porucha a gnostická porucha. Syndrom a. cerebri anterior (ACA) se projevuje kontralaterálním motorickým a senzitivním hemisyndromem. Maximum motorického deficitu je na dolní končetině. (18, 28)

Syndromy související s postižením aa. vertebrales jsou subclavian steal syndrom, který způsobuje vomitus, vertigo, dysartrii a laterální oblongátový syndrom, charakterizovaný rotační závratí s vomitem a nystagmem, dysfagií. Do týdne většinou regreduje. Mezi syndromy související s postižením a. basilaris patří pontinní infarkty, u kterých dochází k narušení okohybné motoriky, mezencefalické infarkty, mozečkové infarkty s prudkými bolestmi hlavy a závratěmi, nevolností, nejistotou chůze, dysartrií a zastřeným vědomím. Navíc bývá přítomna ataxie trupu, končetin a chůze, dysmelie.

U syndromů souvisejících s postižením a. cerebri posteriori se projevuje kolaterální homonymní hemianopie. (18, 28)

1.1.1.2 Terapie

Léčba ischemického iktu musí být zahájena do tří až šesti hodin od prvních příznaků. Včasné rozpoznání příznaků a rychlá diagnóza jsou klíčové a zlepšují šance na zotavení pacienta. *Konzervativní léčba* zahrnuje zajištění dostatečné oxygenace, regulace krevního tlaku, vodní a elektrolytová bilance, bilance glukózy, dostatečný energetický přísun, prevence trombotických a zánětlivých komplikací. Důležitou komplikací akutní fáze CMP je pneumonie, způsobená aspirací u pacientů s poruchami vědomí a polykání. Při zjištěné poruše sestra zavede pacientovi nazogastrickou sondu, jako další opatření provádíme pravidelná polohování pacienta a dechová cvičení. (10, 28)

Trombolytická léčba probíhá na specializovaných jednotkách intenzivní péče (JIP), nebo na iktových jednotkách. Snižuje mortalitu a zlepšuje výsledný klinický stav pacienta. Léčebné postupy jsou výběrové (závisí na časovém faktoru a přísné indikaci k léčbě). Kontraindikací podání systémové trombolýzy je subarachnoidální hematom, příznaky trvající déle než čtyři a půl hodiny, prokázané krvácení, aneurysma, nádor s rizikem krvácení, vředová choroba, závažná jaterní onemocnění a další. Pro pacienty, kteří nesplňují kritéria pro užití trombolýzy, zbývá paliativní podpůrná léčba. Jsou to opatření k ovlivnění mozkového edému, podávání látek potlačující tvorbu fibrinogenu, antiagregantická léčba, popř. antikoagulační léčba jako prevence kardiálních embolizací. (10, 22, 28)

Důležitá je též *rehabilitační léčba*, která se zahajuje po stabilizaci vitálních funkcí pacienta. Rehabilitace spočívá v protahování svalů pro zabránění svalových kontraktur a urychlení návratu svalové aktivity. Jejím cílem je obnovení soběstačnosti pacienta a dosažení co nejmenší závislosti na pomoci jiné osoby. V této souvislosti využíváme pomoci rehabilitační sestry. V České republice existuje sdružení pro rehabilitaci osob po cévních mozkových příhodách, které funguje od roku 1990. Toto sdružení vydává časopis, brožury, organizuje semináře, rekondiční pobyty a poskytuje poradenství. *Chirurgickou léčbou* může být akutní karotická

endarterektomie, intrakraniální embolektomie, nebo nekompresivní kraniotomie. (10, 14, 22, 28)

1.1.2 CMP hemoragického typu

Akutní hemoragické cévní mozkové příhody dále rozdělujeme na intracerebrální a subarachnoidální hemoragie. Jak parenchymové tak subarachnoidální krvácení vznikají porušením stěny mozkové cévy. Jsou méně časté nežli ischemické CMP, přesto závažnější. Postihují mladší věkové skupiny a mají vyšší úmrtnost. Nejvíce jsou ohroženi pacienti s neléčenou arteriální hypertenzí. Dalšími příčinami jsou aneurysmata, nádory, arteriovenózní malformace (AVM), antitrombotika a poruchy srážlivosti, krevní choroby, vaskulitidy, komplikace antikoagulační léčby, kongofilní angiopatie. Rizikovými faktory hemoragické CMP jsou kouření, zvýšená konzumace alkoholu, užívání drog a hypercholesterolemie. Svou roli hraje také pohlaví, rasa či obezita pacienta. Spontánnímu mozkovému krvácení může předcházet zvýšená aktivita, rozčilení a vzestup krevního tlaku. (12, 22, 28)

1.1.2.1 Klinické příznaky

Celkovými klinickými příznaky jsou prudký vzestup nitrolebního tlaku projevující se cefaleou, zvracením a poruchou vědomí. Mohou se vyskytovat i epileptické záchvaty. U většiny nemocných je v akutní fázi zjištěna hypertenze. Zpravidla vzniká při nějaké činnosti. Fokální příznaky jsou podle uložení hemoragie v CNS. Supratentoriálně je přítomna hemiparéza, porucha čítí, výpadek poloviny zorného pole. Pokud se nachází v mozečku, vyskytují se mozečkové a kmenové příznaky, jako jsou ataxie, nystagmus, vertigo, dysartrie, dále pak nárůst nitrolebního tlaku, rozvoj hydrocefalu z obstrukce likvorových cest. U hemoragie v pontu bývají přítomny kvadruplegie, úzké zornice, okohybné poruchy, poruchy dechu a vyšší teplota. Provalení krvácení subarachnoidálně způsobuje meningeální syndrom, intravertikálně vede ke ztrátě vědomí. (22)

1.1.2.2 Terapie

Nejhůře léčitelným typem akutní CMP je intrakraniální hemoragie. *Konzervativní léčba* spočívá v převozu na intenzivní péči, monitoraci vitálních funkcí

pacienta, zajištěné oxygenaci a symptomatické léčbě. Léčíme hypertenzi a kontrolujeme intrakraniální tlak. U intracerebrální hemoragie je důležitá prevence zvýšeného intrakraniálního tlaku. Jeho vzestupu předcházíme podáváním osmotických diuretik, zvýšením polohy hlavy pacienta na 30°, zabráněním komprese jugulární žíly, popřípadě intubací k dosažení normoventilace. *Chirurgickou léčbou* je včasné odstranění tlaku hematomu na okolní tkáň. Významná je endovaskulární metoda léčby u ošetření aneuryzmat. (12, 22, 28)

1.1.3 Diagnostika CMP

K diagnostice CMP je důležitá celková anamnéza, zhodnocení interního stavu a EKG, laboratorní vyšetření a klinické neurologické vyšetření zaměřené na zjištění asymetrie očních a končetinových projevů. Zjišťujeme, zda je nemocný pravák či levák, hodnotíme jeho psychiku, stav vědomí, orientaci, myšlení. Dále pak postižení hlavových nervů. Zajímá nás šířka zornic, fotoreakce, bloudivé pohyby bulbů, šířka zorného pole, dovírání víček. Při postižení n. oculomotoricus je víčko pokleslé. Sledujeme asymetrie obličeje. U centrální poruchy inervace n. facialis dochází k vyhlazení nazolabiální rýhy na postižené straně a ptóze ústního koutku. Pacient nemůže zapískat, pláží jazyk k paretické straně. Příznaky jsou vždy kontralaterální. Při periferní poruše inervace nedokáže pacient sevřít víčka. Zároveň dochází také ke ptóze koutku. Příznaky jsou vždy homolaterální. (19, 22)

U horních končetin hodnotíme svalovou sílu (stisk ruky), bývá přítomen hypertonus, kdy při pasivním pohybu klade končetina pérový odpor. Dále provádíme vyšetření, kdy pacient předpaží a na postižené straně dochází k poklesu až pádu končetiny. Sledujeme rychlost poklesu, pronaci ruky, extenzi v zápěstí, na straně parézy nemocný méně roztáhne prsty oproti zdravé straně. U dolních končetin je to obdobné, kdy pacient leží na zádech s flexí v kyčlích a kolenou. Testujeme pokles bérce na straně parézy. Dále se zjišťuje patelární reflex, Babinského reflex atd. Sledujeme postoj a chůzi nemocného. Jako hemiparetický označujeme postoj, kdy pacient stojí s dolní končetinou nataženou, při chůzi s ní opisuje půlkruh kolem osy svého těla, horní končetina je flektovaná v loketním kloubu (Příloha 2). (19, 22)

Mezi základní zobrazovací metody v akutní fázi ischemické CMP patří

výpočetní tomografie (CT), která je doposud nejpoužívanější. Jejím hlavním přínosem je vyloučení mozkového krvácení. CT angiografie zobrazuje tepenné řečiště, detekuje jeho uzávěry či stenózu a aterosklerotické změny (Příloha 3). Perfuzní CT slouží k vyšetření mozkového krevního průtoku a objemu. Magnetická rezonance (MR) významně pomáhá při přesné detekci akutního infarktového ložiska, uzávěru či stenózy. Ultrazvuk (UZ) je dostupná, neinvazivní metoda, která slouží k vyšetření krčních a mozkových tepen.(10)

Ke správné diagnostice hemoragické CMP je důležitá celková anamnéza, základní interní a neurologické vyšetření, vyšetření očního pozadí. CT je hlavní diagnostická metoda, která určí lokalizaci a velikost hematomu. Angiografie využíváme při podezření na AVM (arterio-venózní malformace) či aneurysma, u mladých osob před operací, CT a MR při kontrole vstřebávání hematomu. (22)

Při veškerých vyšetřeních sestra s pacientem komunikuje, poskytuje mu informace o veškerých vyšetřovacích metodách, vysvětlí jejich postup a připraví ho na vyšetření. Po celou dobu se sestra snaží vytvářet pocit bezpečí a jistoty. Je jeho psychickou oporou.

1.1.4 Získané poruchy kognitivních funkcí

1.1.4.1 Afázie (fatické poruchy)

Afázií dle Vokurky rozumíme „poruchu tvorby a porozumění již normálně vyvinuté řeči“. Je způsobena poruchou dominantní hemisféry. V časných stádiích CMP trpí afázií téměř jedna třetina pacientů. Má vliv na všechny aspekty jazyka. To je mluvení, psaní, čtení, poslech. Může též poškodit neverbální projevy, jako je vyjadřování gesty, kreslení. Téměř každý pacient s poškozenou levou hemisférou má afázii, jelikož levý mozek hraje hlavní roli ve zpracování jazyka. Jednou z nejvíce zjevných známek afázie je ztráta řeči, ačkoli mluvidla ani jejich inervace není nijak poškozena. Někdy může být přítomna celková ztráta, většinou však bývá porušen spíše obsah sdělené informace než výslovnost. (14, 27, 29)

Afázie je často popisována jako non-fluentní (neplynulá) předního typu a fluentní (plynulá) afázie zadního typu. Mezi non-fluentní řadíme Brocovu expresivní motorickou afázii, transkortikální motorickou afázii, globální afázii a transkortikální

smíšenou afázií. Mezi fluentní řadíme Wernickeova perceptivní senzickou afázií, kondukční afázií, transkortikální senzickou afázií a anomickou afázií. Afázie se většinou kombinují s poruchami písemné exprese (agrafie) a percepce (alexie). (1)

Klinicky se typy afázií určují dle dosažených výsledků ve čtyřech základních vyšetřeních: spontánní řeč, opakování slov a vět, pojmenování předmětů a porozumění řeči. Důležitá je fluence řeči. Pro upřesnění diagnózy afázie slouží například tzv. Token test k upřesnění i drobných poruch řeči. (14, 25)

Brocova afázie představuje neplynulou poruchu řeči s poměrně zachovaným porozuměním. Pacienti trpící touto afázií mají chudou produkci slov a těžce porušenou větnou skladbu. Nemocný například řekne: „Já obchod jít.“ Časté bývají fonemické parafázie, vyskytuje se porucha pojmenování předmětů. Také mívají narušeno písmo s poruchami pravopisu a gramatickými chybami. (1)

Wernickeova afázie je charakteristická převládáním poruch chování a řeči. Spontánní řeč pacientů je plynulá, její obsah je však nesmyslný s parafázemi a nelogismy. Mají též postiženu schopnost pojmenování. Klíčovým defektem je porucha porozumění vlastní i cizí řeči. Bývá doprovázena náhlými změnami nálad a afektivním chováním. (1)

Kondukční (převodní) afázie je neúměrná porucha opakování se zachovanou plynulostí spontánní řeči a dobrým porozuměním. (1)

Transkortikální afázie vznikají při chorobné izolaci korových řečových oblastí od ostatních oblastí kůry. *Motorická* je podobná Brocově afázií se zachovanou schopností opakování i porozumění s porušeným psaním. Řeč je neplynulá, nespontánní s tendencí k zárazům v řeči. *Senzická* se podobá Wernickeově afázií se zachovanou schopností opakování. U *smíšené* je izolována řečová kůra. Pacienti nerozumějí a ani nejsou schopni plynule mluvit, ale dokáží opakovat. (1)

Anomická afázie je nejčastějším projevem. Jde o spontánní plynulou řeč, přerušovanou pomlčkami při hledání slov. Při *anomii tvorby slov* zná postižený dané slovo, ale není schopen ho říci správně. U *anomii výběru slov* pacient ví, k čemu předmět slouží, je schopen ho rozeznat, ale nedokáže jej nazvat. Pokud pacientovi chybí symbolický význam slov, nazýváme to *anomii sémantickou*. *Diskonekční anomie* jsou

přítomny při poškození spoju mezi sensorickými řečovými oblastmi mozkové kůry. (1)

U *Globální afázie* jsou postiženy všechny řečové funkce. Může se projevovat mutismem či neartikulovaným úpěním. Pacienti nedokáží číst, psát ani pojmenovávat předměty. (1)

Subkortikální afázie je způsobena lézí thalamu dominantní hemisféry. V akutním stadiu převládá mutismus a může být i přítomna porucha porozumění. Při dalším vývoji bývá přítomna neplynulá porucha řeči. (1)

Dle délky trvání rozlišujeme afázii na akutní, subakutní a chronickou. Při akutní afázii se délka trvání pohybuje mezi 4-6 týdny od vzniku poškození mozku. Pacienti někdy vůbec nemluví, reagují sténáním. Asi jedna třetina afázií pak následně mizí a řeč se upravuje. Afázii trvajících do jednoho roku označujeme jako subakutní, trvá-li déle, jako chronickou. (14)

Pacient s afázií může mít problém vyjádřit své myšlenky a hledá slova. Je bezradný, nervózní. Nebo nerozumí sdělenému, nedokáže proto reagovat a jeví se jako nespolupracující. Pacient nedokáže při myšlení využívat svou „vnitřní řeč“. Nedokáže si plánovat a zhodnotit svou činnost. (26)

U pacientů s afázií bývá narušena schopnost plynule hovořit v přiměřeném tempu a rytmu bez vynucených pomlček. Bývá přítomna neplynulá řeč. Takto označujeme řeč pomalou, s méně než čtyřiceti slovy za minutu, nebo méně než pět slovy ve větě. Řeč je výrazově chudá. U neplynulé afázie bývá řeč spojena se zvýšeným úsilím a častými poruchami artikulace. Projev se nedrží gramatických a skladebných pravidel. U plynulé afázie bývá řeč normálně rychlá, nebo zrychlená, obtížně přerušitelná. Často se projevuje jako prázdná řeč bez obsahotvorných slov. (1, 18)

Také se mohou vyskytovat různé poruchy artikulace, jako jsou dysartrie a dysfonie. *Dysartrie* je porucha artikulace na podkladě centrálního či periferního postižení nervového systému, která vede k porušení inervace svalstva jazyka, perorálních mimických svalů, hltanu a měkkého patra. Porozumění a zpracování mluvené řeči zůstává nepoškozené. *Dysfonií* rozumíme poruchu fonace, neboli poruchu tvorby hlasu. (1)

Může se objevovat také porucha melodie a intonace řeči, slovního a větného

důrazu tzv. *prozodie*. Afektivní složka prozodie modeluje melodii a tónové složení řeči. Díky tomu můžeme lépe vnímat emoční ladění nemocného. Neafektivní prozodií máme na mysli větný důraz a kolísání výšky tónu hlasu. (1)

Záměna hlásek či slov tzv. *parafázie* bývá většinou u plynulé afázie. Pacient komolí hlásky při poruchách artikulace, jeho výslovnost je zjednodušená. Také může vynechávat či zaměňovat hlásky v písemném projevu bez zkreslení výslovnosti, nebo nahrazuje celá slova jinými. (1)

Agramatismem označujeme poruchu, kdy pacient nedodrží gramatická pravidla při tvorbě slov. Redukuje se počet spojek, předložek, příslovcí...Navíc mluví pomalým tempem a rytmus řeči je narušen pomlkami. Pacient s afázií může užívat nesprávné pořadí slov ve větách (*paragramatismus*), což je časté u plynulé afázie. Nebo opakuje slabiky, slova, krátké věty při pokusu o řeč (*stereotypie*). Časté jsou také *automatismy*, jazykové fragmenty s vysokým výskytem v běžné řeči. (1)

Téměř u všech forem afázie se vyskytuje *anomie*. Jedná se o poruchu pojmenovávání a nacházení slov. Pacient musí na objekt ukázat, užívá obecné náhrady za chybějící slova. Může ale také dojít k úplné ztrátě řeči. (1, 18)

Dále se objevují poruchy čtení, kdy u pacienta došlo k poruše zrakové percepcie písma, nebo poruše porozumění čteného textu. Při poruše psaní se objevují obsahové a gramatické chyby, které jsou vzhledem k úrovni vzdělání pacienta neočekávané. (1, 18)

1.1.3.2 Apraxie, agnozie a dyspraxie

Apraxie znamená ztrátu schopnosti vykonávat účelné pohyby, jako jsou výrazové posunky, pohybové stereotypy a naučené dovednosti. Pacienti mohou vykonávat pohyby spontánně, ale ne dle slovních pokynů. Rozlišujeme obličejové a končetinové apraxie. Při obličejové apraxii není nemocný schopen sfouknout svíčku, vypláznout jazyk, pít pomocí brčka...U končetinové apraxie pacient nezvládne provést pohyby při čištění zubů, česání či kopnout do míče, odrážet se nohou... Bývají kombinovány s poruchami řeči či poruchami prostorové orientace. (18)

Agnozie je porucha poznávání předmětů a jiných prvků zevního prostředí, nebo vlastního těla. Při *zrakové agnozii* pacient normálně vidí, ale nepoznává viděné.

