



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Studies

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

**Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích**  
**Zdravotně sociální fakulta**  
**Katedra ošetrovatelství a porodní asistence**

## **Bakalářská práce**

# **Spolupráce sester a logopedů u klientů s afázií**

Vypracovala: Hana Neubauerová

Vedoucí práce: Mgr. et. Bc. Jitka Tamáš Otásková

**České Budějovice 2015**

## **ABSTRAKT**

### **Název bakalářské práce: Spolupráce sester a logopedů u klientů s afázií**

Ústav zdravotnických informací a statistiky v České republice „ÚZIS“ udává, že od roku 2011 se zvýšil počet vyšetření u klinického logopeda o pět tisíc. Logopedie je součástí speciální pedagogiky, zabývá se poruchami řeči, vadami řeči, sluchu a hlasu. Je to vědní obor, jenž zkoumá poruchy řeči, jako je např. afázie po cévní mozkové příhodě. V roce 2012 bylo celkem léčeno 142 430 pacientů, to je nárůst o čtyři tisíce více než v roce 2011. U pacientů starších devatenácti let bylo léčeno 12 915 vad, z toho 47,7 % bylo léčeno s afázií.

Afázie je porucha získaná. Znamená ztrátu vyvinuté řeči nebo neschopnost přijímat a odpovídat v mluvené nebo psané formě. Může být částečná nebo dlouhodobá. Vzniká při náhlém poškození centra řeči v mozku následkem cévní mozkové příhody, nedokrevnosti nebo při krvácení do mozku. Afázie může být způsobena těžkým úrazem hlavy, mozkovým nádorem, intoxikací centrální nervové soustavy nebo degenerovaným onemocněním centrálního nervového systému. Nejčastější příčinou tohoto onemocnění je cévní mozková příhoda. Diagnostiku afázie provádí logoped, hlavní složkou je neurologické vyšetření, které provádí neurolog, a podle toho se bude logoped řídit v další diagnostice. Diagnostika nezahrnuje jen tyto testy mluvenou řečí, ale také psanou formou, čtení a psaní. K těmto testům patří i zobrazovací techniky, jako jsou magnetická resonance a počítačová tomografie. Terapie afázie je zaměřená na pacienta s narušenou komunikační schopností. Terapie je zaměřená na aktivní cvičení pod dohledem logopeda a členů rodiny. Tyto terapie pomáhají obnovovat narušené specifické funkce porozumívání, jako je čtení a řeč. Pragmatický přístup se zabývá afatikou, zapojuje pacienta co nejrychleji do společnosti, tím slouží k obnově řečových funkcí, komunikaci s ostatními a porozumění. Pacient potřebuje soukromí, aby se soustředil a nebyl nervózní. Terapie afázie je proces, při kterém musíme dbát na psychiku pacienta. Narušení komunikační schopnosti ovlivňuje pacienta v jeho obvyklých činnostech, proto je pacient více úzkostlivý, smutný a nemá chuť do terapie.

Tyto terapie nejsou však jediné, které pacient potřebuje. K této logopedické péči patří i péče rehabilitační, interní i psychologická. Prvotní je však neurologická péče, od níž se všechny tyto obory odvíjí.

Hlavním tématem předkládané práce je spolupráce sestry a logopeda. Vztah mezi sestrou a lékařem je velmi důležitý a patří k tomu i komunikace, ať je to psaná forma, ústní vyjádření, gesta či mimika obličeje nebo řeč těla. Sestry jsou důležitou součástí práce lékařů, jen si to každý lékař neuvědomuje a bere je jako samozřejmost. Sestra telefonicky kontaktuje logopeda o přijatém pacientovi s poruchou řeči a informuje ho o nynějším stavu. Logoped si zadá pacienta do své databáze a naplánuje si jeho vyšetření. První sezení vypadá následovně: logoped se s pacientem seznámí a vyšetří ho. Největším problémem je, že pacient nedokáže komunikovat se svým okolím. Proto pacient často používá neverbální komunikaci nebo řeč těla. Pacient je většinou kvůli svému postižení velmi neklidný a agresivní. Nerozumí svému okolí a nedokáže vyjádřit své potřeby a uvědomuje si, že špatně mluví. V této situaci se může připojit i psycholog, který s pacientem řeší jeho problémy, například s depresí ze zhoršené komunikace. Logoped připraví materiály na další sezení, se kterými budou, ať už společně nebo samostatně, pracovat. Logoped předá sestře materiály, na kterých mohou společně s pacientem nebo s rodinou pracovat.