Předměty rozpozná pouze, pokud je může ohmatat či uslyší jejich zvuk. Řadíme sem poruchu rozpoznávání známých obličejů a též poruchu orientace v prostoru. U *sluchové agnozie* není pacient schopen rozeznat smysl zvuků. Může se jednat o ztrátu schopnosti rozumět mluvené řeči, nebo o neschopnost rozpoznat různé charakteristické zvuky. *Taktilní* nazýváme *agnozii*, při níž pacient není schopen při ohmatání předmět rozpoznat, ale pozná ho, jakmile ho uvidí. Pokud má pacient problém ukázat, nebo pojmenovat části vlastního těla, jedná se o *autotopoagnozii*. Při *anosognozii* není pacient schopný uvědomit si svůj chorobný stav. (1, 18)

Po prodělané CMP se mohou objevit také různé typy *dyspraxie*. Ty například ovlivňují pohyby končetin nebo oblékání. Tento stav může také narušit koordinaci a posloupnost řeči, pohybů. To se stane vždy, když má být projev plánovaný, tj. když člověk chce něco říct, nebo je požádán o diskusi. Překvapivě může být automatická řeč stále možná, takže pacient může být schopen přednášet dny v týdnu nebo počítat. Dyspraxií se vyznačuje váhavý, nepřesný projev. Často se objevují náznaky boje v řeči, člověk se snaží kontrolovat pohyb svého jazyka a rtů. V těžkých případech je veškerá řeč nemožná. I když k dyspraxii může dojít samostatně, často koexistuje s afázií. Je typická pro poškození levé hemisféry. (29)

1.2 Komunikace ve zdravotnictví

Řeč je nejvýše vyvinutým a nejefektivnějším prostředkem komunikace. Vede k formulaci myšlenek a jejich následnému sdělování ostatním jedincům. Pojem řeč zahrnuje veškerou slovní komunikaci jak mluvenou, tak psanou. Její poruchy souvisejí s vývojovými i chorobnými defekty, které postihují fonační a artikulační svalstvo, hlavové nervy, mozkový kmen, mozeček a další. Řeč se skládá ze složky receptivní a expresivní. Receptivní složka řeči znamená schopnost řeči porozumět, expresivní složka znamená možnost vyjádřit se. (1, 26)

Komunikaci v nemocnici ovlivňuje celá řada faktorů. U pacienta se může objevit úzkost, bolest, spánková deprivace v hlučném, neznámém prostředí a nedostatku soukromí. Komunikace slouží k navázání a rozvíjení kontaktu mezi sestrou a pacientem. Dle Friedlové „komunikovat znamená být ve spojení“. Člověk nemůže nekomunikovat, je sociální bytost a potřebuje komunikovat v různých formách. Pomocí komunikace

vytváříme a udržujeme mezilidské vztahy a vyměňujeme si různé informace. Získáváme tak nové znalosti a své vědomosti předáváme dále. Schopnost sestry komunikovat s pacientem je součástí jejího profesionálního vybavení. (7, 26, 29)

Ke správnému průběhu komunikace je zapotřebí komunikátor, tedy osoba, od níž sdělení vychází. Na počátku terapie je zapotřebí navázat s pacientem kladný a produktivní vztah. Dále musí být přítomen komunikant, osoba, které je zpráva určena a která se snaží jí porozumět. Sestra by měla pozitivně reagovat na každou snahu pacienta a uvědomit si jak nemoc může být pro něj zatěžující. Komuniké je zpráva, kterou vysíláme. Zdůrazníme důležitost každodenního procvičování kognitivních a motorických dovedností. Zpětnou vazbou udržujeme rovnováhu mezilidské komunikace. Je to zpráva o tom, že byla informace přijata, může být pozitivní či negativní. Situační kontext je situace, prostředí, kde komunikace probíhá, a může ovlivnit význam sdělené informace. (7, 12, 30)

1.2.1 Typy profesionální komunikace

Sociální komunikace je běžný neplánovaný rozhovor s pacientem. Vytváří se tak vztah mezi nemocným a pečujícími osobami. Sociální komunikaci prohlubujeme při pomoci s hygienou, jídlem, úpravou lůžka, rozmluvami na pokoji pacienta při běžném denním režimu. *Specifická (strukturovaná) komunikace* je komunikace, při níž sdělujeme důležité informace, motivujeme pacienta k léčbě. Nakonec je nutné ověřit, zda nám pacient porozuměl a zda se vším souhlasí. Obtížnější je u osob s poruchami komunikace. *Terapeutická komunikace* se odehrává formou rozhovoru při denním kontaktu s pacientem. Poskytujeme zde oporu a pomoc při těžkých rozhodováních a pro snadnější adaptaci na změny. (15, 26)

1.2.2 Verbální komunikace

Verbální komunikací rozumíme sdělování informací pomocí slov. Základními kritérii úspěšné verbální komunikace s pacientem je jednoduchost našeho sdělení. Informace má být jasná a stručná. Následně si musíme vždy ověřit, zda nemocný porozuměl tomu co jsme mu chtěli říci. Důležité je hovořit stručně, jelikož stručná informace působí profesionálně. Musíme mluvit zřetelně a jasně vyjádřit podstatu věci. Hlavně u závažných témat je důležité vhodné načasování. Při rozhovoru s pacientem

bychom měli mít klid, soukromí a dostatek času. Zprávy měníme podle toho, jak na ně nemocný reaguje, jsme přizpůsobiví. Námi podávané informace musí být věrohodné a měly by být podávány přesvědčivě. Pacient musí cítit, že nám může důvěřovat. (26, 30)

Činitelem spoluvytvářející verbální komunikaci je situační kontext. Je to situace, ve které komunikace mezi námi a pacientem probíhá. Dále pak jsou to vnitřní dispozice jedince, jelikož do komunikace vnášíme vždy svou individualitu a jedinečnost projevu. Také je důležitá motivace komunikovat, předpokládáme totiž, že pacient je ochotný a má vůli s námi komunikovat. Pokud pacient komunikaci odmítá, nenutíme ho k tomu a vyhledáme vhodnější příležitost. (26)

Samotný projev podporujeme *rezonancí* (opakováním). Jedná se o druh zpětné vazby. Dáváme tak najevo, že pacienta vnímáme, máme o něj zájem a rozumíme jeho sdělení. Zopakování informace nás může utvrdit, že opravdu chápeme, co nám chtěl pacient říci. Další fází je *reflexe* (odezva). Necháme pacienta mluvit o jeho obavách, co ho trápí, a následně ho uklidníme a podpoříme. *Sumarizace* (shrnutí) znamená poskytnutí přehledu rozsáhlého sdělení. Zjistíme, čemu pacient v předcházejícím rozhovoru neporozuměl, a pak máme možnost v komunikaci pokračovat. *Povzbuzováním* podpoříme pacienta, aby v komunikaci pokračoval. Dáme mu najevo, že nás zajímá a je pro nás důležité, co nám chce říci. *Empatie* je dobrá vůle druhému citově porozumět. Zjistíme, co si pacient myslí, co prožívá. To nám přináší informace o nemocném. Sestra více naslouchá, nežli mluví, a dává pacientovi dostatek času k vyjádření. Navíc může pacienta pohládit, chytit za ruku. Zásadně jeho starosti nezlehčuje. *Mlčením* dá pacientovi prostor popřemýšlet, jak v komunikaci pokračovat. (26)

1.2.3 Neverbální komunikace

Definujeme ji jako řeč těla. Může projevovat pocity člověka lépe než slova, jelikož si neverbální projevy obecně zcela neuvědomujeme. Řadíme sem veškeré projevy, které vysíláme, aniž bychom mluvili. Neverbální komunikaci užíváme, abychom podpořili řeč či ji zcela nahradili. Využíváme ji k vyjádření emocí a interpersonálních postojů. Slouží k naší sebe prezentaci a je považována za upřímnější

než verbální projev. Sestra by měla umět rozpoznávat neverbální projevy a umět je správně využít při své práci. (26, 30)

Do neverbální komunikace řadíme chůzi a držení těla. To je ukazatelem našeho sebehodnocení, momentální nálady a zdraví. Vzdálenost při komunikaci nás informuje o vztahu dvou lidí. Rozlišujeme zóny intimní, osobní, sociální a veřejnou. Mezi sestrou a pacientem často dochází k narušení a vstupu do intimní zóny, proto je zapotřebí mimořádného taktu a citlivosti během ošetrovatelské péče, zachování profesionality a naprosté diskrétnosti. Postoj těla naznačuje psychický stav člověka. Snažíme se, aby komunikující oči byly ve stejné výšce, tedy zaujímáme rovnocennou polohu. Nejlépe se lidé domluví v sedě. Pomocí mimiky, neboli výrazu obličeje, vyjadřujeme své emoce, náš vnitřní psychický stav (štěstí, strach, klid, nespokojenost...). Můžeme tak poměrně snadno vyčíst, že pacient má nějaké bolesti, i když nás sám na to neupozorní. Pouhým úsměvem snáze navážeme kontakt s pacientem. Gestikulace je řeč rukou, která má výrazný sdělovací účel. Gesto může doplnit verbální projev. Existuje vědomé či nevědomé používání gest. Právě pro pacienty po CMP s komunikačními problémy jsou gesta nedocenitelným dorozumívacím prostředkem. Haptika, neboli kontakt hmatem, nejčastěji podání ruky, zahrnuje vnímání chladu, tepla, chvění, tlaku, bolesti. Zejména u pacientů, kteří jsou úzkostliví, by měla sestra umět vzít za ruku či pohladit, být empatická. Například při využívání bazální stimulace, pokud přistupujeme k pacientovi s poruchou vědomí, používáme jako součást oslovení také cílený iniciální dotek, vždy na stejném stanoveném místě, aby pacient přesně věděl, kdy začíná a končí naše přítomnost u něj. Vízitka, tedy sdělení pohledem zejména z očí do očí, bývá první prostředek navázání kontaktu dvou lidí a potvrzuje jejich vůli komunikovat. Žádného pacienta sestra nikdy nepřehlídí, pozoruje ho, ale „necíví“ na něj. (7, 20, 26, 30)

Paralingvistika je přechodem od mimoslovního ke slovním způsobům sdělování. Významně ovlivňuje vztahy v interpersonální komunikaci. Jedná se mimo jiné o přízvuk a slovosled. Akcent totiž ovlivňuje porozumění a efektivitu komunikace. Hlasitost řeči určuje příjemnost či nepříjemnost našeho projevu. Rychlost řeči je také důležitá, neboť rychlá řeč je vnímána obtížně, rychle vede k únavě pacienta a ten pak

při ní nemusí zachytit všechna fakta. Věcná témata mají být předána stručně a jasně. Osobní věci sdělujeme spíše pomalejším tempem. Dále sledujeme plynulost řeči. Lidský projev obsahuje pomlky, buďto úmyslné či neúmyslné. Úmyslné pomlky poskytují čas reagovat, zamyslet se. Je vhodné do projevu zařazovat pomlky, měnit tempo řeči. Intonace, neboli melodie řeči, identifikuje postoj mluvčího k obsahu projevu. Správná výslovnost je podmínkou pro pochopení obsahu sdělení. U osob s poruchami výslovnosti je vhodné využití zpětné vazby. Kvalita řeči je dána věcností hovoru bez užívání nadbytečných slov. Sdělení by nemělo být rozvláčné, nepřesné. Zvuky při pláči či smíchu umožňují určit emoce a prožívání pacienta. Mohou ale být i hrané. (20)

1.2.4 Zásady komunikace s nemocným po CMP

Komunikační problémy vyplývající z afázie jsou pro sestry obtížné. Nicméně existuje řada metod, které mohou být použity. Nejprve zajistíme primární prostředí, jelikož některým pacientům nemusí být příjemné hovořit před ostatními klienty. Pacienty oslovujeme příjmením a při komunikaci s nimi nepoužíváme žádné zdvořilky. Zjistíme stupeň znevýhodnění konkrétního pacienta, nevyhýbáme se společné komunikaci, naopak jsme trpěliví a chápaví k jeho potřebám, hovoříme jasně, klidně a zřetelně. Pacienty k rozhovoru nenutíme. Udržujeme s nimi oční kontakt, hovoříme tváří v tvář. Věnujeme zvýšenou pozornost neverbální komunikaci, vyměňujeme si tak 70 % informací. Nezapomínáme na vysokou unavitelnost osob s afázií. Dopřejeme jim vždy dostatek času a odpočinek. Člověk s afázií může rozumět situaci, situačnímu chování, ale to neznamená, že vždy rozumí i řeči mluvené. Takový pacient nemusí vůbec mluvit, ale může dobře rozumět. Proto bychom měli vždy zvážit, jak budeme před nemocným hovořit a o čem. (11, 15, 20, 25)

Sestra se také věnuje ošetrovatelské péči čištění dutiny ústní. Nemocní, kteří mají ochrnutou polovinu těla, včetně tváře a jazyka, si nemohou zbytky jídla odstranit sami. Proto je důležité nejméně jednou denně dutinu ústní vyčistit, zbavit zbytků jídla a odstranit povlak na jazyku. I toto pak může přispět ke snadnější komunikaci s pacientem. Dále pak provádíme masáže obličeje, jelikož u pacientů po CMP bývá postiženo i mimické svalstvo. (24, 25)

Určitě bychom měli popřemýšlet o stylu jazyka, který pacienti s afázií používají. Například většina lidí s afázií má problém s dlouhými a složitými větami, chápou konkrétní slova lépe nežli abstraktní (idea, demokracie). Konkrétní slova odkazují na věci, které lze vidět, nebo se jich dotknout (jablko, postel). Takže pokud sestra chce říci pacientovi, že mu dá injekci, je dobré mu ji ukázat, nebo provést jednoduché gesto. Klademe otázky, na které je možné odpovědět slovně či gestem pouze ano - ne. Například: Dáte si čaj?, Chcete učesat? (24, 29)

Je dobré, naučíme-li se používaný slovník pacienta, dáme tak najevo náš zájem o něj. Jeho chybnou řeč ale nenapodobujeme. Mnohým lidem s afázií pomáhá, když zpomalíme řeč, ale nesmí to vyznít povýšeně. Je obtížné zjistit, zda nám pacient rozumí. Někdy může jen opakovat, co říkáme, ale bez porozumění. Proto by měly být sděleny důležité informace několikrát, s podporou obrázků, psaných slov a symbolů. Vždy si ověříme, zda nám pacient porozuměl. Neopravujeme pacienta a netrváme na správném výrazu slova, zvyšuje se takto jeho beznaděj. Pokud pacientovi zcela neporozumíme, můžeme ho třeba poprosit, aby to zkusil říci jinak. Dobré je poskytnout mu dostatek času. Připomínáme mu též alternativní výrazy slov. (11, 15, 26, 29)

Pokud pacient s afázií netrpí poruchou sluchu, nekřičíme na něj. Mluvíme spíše pomaleji v krátkých větách. Pacienti s afázií po akutních CMP nejsou dementní. Demence se ale může postupně rozvíjet, obzvláště pak u těžkých globálních afázií v chronickém stádiu. Často se projevuje organický depresivní syndrom, také pláč, i bez příčiny. Výbuchy vzteku a zlosti se mohou vyskytnout také u osob, které nikdy předtím agresivní nebyly. (25).

Pakliže pacienta něco bolí, požádáme ho, aby nám bolestivé místo ukázal. Někteří lidé s afázií velmi efektivně využívají gest nebo kreslení, a to buď spontánně, nebo jako odpověď na léčbu. Je dobré prozkoumat, zda lépe chápou řeč či psanou formu, například tím, že pokud se snaží něco sdělit, žádají si psací potřeby. Pokud je osoba schopna řeči, musíme pamatovat na to, že řeč může obsahovat chyby. Proto by měly být důležité informace zkontrolovány z hlediska přesnosti. Např.: Sestra se ptá pacienta: Kolikrát denně daný lék užíváte? Pacient odpoví: Čtyři. Sestra zopakuje číslo 4, navíc

číslovku napíše a ukáže i na prstech. Pacient odpoví : Ne, jeden. Sestra postup zopakuje. Pacient souhlasí: Ano, jeden. (29)

1.2.4.1 Pomůcky pro komunikaci s pacienty po CMP

Alternativou je, aby si lidé s afázií pomáhali při komunikaci různými pomůckami. U lůžka může mít pacient kalendář, kam si v rámci rehabilitace zapisuje své denní činnosti a různé události. Dalšími rekvizitami mohou být grafy, symboly pro každodenní základní potřeby, tištěná abeceda (Příloha 4), mapy, rodinné fotografie a jiné obrázky. U rodinných fotografií je dobré, aby je pacient popsal, řekl například křestní jména osob, domácího mazlíčka. Je vhodné přinést též fotografii chaty, zkrátka všeho, co je mu blízké, co vyvolá u pacienta různé emoce. (24, 29)

Speciální pomůckou pro pacienty s afázií je určitě afatický slovník (Příloha 5). Je využíván převážně logopedy a na odděleních, kde se pečuje o pacienty po CMP. Je tvořený kartami s obrázky vystihujícími daný výraz, ať už podstatná jména, slovesa či přídavná jména i s jejich popisem. Vhodné je také využití kartiček, na nichž je uveden souhlas (+) či nesouhlas(-). Využívání počítače v léčbě afázie je sporné, bylo by možné ho využít u lidí, kteří s ním pracovali již dříve, pro které je počítač samozřejmostí. Při využívání psacích potřeb je vhodné u pacientů s poruchou motoriky poskytnout silnou tužku pro lepší uchopení a následnou manipulaci (Příloha 6). Střídáním barevných tužek navíc pacient procvičí i rozeznávání barev. (14)

Schopnost komunikace pacientů s afázií je různorodá. Mění se i u jednoho klienta v průběhu terapie. Pacienti s afázií jsou dospělí lidé. Používání slabikáře může proto vyvolat negativní emoce. Nedoporučuje se proto ani používání pohádkových knih či písanek pro základní školy. Různá cvičení a písmena tedy hledáme spíše v novinách, v obrazovém slovníku pro dospělé, ve speciálních pracovních listech apod. Hmatem lze pacienta naučit rozpoznávat různé tvary například pomocí kostky s otvory. (Příloha 7). Můžeme též slova napsat či nakreslit. Popřípadě mu umožníme využít dotek, poslech, chuť nebo vůni. S pacientem počítáme, pojmenováváme prsty, oblečení, části těla, členy rodiny, opakujeme adresu bydliště, chaty a podobně. (21, 24, 25)

Důležité jsou veškeré pomůcky, které pacient nosil před onemocněním. Například brýle, zubní protéza, naslouchadlo. Nebudeme od pacienta vyžadovat ihned

verbální projev. Zpočátku stačí, když bude vnímat náš hlas a péči o něj. Důležitá je též naše mimika. Nemocní mohou z výrazů tváří ošetřujícího personálu i členů rodiny mnohé vyčíst. U těžkých postižení řeči s poruchou porozumění je výraz tváře, mimika a manipulace s pacientem nejdůležitější. (25)

Pacientovi se snažíme vysvětlit, proč nemůže hovořit, a domluvíme se s ním na alternativních prostředcích komunikace. To může znamenat, že pokud bude s něčím souhlasit, tak kývne hlavou, zavře oči nebo nám stiskne ruku. K dispozici mu dáme papír a tužku, aby mohl napsat, pokud může, vše, co bude chtít vyjádřit. Další způsoby komunikace, jak bylo již uvedeno, mohou být karty s písmeny, abeceda, obrázky či gesta. Při nácviu komunikace je vhodné vyhledat pomoc logopeda, psychologa a ergoterapeuta. Samozřejmostí je pozorně pacientovi naslouchat. Jednáme vždy klidně, vstřícně, hovoříme zřetelně a pomalu. Neposkytujeme péči tam, kde je pacient soběstačný, zjistíme zvyklosti klienta a jeho denní režim. (16, 25)

Určitě vhodné je využití bazální stimulace. S její pomocí lze komunikovat s pacientem na bázi stimulace somatické pomocí doteků, vibrační stimulace kožních receptorů, vestibulární, olfaktorické, orální, optické, auditivní stimulace s využitím hlasu, oblíbené hudby a taktile haptické. Všechny tyto metody navzájem kombinujeme. Pokud nám zdravotní stav pacienta nedovolí zjistit informace přímo od něj, obrátíme se na pomoc u jeho rodiny. Používáme oslovení, na které je pacient zvyklý. Využíváme osobní předměty pacienta, zjistíme zvyklosti a jeho denní rituály. Tedy kdy vstává, kolikrát denně jí, zda upřednostňuje vanu, či sprchu. Zajímají nás oblíbená jídla a pití, vůně, zda má raději teplo, nebo spíše chlad. Také se informujeme, co pacient rád nemá. Nepříjemné mu mohou být některé dotyky. (7)

Od roku 2002 funguje v České republice Sdružení Afázie, které funguje formou klubu. Navštěvují ho především klienti s poruchami komunikačních schopností po prodělaných cévních mozkových příhodách. Zde mají možnost provádět nácviu komunikace ve skupinách. Ve sdružení je k dispozici odborná literatura a metodický materiál. Jsou pořádány skupinové terapie, přednášky, sportovní a kulturní akce. (25)

1.2.5 Překážky v komunikaci sester s pacienty po CMP

V rámci komunikace a interakce mezi sestrou a pacientem vznikají nejrůznější komunikační překážky. Ze strany sestry to může být nejčastěji časový deficit, vyhýbání se kontaktu s pacientem, primární předpoklad mentálního deficitu pacienta, vnučování vlastních názorů na řešení problémů a nedostatečný prostor ke komunikaci pacienta. Dále může docházet k nerespektování individuálních zvláštností nemocného, devalvační chování jako je používání zdvořilých, tykání, nevšímavost a nedostatečný respekt pacienta, zdůrazňování jeho nešikovnosti a nutnosti pomoci, jednosměrnost komunikace, komunikace s třetí osobou a používání odborné terminologie. Také je to nedostatečné využívání kompenzačních pomůcek při rozhovoru s pacientem. Sestry nečekají po dotazu na odpověď pacienta. Někdy se může zdát téma rozhovoru sestře nudné a „vypne“ pozornost, může být také rozptylována telefonem, může být unavená nebo myslí na své osobní problémy. Když pacient mluví pomalu, sestra může začít přemýšlet nad jinými věcmi. Může být netrpělivá, zvyšuje hlas nebo nakonec přeruší komunikaci odchodem z pokoje. (11, 20, 26, 31)

1.2.6 Překážky v komunikaci ze strany pacientů po CMP

Určité překážky v komunikaci mezi pacientem a sestrou mohou vyvstat též ze strany pacienta. Zde velmi záleží na celkové osobnosti nemocného, na jeho způsobu života a míře nutných změn, které jsou potřeba dle závažnosti postižení a charakteru jeho obtíží. Také rodinná podpora je v této chvíli pro pacienta velmi důležitá. Člověk po CMP se může dostat do stavu, kdy odmítá jakoukoli pomoc a péči zdravotníků, nebo se naopak příliš spoléhá na pomoc ostatních. Často trpí odtržením od rodiny, může mít pocit osamělosti. Zároveň díky svému postižení ztrácí řadu kompetencí ve svém životě. Bývají narušeny potřeby soběstačnosti, sebeúcty vzhledem k ochrnutí části těla či afázii. Celkově je narušena psychika pacienta. Jeho problémy při komunikaci s okolím pak spočívají v tom, že bývá často narušen verbální projev nemocného, kdy nám nemůže mluvenou formou řeči sdělit své pocity, potřeby, problémy. Může se stát, že pacient nechce komunikovat ať už důvodu strachu, či nedůvěry k sestře, bolesti nebo únavy. Navíc takový pacient mívá velmi často parézu různého stupně postižení, tudíž je pro něj velmi těžké s okolím vůbec komunikovat. (26)

2 CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY

2.1 Cíle práce

Cíl: 1. Zjistit zda sestry dodržují postupy správné komunikace s pacienty po CMP

Cíl: 2. Zmapovat jaké jsou nejčastější problémy komunikace mezi sestrami a pacienty po CMP

2.2 Hypotézy

H1.: Sestry znají zásady správné komunikace s pacienty po CMP

H2.: Sestry používají pomůcky ke zkvalitnění komunikace s pacienty po CMP

H3.: Sestry mají zájem o další zvyšování kvalifikace v oblasti komunikace s pacienty po CMP

3 METODIKA

3.1 Použité metody a technika

Empirická část bakalářské práce byla zpracována kvantitativním výzkumem. V kvantitativním šetření byla použita metoda dotazování pomocí dotazníků, které byly určeny pro sestry pracující na neurologických a interních odděleních Oblastní nemocnice Příbram, a.s., Nemocnice České Budějovice, a.s. a Nemocnice Písek, a.s. Dotazník jsem sestavila sama, byl anonymní, dobrovolný a obsahoval 24 otázek, které byly otevřené, polootevřené a uzavřené. V otevřených otázkách byly zjišťovány znalosti sester v dané problematice. Polootevřené otázky umožnily respondentům uvést svůj vlastní názor a zkušenosti. Uzavřené otázky obsahovaly konkrétní odpovědi, ze kterých měl respondent vždy označit jednu či více možností. Prvních 5 otázek mělo identifikační charakter výzkumného souboru. Ostatní otázky obsahovaly tematiku komunikace sestry s pacienty po cévní mozkové příhodě s afázií, kompenzační pomůcky pro zkvalitnění komunikace a účast a zájem sester o zvyšování kvalifikace v této oblasti. Vzorový dotazník je uveden jako Příloha 8. Výzkumné šetření bylo zpracováno do grafů, které pochází z mého vlastního výzkumu.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor byl tvořen sestrami, které pracují na Neurologických odděleních Nemocnice České Budějovice, a.s. a Nemocnice Písek, a.s. Dále pak na Interních a Neurologických odděleních Oblastní nemocnice Příbram, a.s. Bylo rozdáno 107 dotazníků. Návratnost vyplněných dotazníků byla 93, z toho 3 musely být vyřazeny pro neúplnost. Do výzkumného šetření bylo použito 90 dotazníků, návratnost z původního počtu byla 84 %. Výzkumu se zúčastnilo 88 žen a 2 muži. V Oblastní nemocnici Příbram, a.s., bylo rozdáno celkem 62 dotazníků, použito 54 (60 %), dalších 30 dotazníků bylo rozdáno v Nemocnici Písek, a.s. a použito jich bylo 28 (31 %). V Nemocnici České Budějovice, a.s. bylo rozdáno 15 dotazníků, použito bylo 8 (9 %) z celkového počtu 90 (100 %).

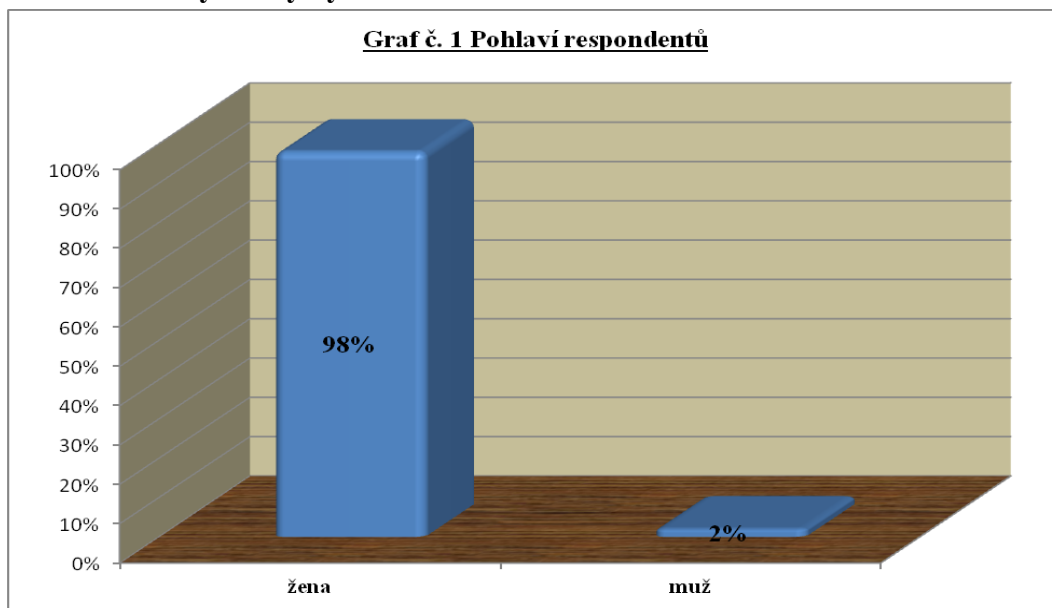
Ze 107 (100 %) oslovených respondentů bylo 33 dotazníků rozdáno sestřám na JIP interního zaměření, 19 dotazníků sestřám na interní oddělení, 14 dotazníků sestřám na neurologické JIP a 41 dotazníků bylo rozdáno sestřám na neurologická oddělení.

Výzkumné šetření probíhalo na podkladě 90 (100 %) řádně vyplněných dotazníků, z čehož 29 (32 %) bylo z JIP interního zaměření, 19 (21 %) z interních oddělení, 30 (33,5 %) z neurologických oddělení a 12 (13,5 %) dotazníků bylo z neurologické JIP.

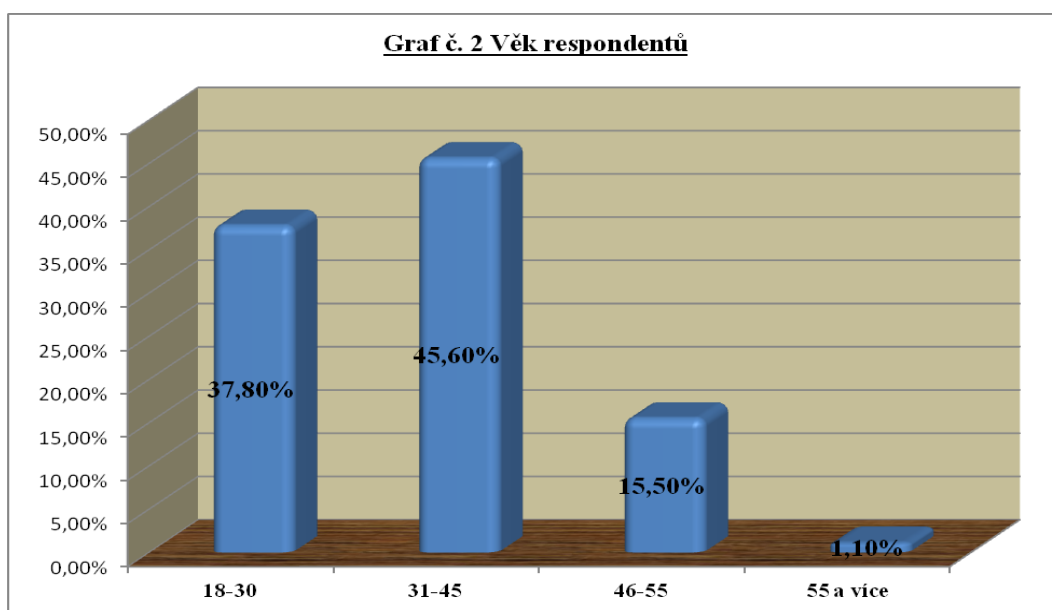
Rozdání dotazníků proběhlo se souhlasem hlavní sestry Oblastní nemocnice Příbram, a.s., hlavní sestry Nemocnice Písek, a.s a se souhlasem vrchní sestry neurologického oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s. Výzkumné šetření bylo provedeno v březnu roku 2012.

4 VÝSLEDKY VÝZKUMU

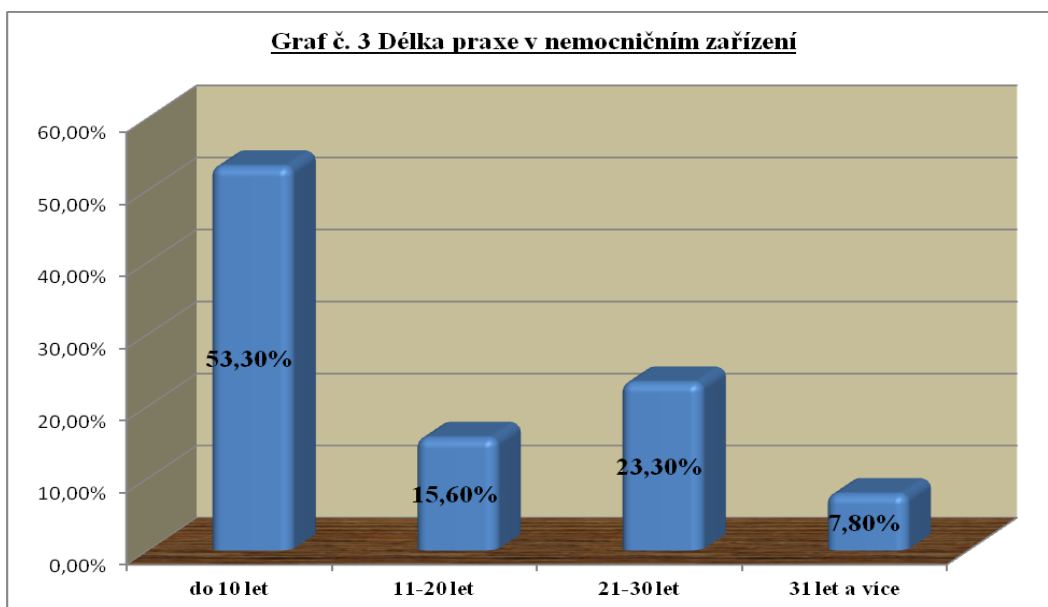
4.1 Grafické výsledky výzkumu



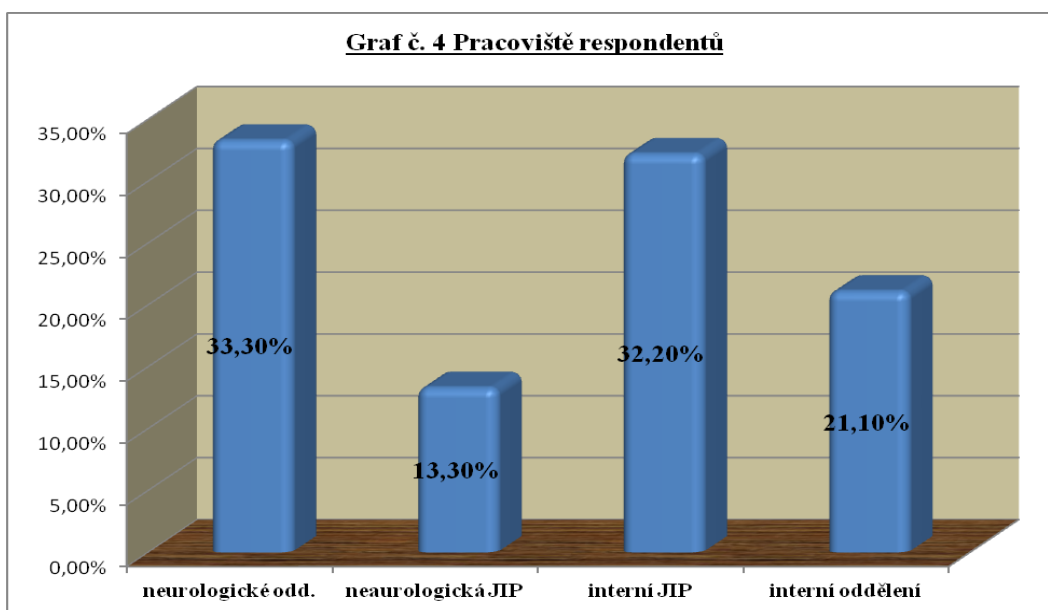
Z grafu vyplývá, že z celkového počtu 90 respondentů byli 2 muži, tedy 2 % a 88 žen (98 %).



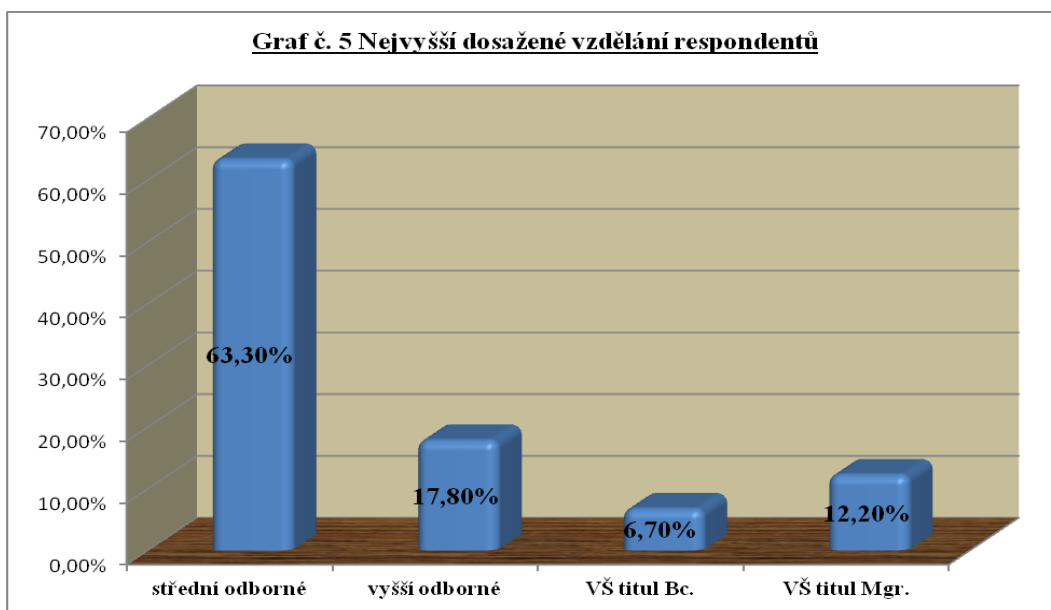
Z výzkumného vzorku 90 respondentů bylo v kategorii 18-30 let 34 respondentů (37,8 %), v kategorii 31-45 let bylo 41 respondentů (45,6 %). V rozmezí 46-55 let bylo 14 respondentů (15,5 %) a v 55 let a více se zúčastnil 1 respondent (1,1 %).