Cílem kvalitativního výzkumu této práce bylo zmapovat spolupráci sester a logopedů. K tomuto cíli patří i dvě výzkumné otázky – první výzkumná otázka byla: „*Jaká je spolupráce sester a logopedů v péči o pacienty s afázií?*“ A druhá výzkumná otázka zněla: „*Jaké se používají pomůcky ke zkvalitnění komunikace s pacienty s afázií?*“ Pro splnění daného cíle jsme vypracovali polostrukturovaný rozhovor. Rozhovory byly prováděny v Nemocnici České Budějovice, a.s.

Výzkum byl prováděn kvalitativní formou na základě polostrukturovaných rozhovorů se sestrami. Rozhovory obsahují devatenáct otázek týkajících se komunikace a ošetrovatelské péče o pacienta s afázií a také spolupráce mezi sestrou a logopedem. Výzkum byl prováděn po schválení hlavní sestrou a vrchními sestrami na daném oddělení. Otázky byly vytvořeny na základě teoretické části, která vycházela z odborné literatury a dostupných internetových zdrojů. Výzkumné šetření probíhalo v měsíci

červnu roku 2015. Vybrala jsem si z každého oddělení pět sester, se kterými byl výzkum prováděn. Rozhovor byl realizován individuálně s každou sestrou. Výzkumným souborem jsou sestry pracující na dvou odděleních – neurochirurgickém a rehabilitačním oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s. Tyto sestry se při své práci často setkávají s logopedy a pacienty s afázií, proto spolu musí spolupracovat. Věk sester se pohyboval v rozmezí od 35 let do 51 let.

V rozhovorech se sestry často shodly. Je viditelné, že spolupráce sestry a logopeda je minimální, nemají na sebe čas a prostor. Logopedové většinou předají materiály pro pacienta a musí zase na jiné oddělení, pak o daném pacientovi napíší zprávu, kterou si sestra přečte v počítači. Každý má svou práci, a tu si plní. Jen ji neplní dohromady, sestry se neúčastní vyšetření afatika ani se nezajímají o danou terapii u pacienta, jak bylo řečeno, sestry nemají čas. Najdou se sestry, jež mají zájem, a tak chodí na různé semináře anebo vyhledávají novinky na internetu, ale takových sester je málo. Výsledky rozhovorů byly zpracovány do sedmi kategorií:

**Kategorie č. 1** „*Objednání pacienta*“, **Kategorie č. 2** „*Ošetrovatelská péče*“, **Kategorie č. 3** „*Komunikace s pacientem*“, **Kategorie č. 4** „*Předávání informací*“, **Kategorie č. 5** „*Hospitalizace pacienta*“, **Kategorie č. 6** „*Zapojení sestry při vyšetření pacienta*“, **Kategorie č. 7** „*Asistence sestry u vyšetření pacienta*“.

Cíl byl splněn. Z rozhovorů vyplývá, že sestry i logopedové spolu málo spolupracují. Velkým přínosem by bylo navrzení využití tabletů v ošetrovatelské péči o pacienta s afázií a v oblasti logopedické. Aplikace do tabletů pro osoby s afázií je možné si zakoupit na stránkách i-logo.cz. Přínosem by byl program, který bude volně stažitelný pro každého pacienta a jeho rodinu. Dalším návrhem pro zlepšení kvality spolupráce by byly společné semináře pro sestry a logopedy o ošetrovatelské péči o pacienty s afázií.

**Klíčová slova:** afázie, komunikace, logoped, spolupráce, zdravotní sestra

## **ABSTRACT**

### **Title of the thesis: Nurses' and speech therapists' cooperation while treating clients suffering from aphasia**

The Institution of Health Information and Statistics of the Czech Republic claims that there has been 5,000 more physical examinations at speech therapists than in 2011. Speech therapy science is a part of special pedagogy, it deals with speech disorders, speech defects, hearing and voice imperfections. It is a field of study which researches speech disorders such as aphasia after suffering from cerebrovascular stroke. 142,430 patients were treated in 2012 – that means 4,000 more patients than in 2011. Patients who were 19 years old and older were treated with 12,915 imperfections, 47.7 % of that number were patients suffering from aphasia.