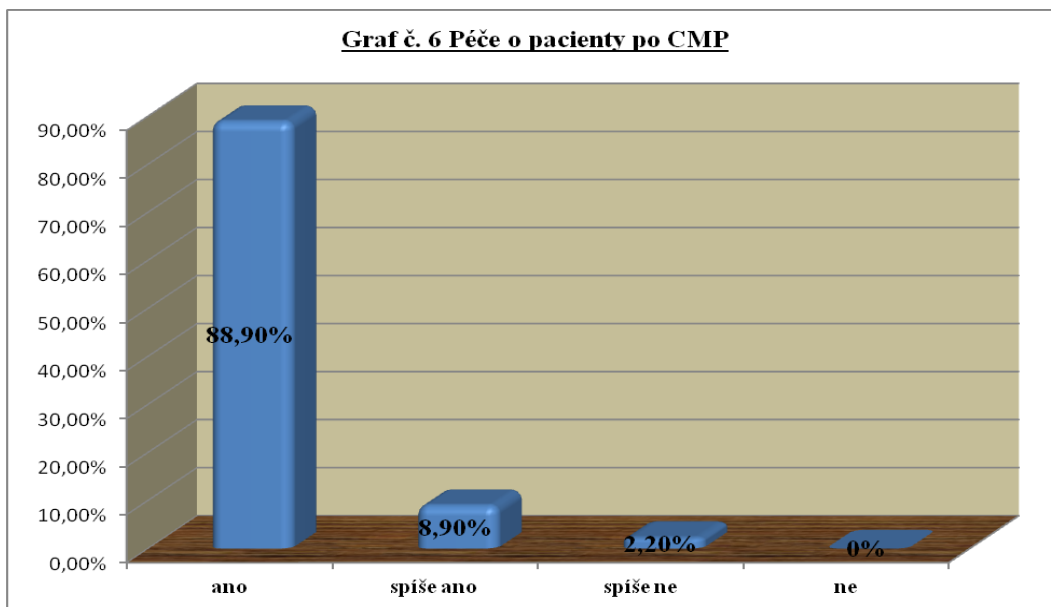
Dle grafu vidíme, že do 10 let pracuje v nemocničním zařízení 48 dotazovaných respondentů (53,3 %), 11-20 let pracuje 14 respondentů (15,6 %), 21-30 let v nemocnici pracuje 21 respondentů (23,3 %) a 31 let a více 7 respondentů (7,8 %).



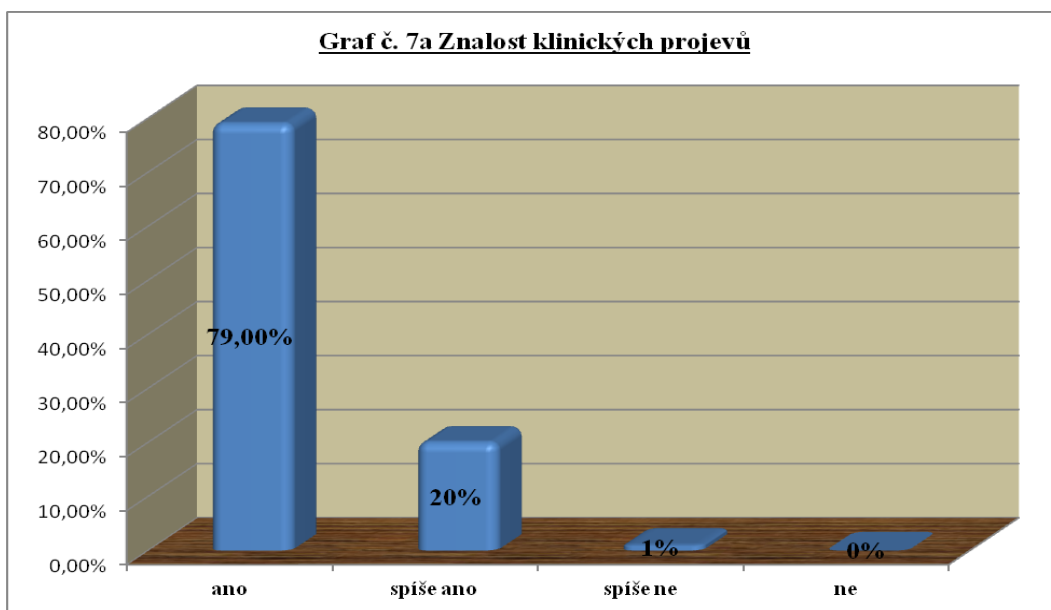
Z grafu vyplývá, že do výzkumu bylo zapojeno 30 respondentů (33,3 %) z neurologických oddělení, 12 (13,3 %) respondentů pracujících na neurologické JIP, dále 29 (32,2 %) respondentů z interní JIP a 19 (21,1 %) respondentů pracujících na interních odděleních.



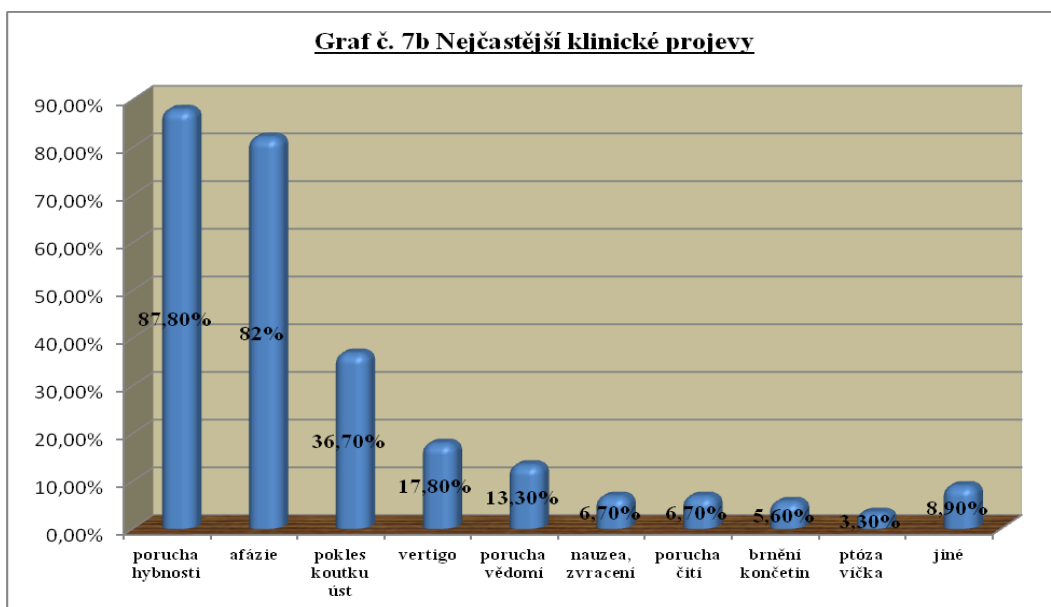
Zde na grafu je vidět, že 57 (63,3 %) respondentů z celkových 90 (100 %) má nejvyšší dosažené vzdělání střední odborné. 16 (17,8 %) dotazovaných respondentů má ukončené vyšší odborné vzdělání. Dalších 6 (6,7 %) respondentů má již vysokou školu zakončenou titulem bakalář a 11 (12,2 %) respondentů má ukončené magisterské studium.



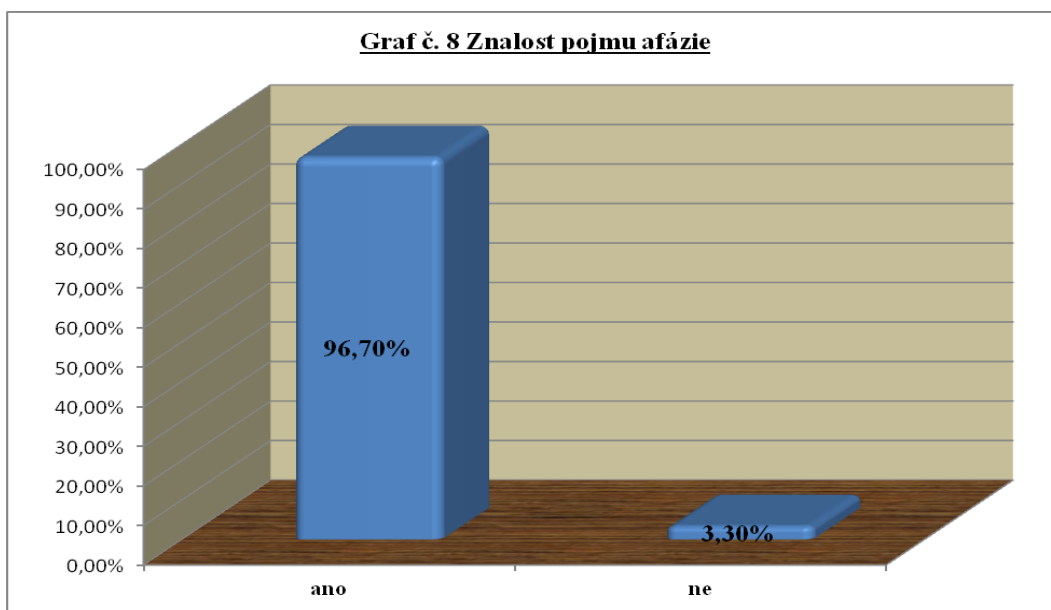
Z celkového počtu 90 účastníků výzkumu na otázku zda se setkávají ve své praxi s pacienty po CMP odpovědělo 80 (88,9 %) ano, 8 (8,9 %) respondentů spíše ano a 2 (2,2 %) spíše ne. Odpověď ne neoznačil nikdo.



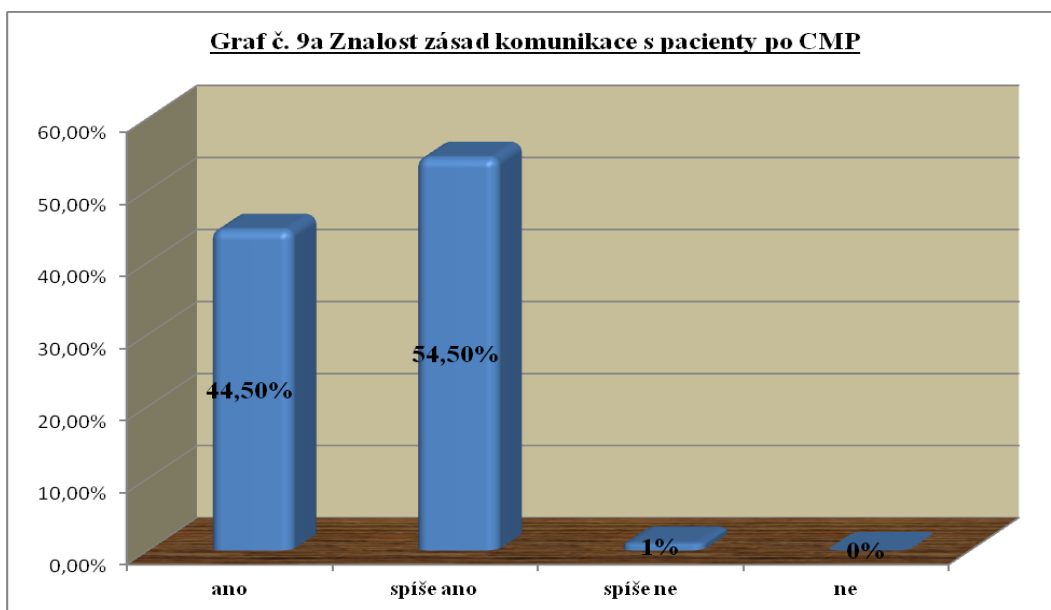
Graf uvádí, že 71 (79 %) sester z 90 (100 %) zná klinické projevy u pacientů po CMP. 18 (20 %) sester se domnívá, že spíše ano a 1 (1 %) sestra napsala, že spíše klinické projevy nezná. Nikdo z dotazovaných nevedl odpověď ne.



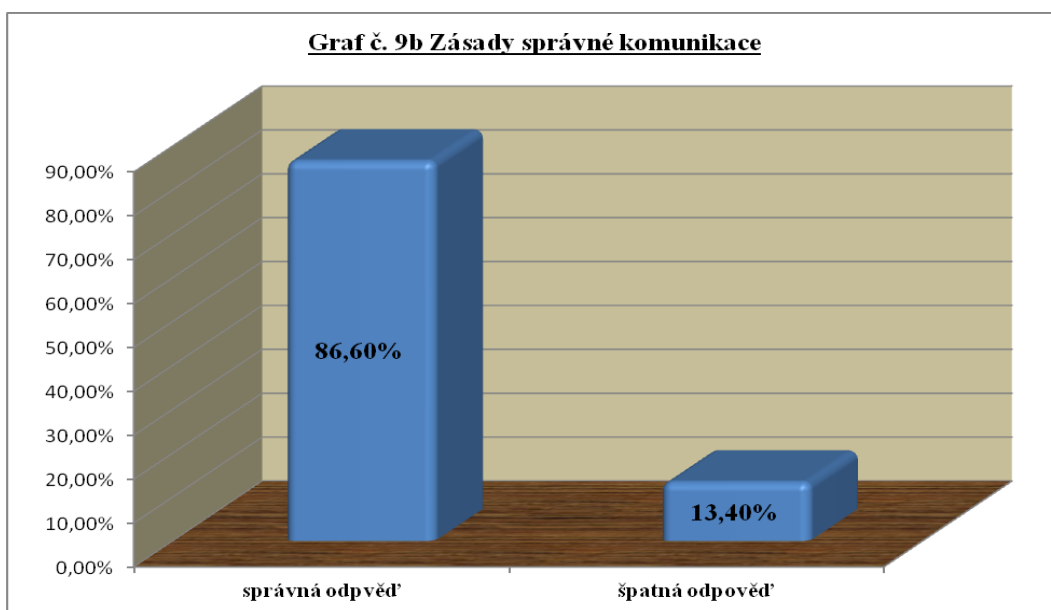
Graf nám znázorňuje nejčastější klinické projevy u pacientů po CMP, které dotazované sestry uvedly. 87,8 % uvedlo poruchu hybnosti končetin (perézy, plegie). Afázii uvedlo 82 % dotazovaných. Dalším klinickým projevem, který napsalo 36,7 % sester byl pokles koutku úst. 17, 8 % respondentů uvedlo též vertigo a 13,3 % sester napsalo poruchu vědomí pacienta. Jako další uvádělo 6,7 % sester nauzeu a zvracení a stejný počet procent sester uvedlo poruchu čítí. Brnění končetin napsalo 5,6 % dotazovaných respondentů a 3,3 % uvedli jako projev ptózu očního víčka. Ještě další klinické projevy uvedlo celkem 8,9 % sester.



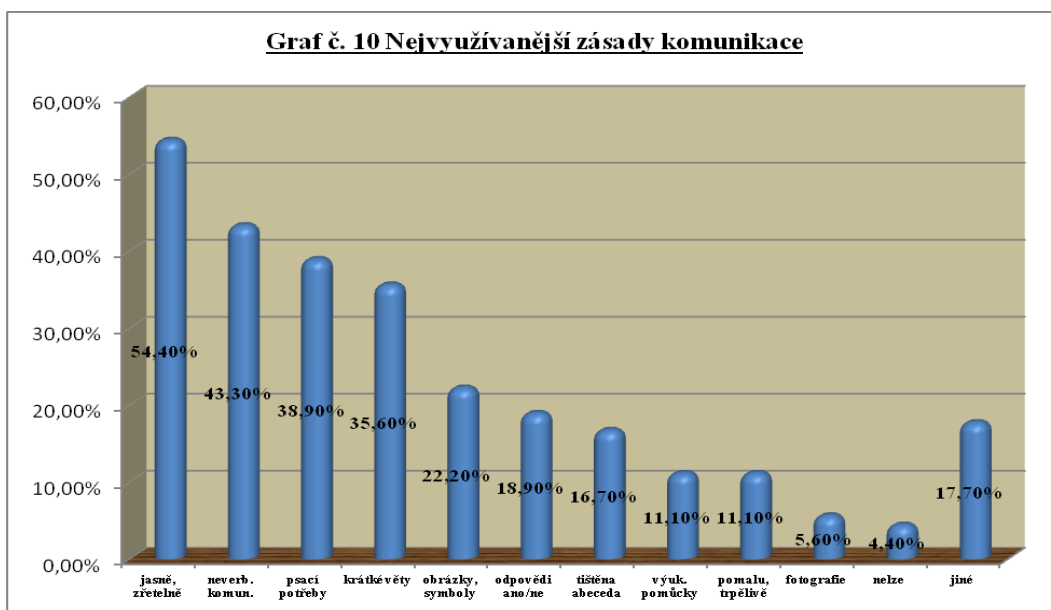
Z celkového počtu 90 respondentů jich 87 (96,7 %) zná pojem afázie. Pouze 3 (3,3 %) respondenti uvedli, že pojem afázie neznají. Dle podotázky, kde měli respondenti pojem afázie vysvětlit, je zřejmé, že skutečně tento pojem znají. Převážně uvedli, že afázie je porucha či ztráta již vyvinuté řeči.



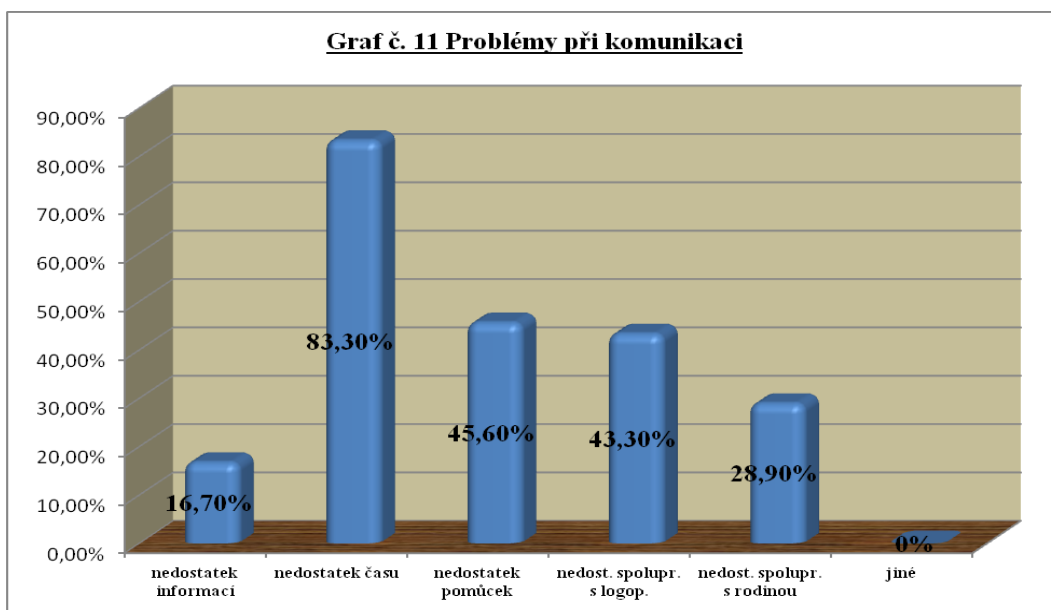
Dle tohoto grafu je zřejmé, že 40 (44,5 %) respondentů uvedlo, že znají zásady komunikace s pacienty po CMP. 49 (54,5 %) napsalo, že spíše ano a 1 (1 %) respondent uvedl že je spíše nezná. Nikdo z dotazovaných nezaškrtnl odpověď ne.



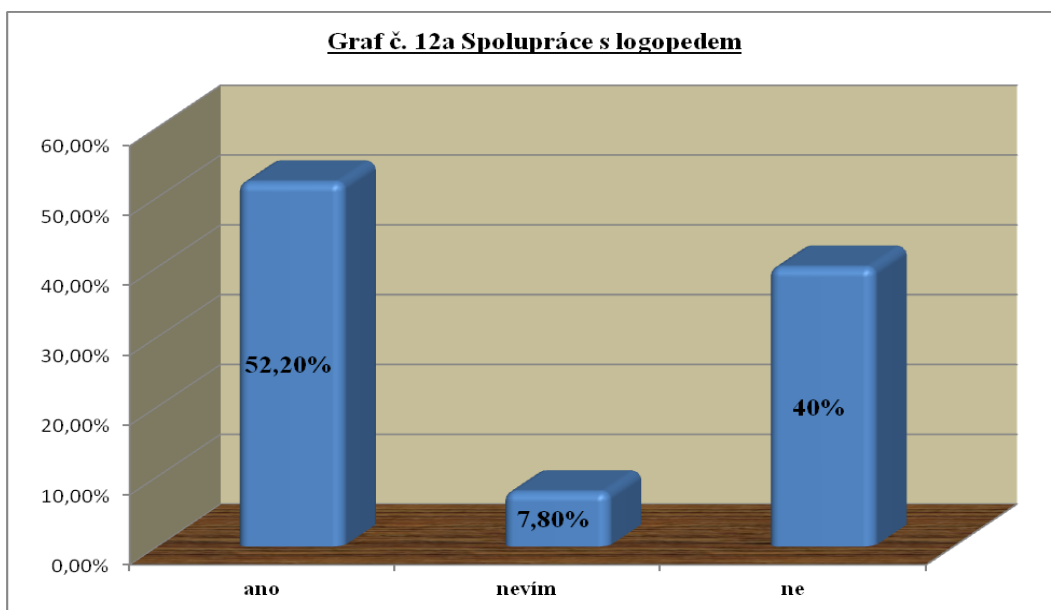
Na tomto grafu, který s vztahuje k otázce číslo 9, názorně vidíme, že z uvedených možností zásad komunikace s pacienty po CMP byly z 86,6 % označeny respondenty správné odpovědi a z 13,4 % byly označeny špatné možnosti uvedené v dotazníku. Každý respondent mohl zaškrtnout více možností.



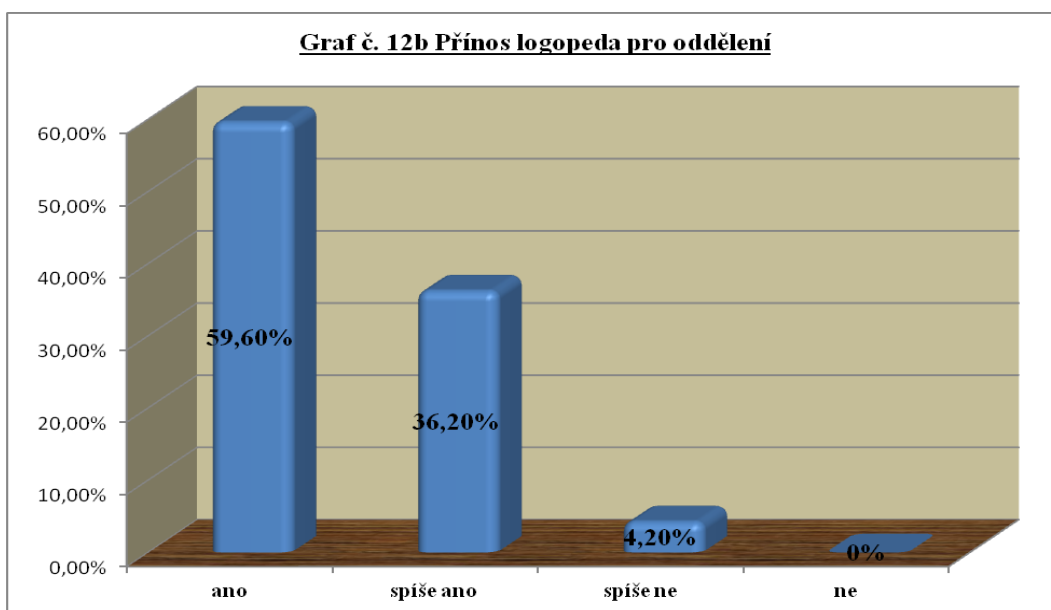
Z grafu vyplývá, že dotazované sestry uvedly jako zásadu komunikace s pacienty po CMP, kterou nejčastěji využívají, hovořit na pacienta jasně a zřetelně. Tuto zásadu uvedlo 54,4 % respondentů. Druhou nejčastější bylo 43,3 % uvedeno užívání neverbální komunikace. 38,9 % sester napsalo jako vhodné používání psacích potřeb při komunikaci s pacientem po CMP. Dále pak 35,6 % sester hovoří na pacienta v krátkých větách. Obrázky a symboly užívá 22,2 % sester. Otázky s možností odpovědi ano/ne využívá 18,9 % dotazovaných sester. 16,7 % sester používá na oddělení tištěnou abecedu. 11,1 % sester uvedlo používání logopedických výukových pomůcek. Stejně procento sester doporučuje hovořit na pacienta pomalu a se zvýšenou trpělivostí. 5,6 % sester doporučuje využívat při komunikaci fotografie. 4,4 % dotazovaných sester odpovědělo, že by rády s pacientem více komunikovaly i s použitím pomůcek, ale kvůli zvyšující se administrativě to ani nelze. 17,7 % sester uvedlo ještě jiné další zásady komunikace.



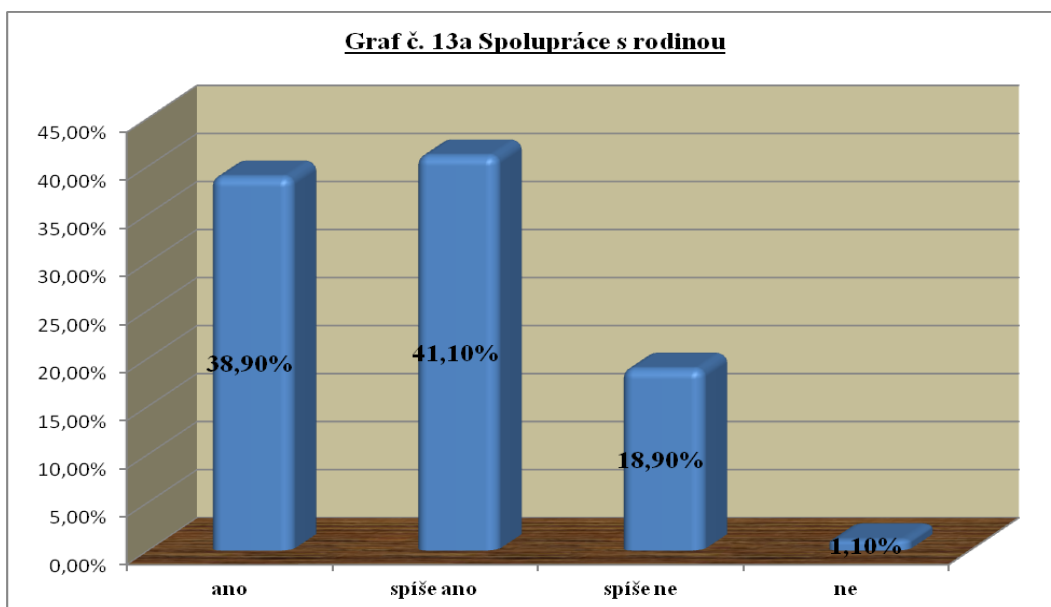
Problém při komunikaci s pacienty po CMP vidí v nedostatku informací 16,7 % dotazovaných sester. 83,3 % sester vidí problém také v nedostatku času. Nedostatek pomůcek uvedlo 45,6 % sester. 43,3 % dotazovaných zaškrtnulo nedostatečnou spolupráci s logopedem a nedostatečnou spolupráci s rodinou označilo 28,9 % sester. Odpovědi jiné nevyužil nikdo. Respondenti měli možnost označit více možností.



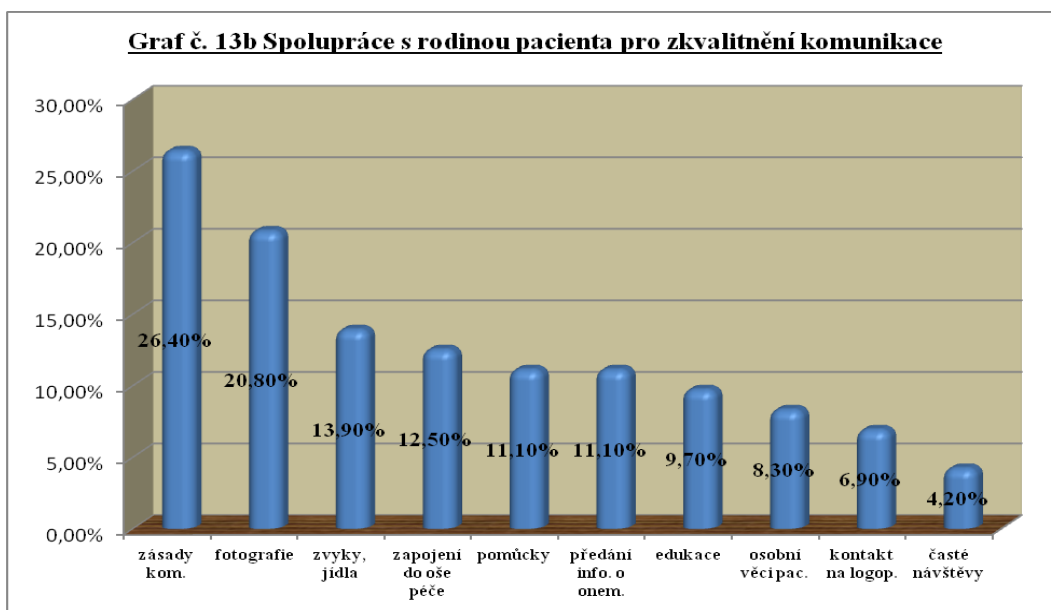
Na otázku zda spolupracuje oddělení dotazovaných sester s logopedem odpovědělo z celkového počtu 90 (100 %) ano 47 (52,2 %) sester, odpověď nevím 7 (7,8 %) sester a odpověď ne označilo 36 (40 %) dotazovaných sester.



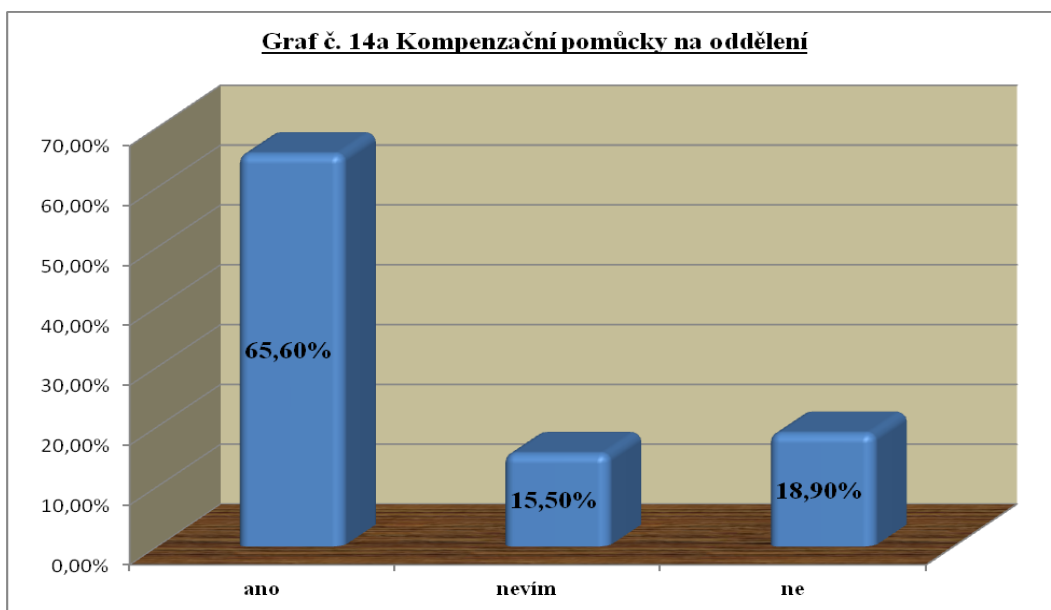
V případě, že oddělení spolupracuje s logopedem měli respondenti odpovědět zda je tato spolupráce přínosná. Z celkového počtu 47 (100 %) sester odpovědělo 28 (59,6 %) ano, 17 (36,2 %) sester odpovědělo spíše ano, 2 (4,2 %) odpověděly spíše ne. Nikdo z dotazovaných nevyužil odpovědi ne.



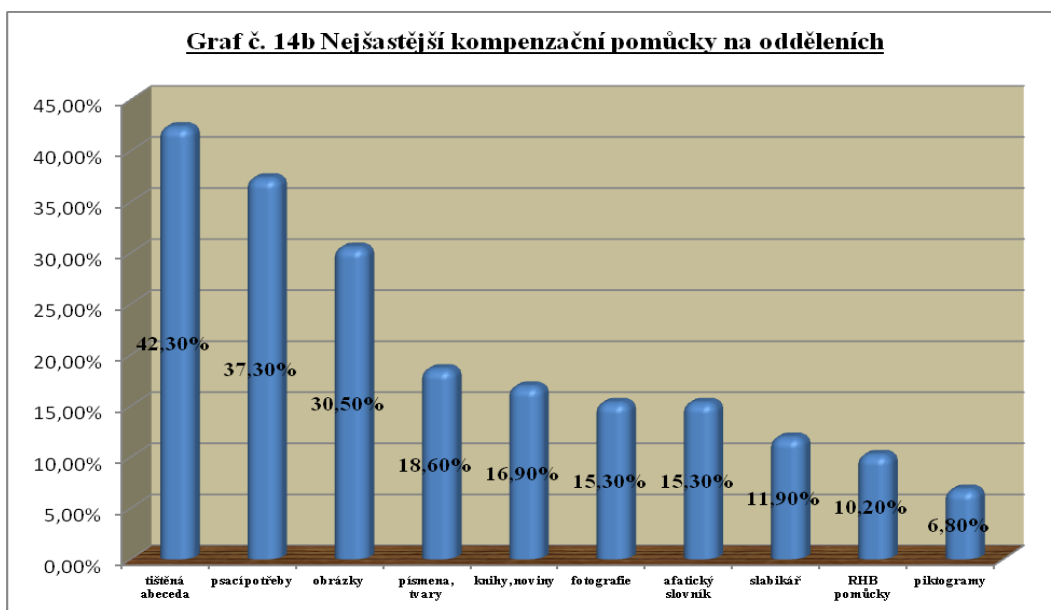
Z grafu vyplývá, že 35 (38,9 %) sester pracujících na odděleních zahrnutých do výzkumu s rodinou pacienta spolupracuje. 37 (41,1 %) sester uvedlo že spíše ano a 17 (18,9 %) sester spíše s rodinou nespolupracuje. 1 (1,1 %) sestra označila odpověď ne.



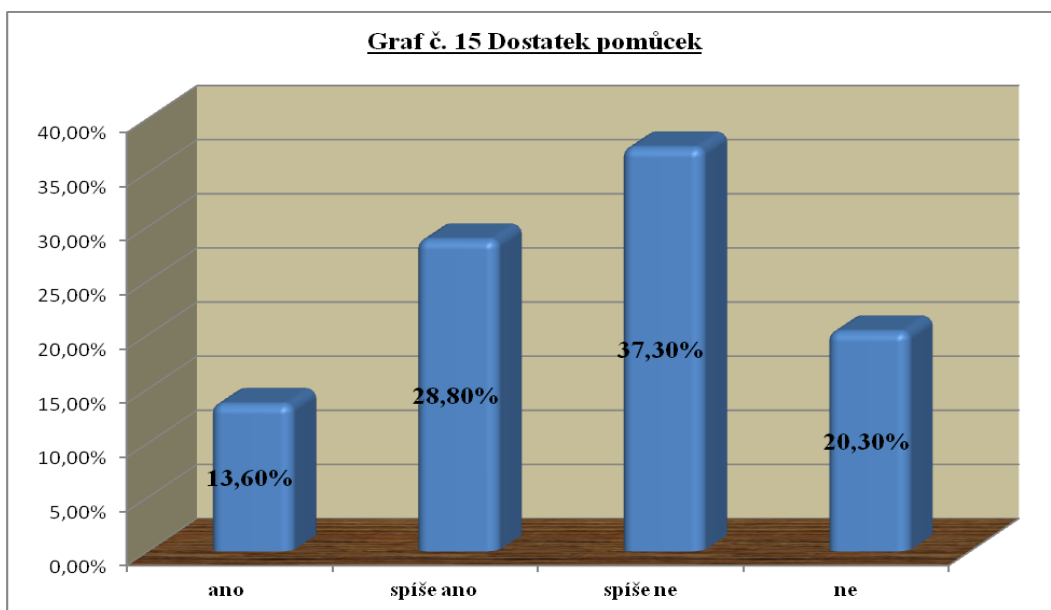
Graf se vztahuje k otázce číslo 13. Respondenti uvádějí jakým způsobem zapojují rodinu pacienta do ošetrovatelské péče z důvodu zkvalitnění komunikace s ním. 26,4 % sester uvedlo, že vysvětlí rodině správné zásady komunikace. 20,8 % sester doporučí rodině nemocného donést nějaké rodinné fotografie. 13,9 % sester zjistí od rodiny pacienta jeho zvyky a oblíbená jídla, pití. 12,5 % sester by zapojilo rodinu pacienta do ošetrovatelské péče o něj. 11,1 % sester požádá rodinu o přinesení různých pomůcek a stejné procento dotazovaných sester předá důležité informace o onemocnění pacienta a vysvětlí důsledky onemocnění. 9,7 % sester bude rodinu průběžně a obecně edukovat. 8,3 % sester uvedlo, že žádají rodinu pacienta o přinesení jeho osobních věcí do nemocnice během hospitalizace. 6,9 % předává rodině v případě potřeby kontakt na logopeda a 4,2 % sester doporučuje časté návštěvy rodiny.