Aphasia is a gained disorder. A person suffering from aphasia loses the ability of using speech or is not able to receive and answer both spoken and written language. There are two types of aphasia – partial and retentive. It emerges when the speech centre in a brain is suddenly hit as a result of cerebrovascular stroke, ischaemia or cerebral haemorrhage. Aphasia may be caused by a severe head trauma, brain tumour, central nervous system intoxication or central nervous system degenerative disease. The most common cause of this disease is cerebrovascular stroke. A speech therapist is the one to diagnose aphasia. The main part of diagnosing is a neurological examination which is performed by a neurologist. A speech therapist follows the neurological examination when diagnosing. Diagnosing consists of oral and written tests. Written part consists of reading and writing. Visualization techniques, such as magnetic resonance and computed tomography, are also a part of these tests. Aphasia treatment is aimed on a patient who suffers from disrupted communication ability. The therapy is an active training with a speech therapist and family supervision. This type of therapy helps recovering specific disrupted communication functions, such as reading and speech. Pragmatic approach deals with the disability to communicate, it gets the patient involved into the society as quickly as possible – that is the way how the recover the

speech functions, communicate with others and grasp. Patient needs privacy to get focused and not to feel nervous. Aphasia therapy is a process in which the psychology of the patient has to be taken into consideration. Disrupting communicative ability influences the patient in doing usual activities, which is why the patient feels anxious, sad and does not want to go through the therapy. In fact, this therapy is the only thing the patient needs to recover. Therapy is a complex process, there are several parts: speech, physical, internal and psychological care. The very first care the patient needs to get is neurological care – that is the starting point.

The main part of this thesis is cooperation between a nurse and a speech therapist themselves. The relationship between a nurse and a doctor is very important, communication is a part of the cooperation. The communication between a nurse and a doctor is important in all possible ways – written and oral, gestures, facial expression, and body language. Nurses are an important part of the doctor's work. Just few doctors have that in their minds, most of the doctors take the nurses for granted. A nurse contacts the speech therapist via telephone and tells him about the patient with speech disorder and his medical history. A speech therapist put the patient's record into the database and plans their physical examination. At the first session the speech therapist meets the patient and examines him. The biggest issue is that the patient is not able to communicate with the others that is why they often use nonverbal communication or body language. The patient is mostly nervous and aggressive due to the disorder. They do not understand the people around them and cannot express their needs. They realize they cannot speak properly. At this moment a psychologist may join the session. The psychologist talks to the patient and tries to solve their problems – that could be depression caused by the communication disorder. The speech therapist prepares materials for the next session. The speech therapist hands in the materials to a nurse. These materials can be worked with the patient and the therapist or the patients and their family or the patients themselves.

The aim of the quality research of this thesis was to outline the nurses and the speech therapists cooperation. Two research questions belong to this research. The first question is: What's the cooperation between speech therapists and nurses while taking

care of patients suffering from aphasia? The second question is: What are the aids used from improving the quality of communication with the patients suffering from aphasia? For completing the aim we completed a half-structured interview. The interviews were done in the České Budějovice hospital.

The research was quality-based, half-structured interviews with nurses. The interview consists of nineteen questions aimed on communication, nursing a patient suffering from aphasia and on the cooperation between a nurse and a speech therapist. The research was authorized by a supernurse and charge nurses at the department. The questions were asked based on the theoretical part of the thesis which was written based on technical literature and the internet. The research was accomplished in June 2015. Five nurses of each department were chosen to make the interview with. Each nurse was interrogated separately. The nurses, who completed the interview, work at one of two departments in the České Budějovice hospital. Those departments are neurosurgical and physical therapy. These nurses often come across with speech therapists and patients who suffer from aphasia, which is why the nurses have to cooperate with the speech therapists. The age of the nurses, who became a part of the practical part of this thesis, is between 35 and 51 years old.

The nurses often agreed on the answers in the interviews. It is obvious that the cooperation between a nurse and a speech therapist is minimal, they have not got the time to develop a wider cooperation. The speech therapist usually hands in the patient's report and has to go to another department. Then they write a report about the patient, a nurse can read it in a computer. Both the speech therapist and the nurse have their duties. Nurses do not attend an examination of a patient suffering from aphasia; there is no time to care about the therapy. However there are some nurses who are interested in the therapy, so they attend workshops or browse the internet for information about the aphasia therapy.

The interview results were divided into seven categories:

- 1) Making an appointment
- 2) Nursing
- 3) Communication with the patient

- 4) Information transfer
- 5) Patient's hospitalization
- 6) Making a nurse involved in the patient's examination
- 7) Nurse assisting at the patient's examination

The aim was accomplished. According to the interviews, nurses and speech therapists do not cooperate very often. Using tablets in nursing patients suffering from aphasia and at speech therapy would be a great contribution. There are apps for tablets designed for people suffering from aphasia on [i-logo.cz](http://i-logo.cz). A free downloadable program for every patient and their family would be very useful. Another suggestion for improving the quality of cooperation would be workshops aimed on nursing patients suffering from aphasia for nurses and speech therapists.

**Key words:** aphasia, communication, cooperation, nurse, speech therapist



## **PROHLÁŠENÍ**

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů literatury uvedených v seznamu citované literatury. Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním svého 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 své kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

České Budějovice .....

.....

Hana Neubauerová

## **PODĚKOVÁNÍ**

Mé upřímné poděkování patří Mgr. et. Bc. Jitce Tamáš Otáskové za odborné vedení bakalářské práce, cenné rady, ochotu a čas, který věnovala této práci. Dále bych chtěla poděkovat své rodině za její podporu při psaní bakalářské práce. Zvláštní poděkování v neposlední řadě patří Mgr. Martině Vintrové za její čas, ochotu a laskavý přístup.

## OBSAH

ÚVOD.....	13
<b>1 SOUČASNÝ STAV.....</b>	<b>15</b>
<b>1.1 Logopedie.....</b>	<b>15</b>
1.1.2 Historie logopedie .....	16
<b>1.2 Afázie.....</b>	<b>17</b>
1.2.1 Etiologie afázie.....	17
<b>1.3 Příčiny afázie .....</b>	<b>19</b>
<b>1.4 Bostonská klasifikace.....</b>	<b>21</b>
1.4.1 Rozdělení afázie podle Bostonské klasifikace .....	21
<b>1.5 Diagnostika afázie .....</b>	<b>23</b>
<b>1.6 Terapie afázie .....</b>	<b>25</b>
<b>1.7 Spolupráce v ošetrovatelském týmu.....</b>	<b>29</b>
<b>2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY.....</b>	<b>32</b>
<b>2.1 Cíle.....</b>	<b>32</b>
<b>2.2 Výzkumné otázky.....</b>	<b>32</b>
<b>3 METODIKA.....</b>	<b>33</b>
<b>3.1 Metodika výzkumu.....</b>	<b>33</b>
<b>3.2 Charakteristika výzkumného souboru.....</b>	<b>33</b>
<b>4 VÝSLEDKY ROZHOVORŮ.....</b>	<b>35</b>
<b>4.1 Kategorie č. 1 „Objednání pacienta“ .....</b>	<b>35</b>
<b>4.2 Kategorie č. 2 „Ošetrovatelská péče“ .....</b>	<b>36</b>
<b>4.3 Kategorie č. 3 „Komunikace s pacientem“ .....</b>	<b>37</b>
<b>4.4 Kategorie č. 4 „Předávání informací“ .....</b>	<b>38</b>

<b>4.5 Kategorie č. 5 „Hospitalizace pacienta“</b> .....	38
<b>4.6 Kategorie č. 6 „Zapojení sestry při terapii s pacientem“</b> .....	39
<b>4.7 Kategorie č. 7 „Asistence sestry u vyšetření pacienta“</b> .....	40
<b>5 DISKUZE</b> .....	41
<b>7 SEZNAM LITERATURY</b> .....	49
<b>8 PŘÍLOHY</b> .....	53

## ÚVOD

V roli všeobecné sestry je významná komunikace s pacienty. Často se budeme setkávat s lidmi, kteří mají poruchu řeči. Tuto bakalářskou práci na téma „*Spolupráce sester a logopedů u klienta s afázií*“ jsem si vybrala, aby se rozšířil pojem afázie mezi sestry a aby věděly, jak s těmito pacienty pracovat. Lidé mají schopnost mluvit, předávat si informace, poznatky a pocity. Je to nejčastěji používaná schopnost v komunikaci mezi dvěma nebo více osobami. Používáme verbální i neverbální komunikaci.

Ústav zdravotnických informací a statistiky v České republice „ÚZIS“ udává, že v roce 2012 bylo, podle statistik, 339 odevzdaných ročních výkazů o činnostech z 352 registrovaných logopedických pracovišť. Zatímco v předešlém roce bylo registrováno 338 odborných logopedických pracovišť. Od roku 2011 se zvýšil počet vyšetření u klinického logopeda o pět tisíc. V roce 2011 bylo 1 006 konzultací, zatímco v roce 2012 jich bylo 1 011. V roce 2012 bylo celkem léčeno 142 430 pacientů, to je nárůst o čtyři tisíce více než v roce 2011. U pacientů starších devatenácti let bylo léčeno 12 915 vad, z toho 47,7 % bylo léčeno s afázií. S tímto souvisí i cévní mozková příhoda, která je velmi často rozebíraným tématem. V roce 2010 bylo v nemocnicích v České Republice hospitalizováno 57 484 pacientů s cévní mozkovou příhodou, z toho 5 826 lidí v nemocnici zemřelo. V České Republice za rok 2010 na toto onemocnění zemřelo celkem 11 567 pacientů. Toto onemocnění je jedním z nejčastějších příčin hospitalizace po onemocnění srdce.