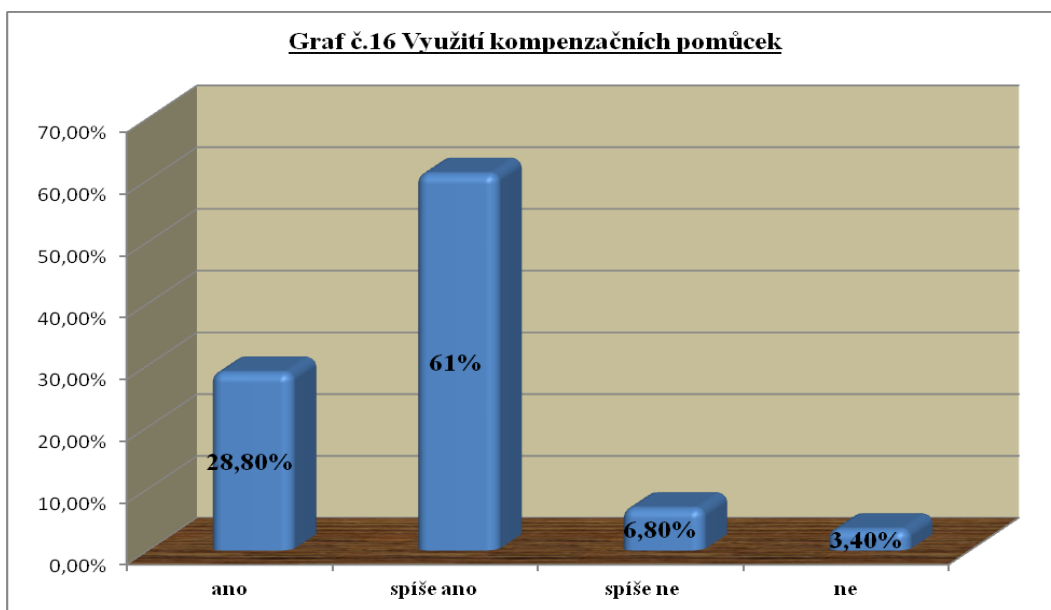
Graf uvádí zda mají dotazované sestry na svých oddělení kompenzační pomůcky pro zlepšení komunikace s pacienty po CMP. 59 (65,6 %) sester označilo odpověď ano. 14 (15,5 %) sester uvádí že neví a 17 (18,9 %) sester napsalo, že žádné kompenzační pomůcky na svém oddělení nemají.



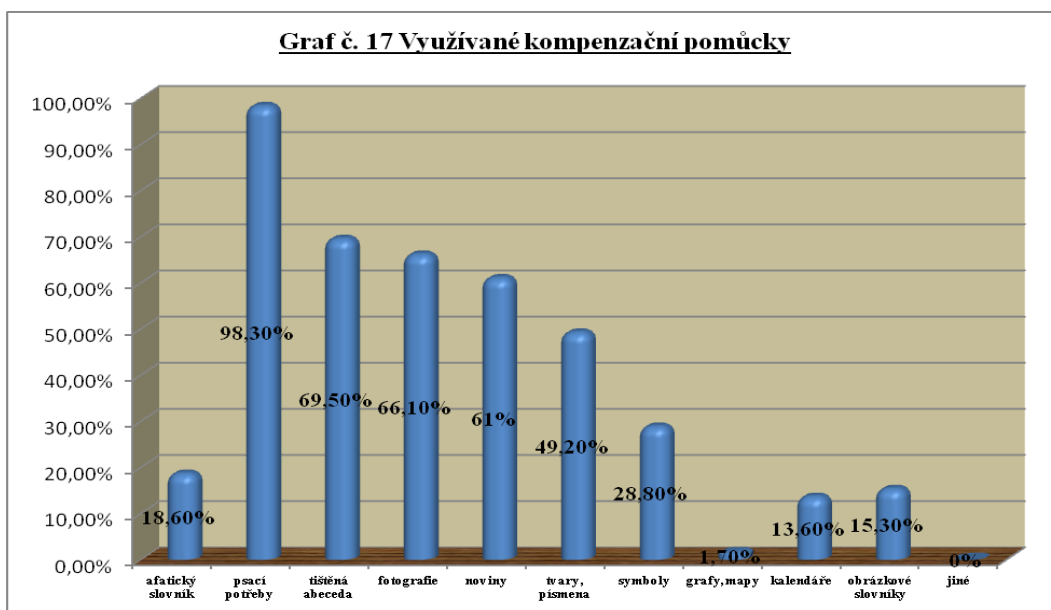
Graf se vztahuje k otázce 14. Sestry, které uvedly, že mají na svých odděleních kompenzační pomůcky pro zlepšení komunikace s pacienty po CMP, tedy celkem 59 sester (100 %), uvedly konkrétní pomůcky, které mají. Mohly označit více možností. 42,3 % sester má na svém oddělení tištěnou abecedu. 37,3 % uvedly psací potřeby, 30,5 % má různé obrázky, 18,6 % uvedly různá písmena, tvary. 16,9 % využívá knihy, noviny, 15,3 % sester používá rodinou přinesené fotografie a stejné procento sester pro zlepšení komunikace využívá afatického slovníku. Slabikář uvedlo 11,9 % sester, 10,2 % uvedlo též RHB pomůcky a 6,8 % má na oddělení piktogramy.



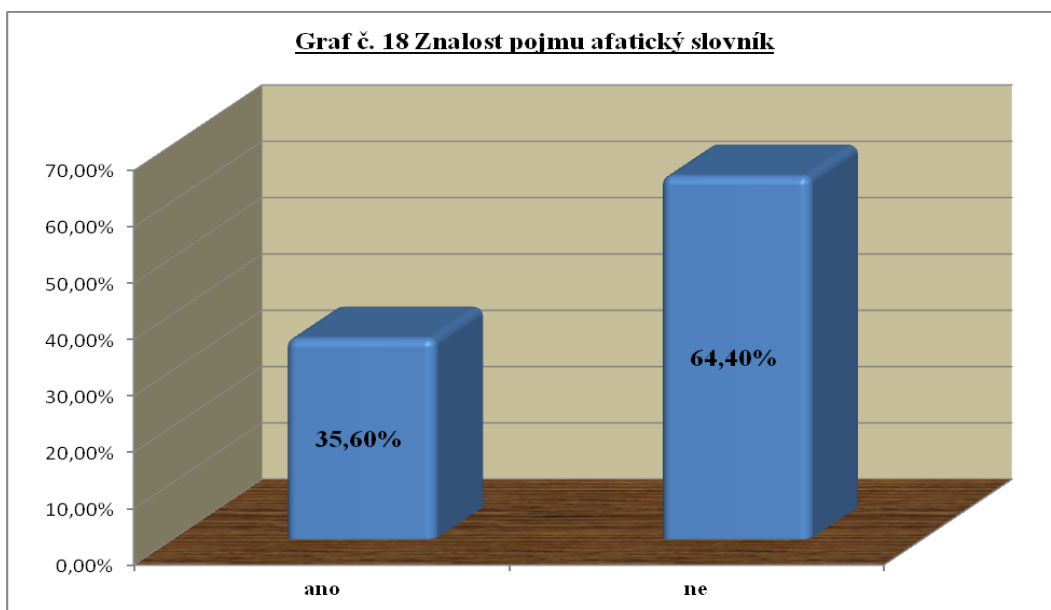
Na tomto grafu vidíme, že z celkového počtu 59 (100 %) se 8 (13,6 %) respondentů domnívá, že na svém oddělení má dostatek kompenzačních pomůcek pro zlepšení komunikace s pacienty po CMP. Dalších 17 (28,8 %) respondentů uvedlo odpověď spíše ano. 22 (37,3 %) sester označilo odpověď spíše ne a 12 (20,3 %) sester napsalo, že kompenzační pomůcky na oddělení nemají.



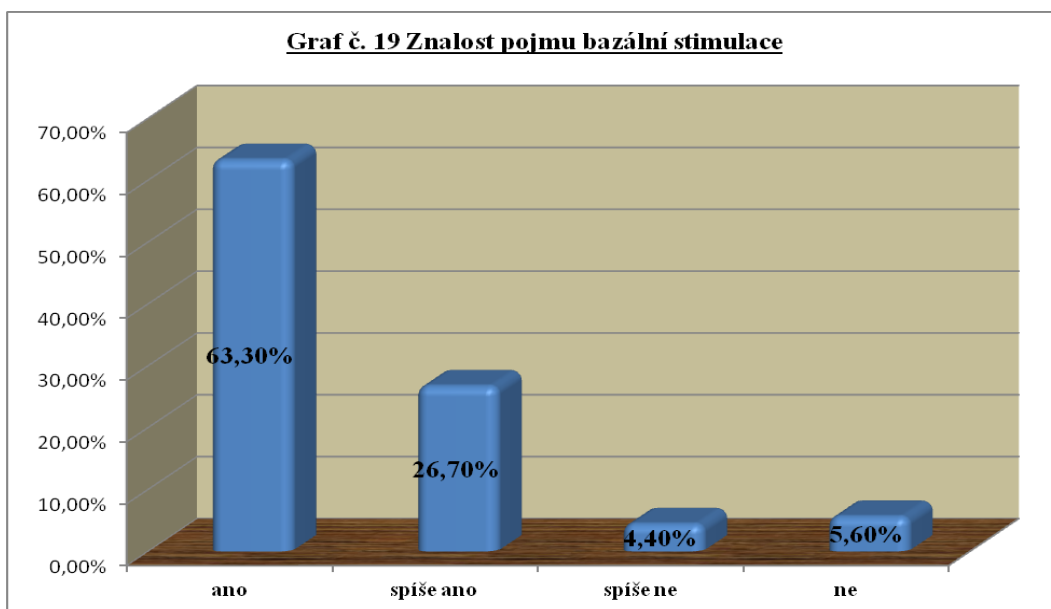
Z celkového počtu 59 (100 %) sester uvedlo 17 (28,8 %) z nich, že při komunikaci s pacienty po CMP využívají kompenzační pomůcky. 36 (61 %) sester označilo možnost spíše ano, 4 (6,8 %) uvedly, že spíše pomůcky nevyužívají a 2 (3,4 %) sestry zaškrtnly odpověď ne.



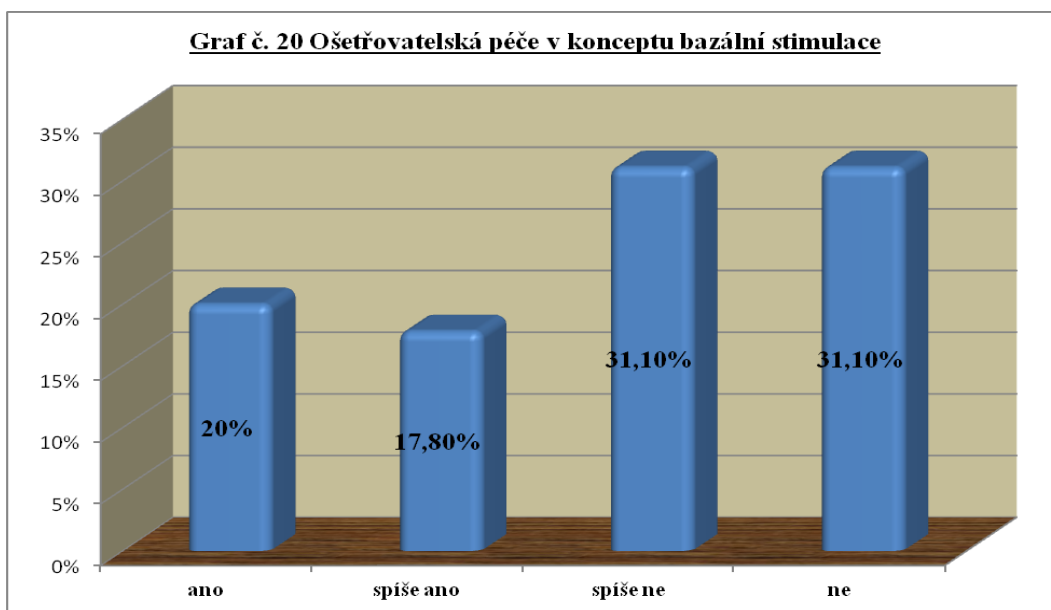
Z uvedených možností označilo 18,6 % oslovených sester využívání afatického slovníku pro zlepšení komunikace s pacienty s afázií, 98,3 % označilo používání psacích potřeb. Dalších 69,5 % využívá tištěnou abecedu a 66,1 % sester označilo používání rodinných fotografií při komunikaci s pacientem. 61 % sester využívá noviny a 49,2 % si pomáhá pro zlepšení komunikace různými tvary a písmenami. Symboly používá 28,8 % oslovených sester, 1,7 % používá také grafy, nebo mapy. Zlepšení komunikace pomocí kalendářů využívá 13,6 % dotazovaných sester a 15,3 % označilo také obrázkové slovníky. Možnost jiné nikdo nevyužil.



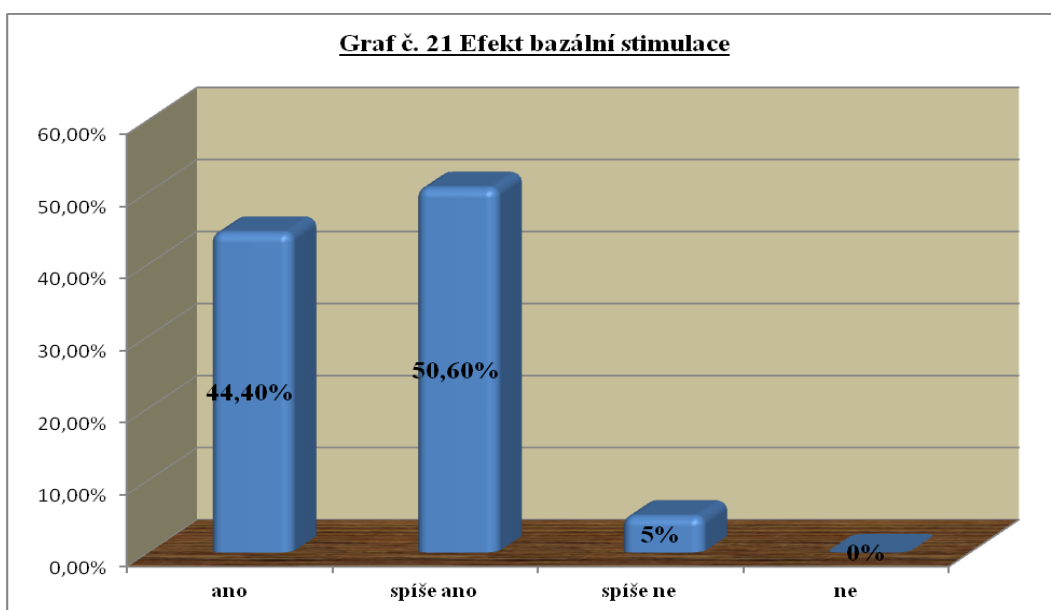
Z grafu vyplývá, že z celkového počtu 90 (100 %) sester, 32 (35,6 %) ví, co je to afatický slovník a 58 (64,4 %) sester uvedlo, že tento pojem nezná. Z doplňující otázky, ve které sestry měly tento pojem vysvětlit, vyplývá, že opravdu afatický slovník zná 58 oslovených sester. Většinou uvedly, že se jedná o slovník, kde jsou obrázky jednotlivých slov i s jejich popisem.



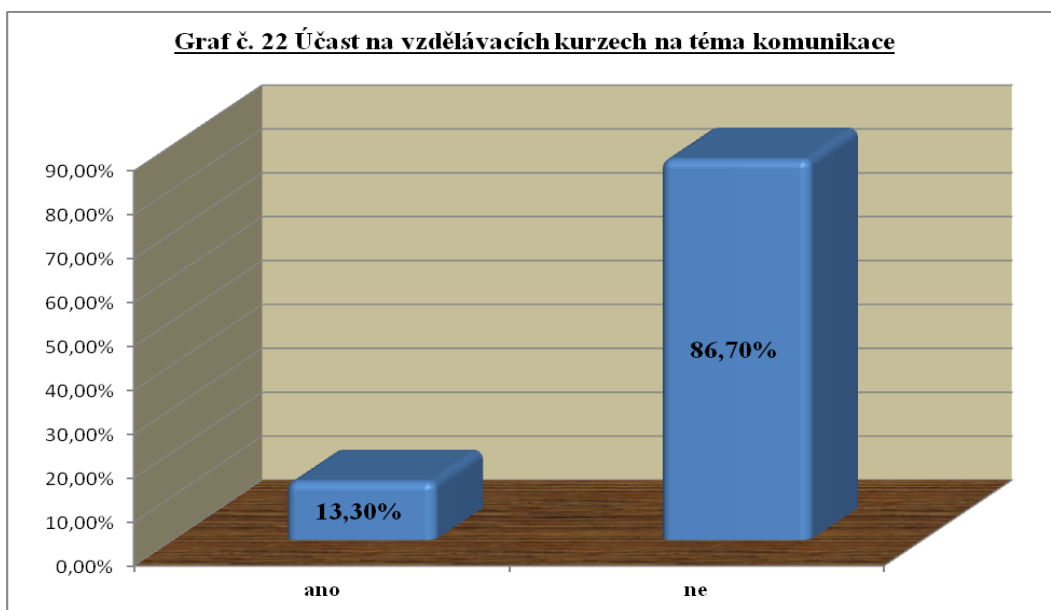
Na otázku zda znají respondenti pojem bazální stimulace, odpovědělo 57 (63,3 %) sester ano, 24 (26,7 %) sester odpovědělo spíše ano, 4 (4,4 %) označily možnost spíše ne a 5 (5,6 %) sester napsalo, že bazální stimulaci neznají.



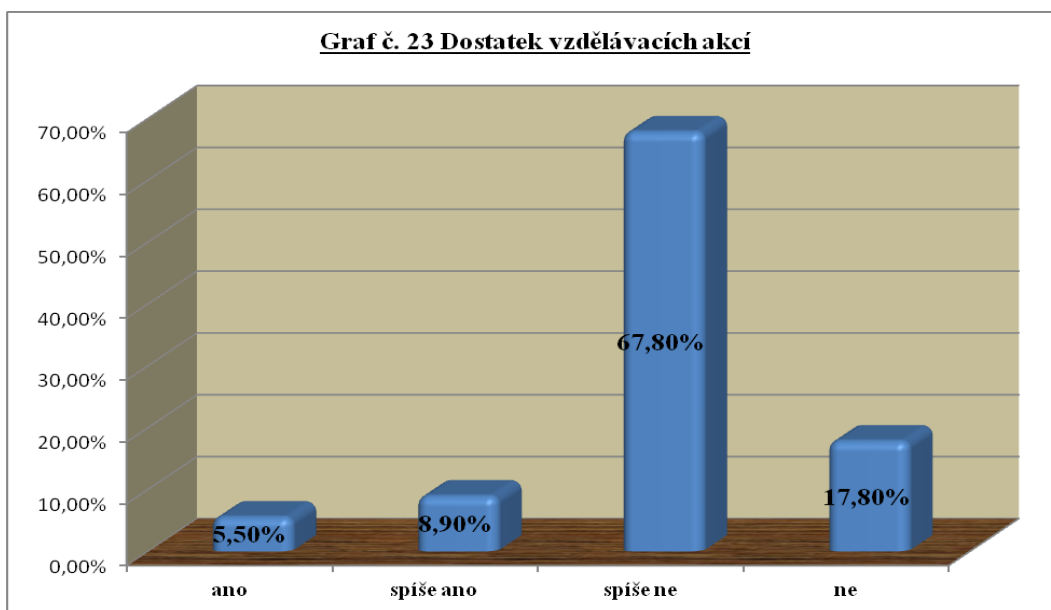
Na grafu vidíme, že 18 (20 %) respondentů pracuje na oddělení v konceptu bazální stimulace, 16 (17,8 %) sester spíše ano, 28 (31,1 %) dotazovaných sester spíše ne a dalších 28 (31,1 %) sester s bazální stimulací nepracuje vůbec.



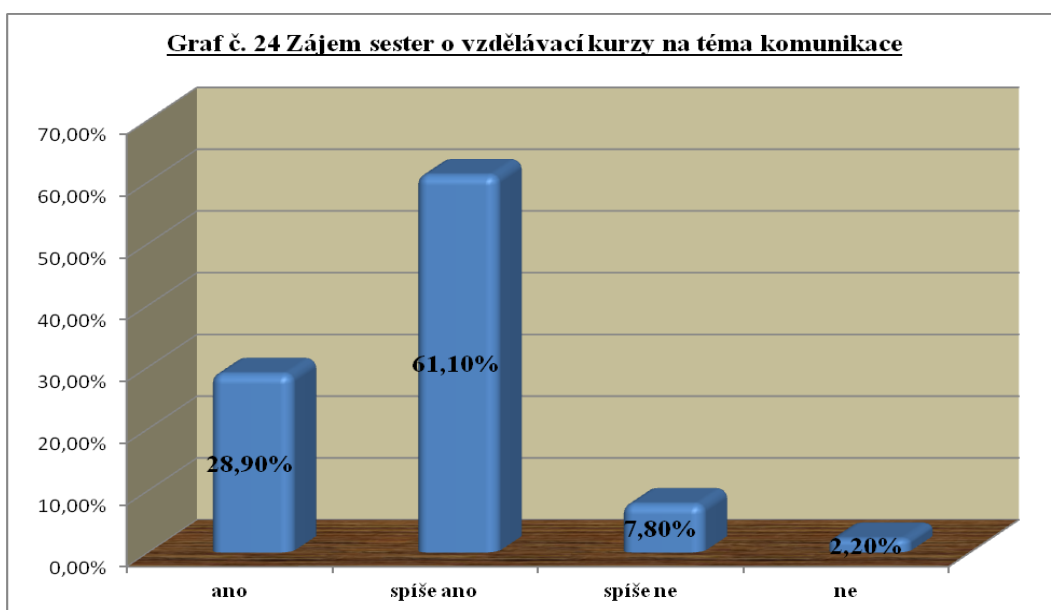
Na tomto grafu vidíme, že 36 (44,4 %) respondentů z celkového počtu 81 (100 %), kteří znají pojem bazální stimulace se domnívá, že bazální stimulace má efekt při komunikaci s pacienty po CMP, 41 (50,6 %) sester se domnívá, že spíše ano a 4 (5 %) sester si myslí, že spíše ne. Odpověď ne neoznačil nikdo.



Z celkového počtu 90 sester se 12 (13,3 %) z nich účastnilo nějakého vzdělávacího kurzu zaměřeného na téma Komunikace s pacienty s afázií po CMP. Dalších 78 (86,7 %) sester se nikdy takového kurzu doposud nezúčastnilo. V doplňující otázce vyšlo najevo, že sestry, které se někdy nějakého kurzu zúčastnily, ho navštívily jednou až dvakrát.



Graf ukazuje, že 5 (5,5 %) sester se domnívá, že vzdělávacích akcí v jejich okolí na téma Komunikace s pacienty s afázií po CMP je dostatek. Dalších 8 (8,9 %) sester se domnívá, že spíše ano. Možnost spíše ne označilo 61 (67,8 %) sester a 16 (17,8 %) jich odpovědělo že ne.



Z celkového počtu 90 (100 %) respondentů by mělo zájem navštívit kurz na téma Komunikace s pacienty po CMP 26 (28,9 %) oslovených sester. Dalších 55 (61,1 %) uvedlo, že spíše ano. 7 (7,8 %) sester napsalo, že spíše zájem nemají a 2 (2,2 %) sestry označily možnost ne.

5 DISKUZE

Bakalářská práce na téma „Problémy komunikace sester u pacientů po CMP“ se zabývá těmito cíli: 1. Zjistit, zda sestry dodržují postupy správné komunikace s pacienty po CMP. 2. Zmapovat, jaké jsou nejčastější problémy komunikace mezi sestrami a pacienty po CMP. Na podkladě těchto cílů byly stanoveny následující hypotézy: H1.: Sestry znají zásady správné komunikace s pacienty po CMP. H2.: Sestry používají pomůcky ke zkvalitnění komunikace s pacienty po CMP. H3.: Sestry mají zájem o další zvyšování kvalifikace v oblasti komunikace s pacienty po CMP.

Výzkumné šetření jsme prováděli v Oblastní nemocnici Příbram, a.s., Nemocnici Písek, a.s., Nemocnici České Budějovice, a.s., na neurologických a interních odděleních. Získali jsme informace o komunikačních schopnostech středního zdravotnického personálu s pacienty po CMP, o možných problémech, dostatku kompenzačních pomůcek na odděleních, spolupráci s rodinou, logopedem, využití bazální stimulace při komunikaci s těmito pacienty a o zvyšování kvalifikace sester na toto zadané téma.

První část praktické části bakalářské práce mapuje identifikační údaje respondentů, jako je pohlaví, věk, délka praxe v nemocničním zařízení, nejvyšší dosažené vzdělání a oddělení, kde respondenti pracují. Na grafu 1 vidíme, že výzkumu se zúčastnilo 98 % žen a jen 2 % mužů. Největší počet účastníků byl ve věkové kategorii 31-45 let, nejčastěji do 10 let praxe. Většina respondentů měla střední odborné vzdělání. Otázku, zda mají respondenti povědomí o onemocnění CMP a afázii, kladou grafy 6, 7, 8. Z těchto grafů vyplývá, že 88,9 % respondentů z celkového počtu 90 (100 %) se běžně setkává při své praxi s pacienty po CMP, naprostá většina zná klinické příznaky při tomto onemocnění.

Další část se vztahuje k cíli a hypotéze číslo 1, zda sestry znají zásady správné komunikace s pacienty po CMP, zda je dodržují a které se jim nejvíce osvědčily. Z grafu 9a vyplývá, že 44,4 % respondentů zná zásady správné komunikace a 54,4 % spíše ano. V otázce 9 měli respondenti vybrat všechny správné zásady komunikace, které byly uvedeny. V grafu 9b označili z 86,6 % správné možnosti

a z 13,4 % označili špatné zásady. Například 36,7 % sester napsalo, že je vhodné využívání dětských výukových materiálů oproti Šišmové (25), která to příliš nedoporučuje z toho důvodu, že pacienti s afázií jsou většinou dospělí lidé a používání slabikáře by mohlo u nich vyvolat negativní emoce. Nabízí jiné alternativy cvičení například v novinách či v obrazovém slovníku. Šemberová (24) popisuje používání psanek či pohádkových knih přímo jako degradaci. Dohnálek (5) doporučuje využívání afatického slovníku, ve kterém jsou obrázky pro dospělé. Bohužel dle našeho výzkumu vidíme, že pouze 15,3 % sester uvedlo, že mají na svém oddělení afatický slovník a 18,6 % sester z 59 (100 %) ho při své práci využívá. Dokonce 64,4 % respondentů z celkového počtu 90 (100 %) uvedlo, že tento pojem vůbec nezná. Domníváme se, že rozšíření používání afatického slovníku na odděleních pracujících s pacienty po CMP s afázií by bylo velkým přínosem pro zkvalitnění komunikace s těmito pacienty. Chybou možnost používání zdrobnělin při rozhovoru s pacientem neoznačil nikdo, což nedoporučují ani Chrástkova a Mlčochová (11). Na grafu 10 je patrné, že sestry nejčastěji užívají zásadu mluvit na pacienta jasně a zřetelně. Tuto odpověď uvedlo 54,4 %. Neverbální komunikaci využívá 43,3 % sester. Klademe si otázku, co konkrétního si sestry pod pojmem neverbální komunikace představují. Z naší praxe se můžeme domnívat, že mají na mysli například dotek, výraz obličeje, postoj či pomocnou gestikulaci při rozhovoru. Na používání neverbální komunikace kladou důraz také Pokorná (20), Venglářová (26) i Zacharová (30), které však zároveň varují před její nesprávnou interpretací, při které by mohlo dojít k nedorozumění. Dále sestry doporučují využívat pro zlepšení komunikace s pacientem psací potřeby, hovořit v krátkých větách, pomáhat si obrázky a symboly a klást otázky s možností odpovědi ano/ne. Tyto zásady jsou vhodné i dle další námi použité literatury. Mimo jiné však 4,4 % sester uvedlo, že komunikace s pacienty by mohla být lepší, ale kvůli zvyšující se administrativě se k pacientovi skoro nedostanou. Z těchto všech získaných poznatků můžeme usoudit, že hypotéza číslo 1 byla potvrzena. Sestry opravdu znají zásady správné komunikace s pacienty po CMP.

Část vztahující se k cíli číslo 2 se zabývá otázkou, v čem respondenti vidí problémy v komunikaci s pacienty po CMP (graf 11). 83,3 % dotazovaných označilo

možnost nedostatek času. Každý zde mohl opět označit více možností a tak 45,6 % označilo nedostatek pomůcek na oddělení a 16,7 % sester vidí problém v nedostatku informací. 43,3 % sester uvedlo nedostatečnou spolupráci s logopedem. Jelikož se jedná tedy téměř o polovinu respondentů, vnímáme to jako opodstatněný problém. Přestože 52,2 % sester uvedlo, že jejich oddělení s logopedem spolupracuje, 40 % sester uvedlo, že nikoli. Jelikož 59,6 % sester ze 47 (100 %) dále napsalo, že spolupráce s logopedem je pro pacienty přínosná, a dalších 36,2 % spíše ano, domníváme se, že by bylo vhodné, aby se spolupráce s ním zavedla na všechna oddělení, kde jsou hospitalizováni pacienti po CMP. Důraz na spolupráci s logopedy klade Šemberová (24), která ho doporučuje kontaktovat co nejdříve, jakmile to dovoluje pacientův zdravotní stav. Logoped má k dispozici vhodné výcvikové materiály pro trénink komunikace. Cílem logopeda je dle Kejkličkové (14) vylepšit dorozumivací schopnosti pacienta, aby nedocházelo při komunikaci k nedorozumění. Jako důležitou vidí spolupráci s příbuznými pacienta. Nedostatečnou spolupráci s rodinou pacienta však vnímá jako problém 28,9 % sester. Také Zacharová (30) uvádí, že rodina je většinou aktivním činitelem pro uzdravení pacienta. Příbuzní by měli podle ní být spojencem zdravotníků. Sestry, které s rodinou pacienta spolupracují nejčastěji, uvedly, že rodině vysvětlí zásady správné komunikace s lidmi po CMP, požádají o přinesení rodinných fotografií, zjistí, jaká jsou pacientova oblíbená jídla, jaké má zvyklosti, pokud není pacient schopen to sdělit sám. Navíc se sestry snaží zapojit rodinu do ošetrovatelské péče o pacienta.

Můžeme usoudit, že hypotéza číslo 2 byla potvrzena na základě výsledků výzkumu především vyplývající z grafů 14 až 18. Jde o využívání kompenzačních pomůcek při komunikaci s pacienty po CMP. Z grafu 14a vyplývá, že 65,6 % oslovených sester má na svém oddělení nějaké kompenzační pomůcky. Na grafu 14b vidíme, že nejčastěji je to tištěná abeceda (42,3 %) a psací potřeby (37,3 %), dále pak obrázky (30,5 %), různé tvary a písmena (18,6 %), noviny a knihy (16,9 %) a rodinné fotografie (15,3 %). Využívání psacích potřeb a fotografií z domácího prostředí doporučuje také Šemberová (24).

V grafech 19, 20, 21 řešíme otázku bazální stimulace, zda má vliv při komunikaci s pacienty po CMP. Většina dotazovaných sester tento pojem zná,

ale pouze 1/3 sester v tomto konceptu pracuje. Z jakého důvodu tomu tak je? Naprostá většina se domnívá, že bazální stimulace má efekt při komunikaci s pacientem po CMP. Také Friedlová (7) uvádí, že bazální stimulace u pacientů po CMP je velmi vhodná, a mimo jiné například doporučuje neurofyziologickou stimulaci pro opětovné vnímání postižené končetiny pacienta. Získání vědomostí i v tomto směru by mělo jistě velký přínos pro usnadnění a zkvalitnění komunikace s pacienty po CMP. V dnešní době stále více přibývá kurzů zaměřených na tento koncept. Základní kurz je rozdělen do tří dnů, kde se sestry naučí pracovat se somatickou, vestibulární a vibrační stimulací. Z vlastních zkušeností můžeme říci, že tento kurz má velmi pozitivní vliv na celkový přístup sester k těmto pacientům. Jen tento základní kurz je pořádán jednou, dvakrát do měsíce, většinou v Praze. Jeho jedinou nevýhodou je nepříliš dostupná cena.

Hypotézu číslo 3, zda respondenti mají zájem o zvyšování kvalifikace v oblasti komunikace s pacienty po CMP, řeší grafy vytvořené z poslední části dotazníku. Z grafu 22 je patrné, že 86,7 % respondentů nikdy žádný kurz na toto téma doposud nenavštívilo. 67,8 % z nich má pocit, že v jejich okolí není takových seminářů dostatek. Jak vidíme na grafu číslo 24, 28,9 % sester by mělo zájem takový kurz navštívit, a dokonce 61,1 % jich označilo odpověď spíše ano. Jelikož vidíme, že naprostá většina respondentů tedy má zájem o zvyšování kvalifikace v oblasti komunikace, můžeme označit hypotézu číslo 3 také za potvrzenou. Zde však vyvstává otázka, proč tyto kurzy dotazované sestry nenavštěvují. Je jich skutečně nedostatek? Jsou finančně nedostupné? Nebo je sestry ve skutečnosti nevyhledávají? Zjistili jsme, že v současné době opravdu kurzy zaměřené přímo na komunikaci s pacienty po CMP nejsou. Přesto jsme pár kurzů s tématem komunikace objevili například na internetových stránkách www.sestra.in. Cenově se pohybují okolo 400 Kč. Domníváme se, že vyšší účast na vzdělávacích kurzech ze strany sester, které by si takto doplnily své teoretické znalosti, by pro zkvalitnění komunikace s pacienty po CMP byla velmi prospěšná. Zrovna tak by ale bylo vhodné pořádat více kurzů na téma komunikace s pacienty po CMP, jelikož pokud chceme přistupovat k pacientům jako k osobám bio-psycho-sociálně-duchovním, je kvalitní komunikace základem navázání dobrého vztahu mezi sestrou a pacientem.

6 ZÁVĚR

Komunikace je velice důležitá v ošetrovatelském procesu. Sestra neustále komunikuje s pacienty a schopnost správné komunikace vypovídá o profesionalitě sestry. Sestry pečující o pacienty po CMP to mají o to těžší, že tito klienti často trpí afázií a nejsou schopni jednak adekvátně reagovat a vyjadřovat se, jednak mohou mít zhoršenou schopnost porozumět, co se od nich vlastně vyžaduje. Tento výzkum byl zaměřen na časté problémy při komunikaci sester s pacienty po CMP, měl zjistit, zda sestry pečující o tyto pacienty znají správné zásady komunikace, zda využívají dostatečně kompenzační pomůcky a využívají zvyšování kvalifikace zaměřené na tento problém. Tato bakalářská práce je rozdělena do dvou částí a to na teoretickou a empirickou část.

V teoretické části jsme čerpali z dostupné literatury se zaměřením na neurologii, komunikaci a psychologii. Také jsme čerpali ze zdravotnických časopisů a internetových stránek zaměřených na problematiku CMP. Tato část je zaměřena na onemocnění CMP. Rozdělení mozkových příhod, diagnostiku, léčení a popis klinických projevů vznikajících po CMP. Dále jsou zde uvedeny zásady komunikace s klienty po CMP a problémy, které při komunikaci vznikají.

V empirické části jsme zkoumali znalosti sester při komunikaci s pacienty s afázií po CMP, využívání kompenzačních pomůcek pro její usnadnění a jejich konkrétní uvedení. Dále jsme zjišťovali nejčastější problémy, které vznikají při komunikaci, a účast a zájem sester o vzdělávací kurzy a semináře na téma Komunikace s pacienty po CMP.

Prvním cílem práce bylo zjistit, zda sestry dodržují zásady správné komunikace. Z výsledků výzkumu vyplývá, že sestry v převážné většině tyto zásady znají a poměrně dobře se v nich orientují. Mají i své osvědčené metody, jak s pacienty po CMP komunikovat, a z jejich přehledu se dá předpokládat, že tyto zásady opravdu v praxi dodržují. Hypotéza číslo 1, vztahující se k prvnímu cíli, byla tedy potvrzena.

Druhým cílem bylo zmapovat, jaké jsou nejčastější problémy komunikace mezi sestrami a pacienty po CMP. Z našeho výzkumu vyplývá, že nejčastěji sestry vidí

problém v nedostatku času. Tento problém uvedlo 83,3 % sester z 90 (100 %). V dalším výzkumu by bylo vhodné zaměřit se na tento problém. Proč sestry uvádí, že nemají čas aktivně se podílet na zkvalitňování komunikace u pacientů? Možná by jim pomohla větší spolupráce s logopedy, kteří by je v tomto úkolu mohli částečně zastoupit. Jako problém sestry vnímají nedostatečnou spolupráci s logopedem téměř ve stejném počtu jako nedostatečný počet kompenzačních pomůcek. Jako další problém uvedlo 28,9 % sester nedostatečnou spolupráci s rodinou a 16,7 % sester nedostatek informací.

Hypotéza číslo 2, vztahující se k problematice kompenzačních pomůcek na odděleních, byla potvrzena. Sestry dle výzkumu skutečně využívají kompenzační pomůcky ke zkvalitnění komunikace s klienty po CMP, ačkoli by jistě vybavenost oddělení pomůckami mohla být pestřejší. Sestry většinou využívají psací potřeby, tištěnou abecedu či fotografie přinesené rodinou pacienta. Využívání specifitějších pomůcek, jako je afatický slovník, obrazový slovník, symboly, piktogramy, mapy či kalendáře, je méně časté a vybavenost jimi je slabší.

Poslední část výzkumu vztahující se k hypotéze číslo 3, se zabývá otázkou zvyšování kvalifikace v daném tématu. Většina dotazovaných sester nikdy žádný kurz zaměřený na komunikaci nenavštívila. Souvisí s tím i fakt, že 16,7 % sester uvedlo jako problém nedostatek informací o komunikaci s pacientem po CMP. Z většiny se domnívají, že takových kurzů není v jejich okolí dostatek, ale měly by zájem takový kurz někdy navštívit. Tato hypotéza byla tedy také potvrzena.

Naším záměrem nebylo zjistit, co sestry neznají a co nedodržují. Cílem této bakalářské práce bylo zmapovat, jaké mají sestry informace o onemocnění CMP, jak k pacientům s tímto onemocněním přistupují, jaké mají k tomu pomůcky a v čem vidí nejčastější problémy. Zjistit, kde jsou určité mezery, a ty se pokusit vyplnit. Po zjištění potřebných informací doporučujeme oddělení vybavit dostatečným počtem kompenzačních pomůcek pro zkvalitňování komunikace u pacientů po CMP, informovat sestry o dostupných aktuálních kurzech zaměřených na toto téma, zvýšit jejich počet, aby teoretické znalosti sester v tomto směru byly stále rozvíjeny a doplňovány novými poznatky. Toto by jistě mělo velký přínos jak pro sestry, tak hlavně pro pacienty. Navíc je vhodné upozornit na důležitost spolupráce

s příbuznými pacienta pro zkvalitňování komunikace jak v nemocničním prostředí, tak následně i v prostředí domácím. Doporučujeme také oddělením, kde jsou hospitalizováni pacienti po CMP, navázání lepšího kontaktu s logopedy. Odkázat by na něj měli následně také rodinu pacienta. V tomto vidíme největší mezery. Přínos této práce by měl být v uvědomění si nedostatků a v jejich následném napravení. Výstup z této bakalářské práce by mělo být vytvoření rad a doporučení pro sestry pracujících na odděleních, kde výzkum probíhal. Tyto sestry se s klienty po CMP setkávají poměrně často a komunikaci s nimi by jim mohl usnadnit.

7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. AMBLER, Z. a kol. *Klinická neurologie*, 1. vyd. Praha: Triton, 2004. 975s. ISBN 80-7254-556-6
2. BAR, M., ŠKOLOUDÍK, D. *Léčba akutního mozkového infarktu* [online] 6.1.2012 [cit.26.3.2007] Dostupné z: <http://www.zdn.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/lecba-akutniho-ischemickeho-mozkoveho-infarktu-298592>
3. BÁRTLOVÁ, S. a kol. *Výzkum a ošetřovatelství*, 2. vyd. Brno: NCO NZO, 2005. 185s. ISBN 978-80-7013-467-2
4. BOHÁČEK, P., POLCAROVÁ, D. (Neuro)psychologické následky cévní mozkové příhody. *Sestra*, Praha: 2007, roč.17, č. 4, s.41-42. ISSN 1210-0404
5. DOHNÁLEK, J. *Afatický slovník* [online] 10.1.2012 Dostupné z: <http://d.ictus.cz/co-je-cmp-a-co-delat/afaticky-slovník>
6. FIKSA, J. Cévní mozková příhoda: diagnostika a léčba. *Lékařské listy*, Praha: 2008, roč.57, č.18, s.12-14.
7. FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*, 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 168s. ISBN 978-80-247-1314-4
8. GOLDEMUND, D., REIF, M. *Co je mozková příhoda* [online] 20.1.2012 Dostupné z: <http://www.cmp-brno.cz/Co-je-mozkova-prihoda-mrtvice.html>
9. GULÁŠOVÁ, I. Úlohy zdravotnického pracovníka v aktivnej účasti zapojenia rodiny do liečby u pacienta s poruchami reči. *Kontakt*, České Budějovice: 2006, roč.8, č.2, s.224-228. ISSN 1212-4117
10. HUTYRA, M. a kol. *Kardioembolizační ischemické cévní mozkové příhody*, 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 168s. ISBN 978-80-247-3816-1
11. CHRÁSTKOVÁ, E., MLČOCHOVÁ, R. Komunikační dovednosti sester u klientů po CMP s poruchou řeči. *Sestra*, Praha: 2009, roč.19, č.7-8, s.55-57. ISSN 1210-0404
12. KALITA, Z. *Akutní cévní mozkové příhody*, 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2006. 623s. ISBN 80-85912-26-0
13. KAPOUNOVÁ, G. *Ošetrovatelství i intenzivní péči*, 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 352s. ISBN 978- 80- 247- 1830-9

14. KEJKLÍČKOVÁ, I. *Logopedie v ošetrovatelské praxi*, 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 128s. ISBN 978-80-247-2835-3
15. KELNAROVÁ, J., MATĚJKOVÁ E. *Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty*, 1. vyd. Praha: Grada, 2009. 136s. ISBN 978-80-247-2831-5
16. LAURENÍČKOVÁ, E. Ošetrovatelská péče o pacienty s ischemickou cévní mozkovou příhodou. *Diagnóza v ošetrovatelství*, Praha: 2007, roč.3, č.2, s.66-67. ISSN 1801-1349
17. MOUREK, J. *Fyziologie*. Učebnice pro studenty zdravotnických oborů, 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 204s. ISBN 80-247-1190-7
18. MUMENTHALER, M. *Neurologie*, 1. vyd. Praha: Grada, 2001. 652s. ISBN 80-7169-545-9
19. NEJEDLÁ, M. *Fyzikální vyšetření pro sestry*, 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 248s. ISBN 80-247-1150-8
20. POKORNÁ, A. *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství*, 2. vyd. Brno: NCO NZO, 2008. 100s. ISBN 978-80-7013-466-5
21. RUDOLFOVÁ, J. *Komunikace s osobami po cévní mozkové příhodě* [online] 5.1.2012 [cit. 19.1.2011] Dostupné z: <http://www.ergoaktiv.cz/jak-na-cmp>
22. SEIDL, Z., OBENBERGER, J. *Neurologie pro studium i praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 364s. ISBN 80-247-0623-7
23. SCHULER, M., OSTER, P. *Geriatricie od A do Z pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 336s ISBN 978-80-247-3013-4
24. ŠEMBEROVÁ, I. *Logopedie* [online]. 5.1.2012 Dostupné z: <http://old.ictus.cz/?m=s>
25. ŠIŠMOVÁ, H. *Jak přistupovat k lidem s afázií* [online]. 2.11.2011 Dostupné z: <http://www.afazie.cz/PristupovatkLidem>
26. VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*, 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 144s. ISBN 80-247-1262-8
27. VOKURKA, M., HUGO, J. *Praktický slovník medicíny*, 7. vyd. Praha: Maxdorf, 2004. 490s. ISBN 80-7345-009-7
28. WABERŽINEK, G.a kol. *Základy speciální neurologie*, 1. vyd. Praha: Karolinum, 2006. 396s. ISBN 80-246-1020-5

29. WILLIAMS, J. et al. *Acute stroke nursing*, 1. vyd. UK: Wiley-Blackwell, 2010. 352s. ISBN 978-1-4051-6104-6
30. ZACHAROVÁ, E. a kol. *Zdravotnická psychologie*, 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 232s. ISBN 978-80-247-2068-5
31. ZEDNÍKOVÁ, M. Sestra a naslouchání. *Florence*, Praha: 2008, roč.4, č. 7-8, s.259-260. ISSN 1801-464X

8 KLÍČOVÁ SLOVA

afázie

CMP

kompenzační pomůcky

komunikace

pacient

sestra

9 PŘÍLOHY

9.1 Seznam příloh

Příloha 1 Ischemická a hemoragická CMP

Příloha 2 Klinický obraz pacienta s levostrannou hemiparézou

Příloha 3 Ischemická CMP na CT

Příloha 4 Tištěná abeceda

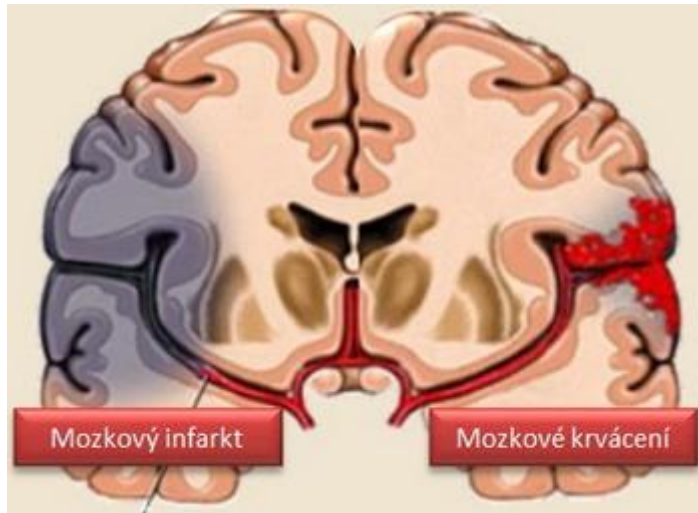
Příloha 5 Ukázka afatického slovníku

Příloha 6 Silná tužka a barevná písmena a číslice

Příloha 7 Kostka na osvojování si různých tvarů

Příloha 8 Dotazník

Příloha 1 Ischemická a hemoragická CMP



Zdroj: GOLDEMUND, D., REIF, M. *Co je mozková příhoda* [online] 20.1.2012
Dostupné z: <http://www.cmp-brno.cz/Co-je-mozkova-prihoda-mrtvice.html>

Příloha 2 Klinický obraz pacienta s levostrannou hemiparézou



Obr. 1 – Klinický obraz levostranné hemiparézy s typickým flekčním postavením horní končetiny a extenční pozicí dolní končetiny.

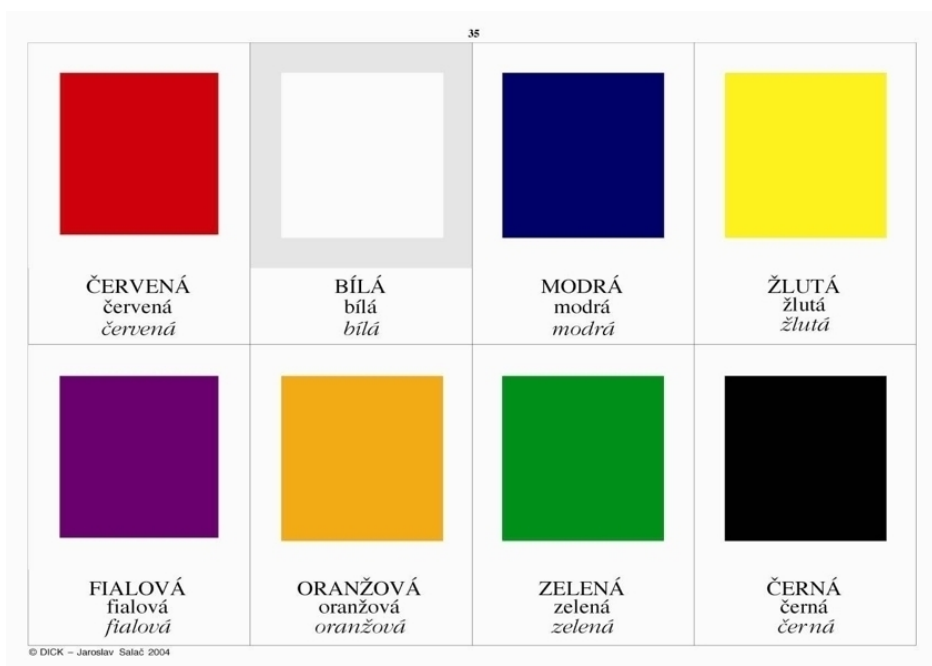
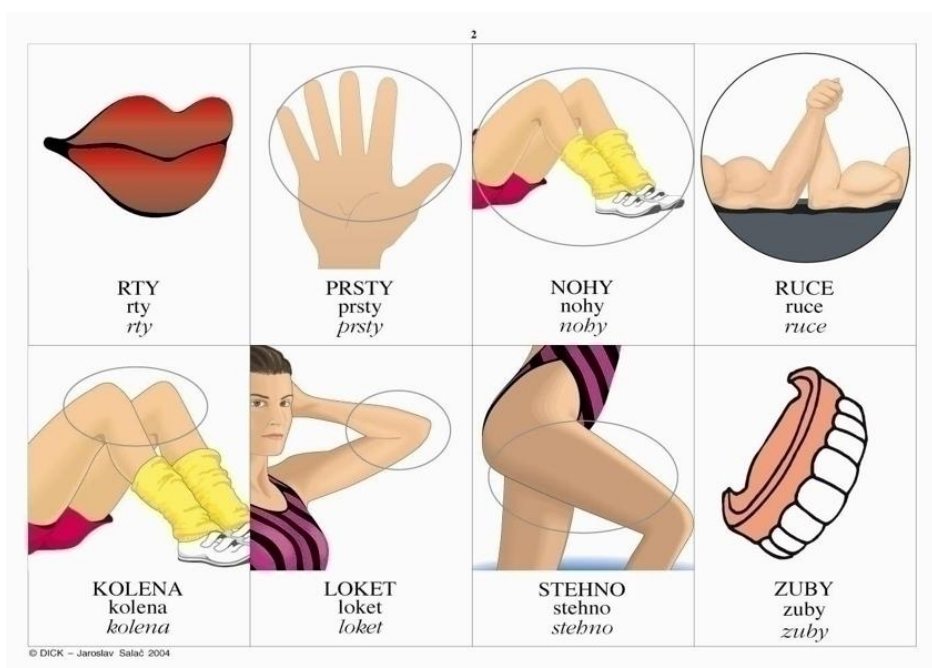
Zdroj: FIKSA, J. Cévní mozková příhoda: diagnostika a léčba. *Lékařské listy*, Praha: 2008, roč.57, č.18, s.12-14.

Příloha 4 Tištěná abeceda

A B C D E
F G H CH I
J K L M N
O P Q R S
T U V W X
Y Z

Zdroj: vlastní

Příloha 5 Ukázka Afatického slovníku



Zdroj: DOHNÁLEK, J. *Afatický slovník* [online] 10.1.2012 Dostupné z:
<http://d.ictus.cz/co-je-cmp-a-co-delat/afaticky-slovník>

Příloha 6 Silná tužka a barevná písmena a číslice



Zdroj: vlastní

Příloha 7 Kostka na osvojování si různých tvarů



Zdroj: BOHÁČEK, P., POLCAROVÁ, D. (Neuro)psychologické následky cévní mozkové příhody. *Sestra*, Praha: 2007, roč.17, č. 4, s.41-42. ISSN 1210-0404

Příloha 8 Dotazník

Vážená paní, vážený pane,

dovoluji si Vás požádat o vyplnění dotazníku, jehož cílem je zjistit problémy komunikace sester u pacientů po cévní mozkové příhodě na neurologických a interních odděleních. Dotazník je anonymní a výsledky budou použity pouze pro bakalářskou práci. Vaše odpovědi prosím zaškrtněte nebo vypište.

Děkuji za Váš čas,

studentka 3. ročníku VS-KS Zdravotně sociální fakulty

Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích

Jana Pecková

1. Vaše pohlaví

- žena muž

2. Váš věk?

- 18-30 let 31-45 let 46-55 let 55 let a více

3. Jak dlouho pracujete v nemocničním zařízení?

- do 10 let 11-20 let 21-30 let 31 let a více

4. Na jakém oddělení pracujete?

- neurologické oddělení neurologická JIP interní JIP interní oddělení

5. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání je?

- střední odborné vyšší odborné VŠ titul Bc. VŠ titul Mgr.

6. Setkáváte se ve své praxi s pacienty po CMP?

- ano spíše ano spíše ne ne

Pokud ne - dále v dotazníku nepokračujte

7. Znáte klinické projevy vznikající u pacientů s CMP?

- ano spíše ano spíše ne ne

Pokud ano, spíše ano – jaké znáte?

8. Znáte pojem afázie? ano ne

Pokud ano- vysvětlete :

9. Znáte zásady správné komunikace s pacienty po CMP?

- ano spíše ano spíše ne ne

Zaškrtněte ty, o kterých se domníváte, že jsou správné:

- hovoříme jasně a zřetelně
- používáme zdrobněliny
- klademe uzavřené otázky s odpovědí ano/ne
- využíváme dětské výukové materiály
- hovoříme v krátkých větách
- varujeme se abstraktních výrazů
- pomáháme si neverbální komunikací (gesta, mimika)
- pacientův stav se snažíme zlehčovat
- snažíme se pacienta ke komunikaci přinutit, popřípadě zvýšíme hlas
- při komunikaci používáme symboly, psací potřeby, tištěnou abecedu
- pacientovu řeč opravujeme a trváme na správném výrazu

10. Které zásady komunikace s pacientem s afázií po CMP nejvíce využíváte ve své praxi? Vypište, prosím:

.....
.....

11. V čem vidíte problém při komunikaci s pacientem s afázií ?

Můžete označit více možností:

- nedostatek informací nedostatek času nedostatek pomůcek
- nedostatečná spolupráce s logopedem nedostatečná spolupráce s rodinou
- jiné doplňte

12. Spolupracuje vaše oddělení s logopedem?

- ano nevím ne

Pokud ano, je spolupráce s logopedem přínosem pro zkvalitnění vaší komunikace s pacienty s afázií po CMP? ano spíše ano spíše ne ne

13. Spolupracujete pro zkvalitnění komunikace také s rodinou pacienta ?

- ano spíše ano spíše ne ne

Pokud ano, spíše ano – napište prosím jak?

14. Máte na vašem oddělení kompenzační pomůcky pro zlepšení komunikace s pacienty po CMP?

- ano nevím ne

Pokud ano – jaké?

Pokud ne či nevíte – pokračujte otázkou 18.

15. Myslíte si, že jich máte na vašem oddělení dostatek?

- ano spíše ano spíše ne ne

16. Používáte kompenzační pomůcky při komunikaci s pacienty po CMP?

- ano spíše ano spíše ne ne

17. Jaké kompenzační pomůcky využíváte pro zlepšení komunikace s pacientem s afázií? Můžete označit více možností:

- afatický slovník psací potřeby tištěnou abecedu
 fotografie noviny různé tvary, písmena
 symboly grafy, mapy kalendáře
 obrázkové slovníky jiné

18. Víte co je to afatický slovník? ano ne

Pokud ano – vysvětlíte:.....

19. Znáte pojem bazální stimulace?

- ano spíše ano spíše ne ne

20. Pracujete na vašem oddělení s konceptem bazální stimulace?

- ano spíše ano spíše ne ne

21. Myslíte si, že bazální stimulace má efekt při komunikaci s pacienty po CMP?

- ano spíše ano spíše ne ne

22. Navštívil/a jste někdy vzdělávací kurz zaměřený na téma Komunikace s pacienty s afázií po CMP?

- ano ne

Pokud ano – kolika jste se jich zúčastnila?

23. Myslíte si, že vzdělávacích akcí je na toto téma ve vašem okolí dostatek?

- ano spíše ano spíše ne ne

24. Měl/a byste zájem o vzdělávací kurzy na téma Komunikace s pacienty po CMP?

- ano spíše ano spíše ne ne