Afázie je porucha vybudované řeči. Znamená to ztrátu vyvinuté řeči, nebo neschopnost přijímat a odpovídat v mluvené nebo psané formě. Může být částečná, nebo dlouhodobá. Nejčastější příčinou afázie je „CMPA“ cévní mozková příhoda a následné poškození mozku, často levé hemisféry mozku, kde se nachází centrum řeči. S komunikací mají problém jak pacient, tak i sestra. Pacient se nedokáže vyjádřit, mluví rychle a nesrozumitelně. Sestra chce samozřejmě porozumět, je trpělivá a empatická. Sestra to také nemá jednoduché, musí pacientovi vysvětlit vše, co je podstatné v jeho

ošetřovatelské péči. Právě zdravotní sestra je důležitým článkem v ošetřovatelském procesu. Dává pacientovi naději na uzdravení a psychicky ho podporuje.

# 1 SOUČASNÝ STAV

## 1.1 Logopedie

Logopedie je součástí speciální pedagogiky, zabývá se poruchami řeči, vadami řeči, sluchu a hlasu. Je to vědní obor, který zkoumá poruchy řeči, jako je např. afázie po cévní mozkové příhodě. Touto problematikou se zabývá logoped, jenž řeší problémy komunikačního procesu a používá při tom speciálně pedagogické metody. Pro dosažení tohoto povolání je nutné úspěšné absolvování magisterského oboru logopedie a celoživotní postgraduální vzdělávání i s atestací. Absolvent je odborníkem pro prevenci, diagnostiku a terapii narušené komunikační schopnosti u pacientů. Měl by být profesionálním odborníkem, který má znalosti a dovednosti na vysoké úrovni v souvislosti s komunikačními prostředky (Kerekrétiová, 2009).

Logoped je klinický lékař, který zkoumá celkové komunikační schopnosti mezi lidmi. Logopedie úzce spolupracuje a souvisí s psychologíí, s jazykovědnými obory jako je fonetika, fonologie, neurolingvistika, psycholingvistika, dále s genetikou. Logopedie je obor, který používá ve své práci komunikaci, bez níž by se neobešel. Řeší problémy s narušenou komunikační schopností a fyziologií a patologií komunikačního procesu. Logopedové edukují pacienty s porušenou či se ztracenou komunikační schopností a také (preventivně) předcházejí těmto poruchám. Zdravotnická logopedie řeší těžké logopedické vady, např. u dospělých po úrazech, po operacích nádoru mozku nebo po cévní mozkové příhodě (Škodová, Jedlička, 2007).

Logopedové se setkávají s poruchami řeči u dětí, odstraňují je a předcházejí jim. Logopedie hraje velkou roli nejen u dětí, ale i u seniorů, kteří byli postiženi například cévní mozkovou příhodou a potřebují odbornou pomoc logopeda. Ve zdravotnictví je velmi důležitá komunikace zdravotníka s pacientem. Díky komunikaci si vytváří pacient ke zdravotníkovi určitou důvěru a může vyjádřit, co ho vlastně trápí nebo bolí, s porušenou komunikací je to o něco obtížnější. Pacient se musí učit s novými prostředky komunikace, pomocí nichž sdělí své pocity a potřeby (Kejklíčková, 2011).

Logoped má zajistit komunikaci a nejdříve se musí setkat s pacientem. V tomto oboru je důležité mluvit s pacientem, aby ho mohl logoped diagnostikovat, je velmi těžké diagnózu hned ze začátku navrhnout. Pacient se musí zúčastnit více sezení (Peutelschmiedová, 2009).

### 1.1.2 Historie logopedie

Logopedie je tvořena ze slov: logos, které znamená slovo, a paidea, které znamená výchova. Je to psychoterapeutická metoda, jež vznikla ve 20. století a jejímž zakladatelem byl Viktor Emmanuel Frank. Neustále se rozvíjí a rozšiřuje se její hranice. Logopedie souvisí se speciální pedagogikou, která se s tímto oborem průběžně prolíná. Termín logopedie se objevil už v roce 436 před naším letopočtem, kdy ho použil filozof Gorgias Isokrates. Nejváženějším řečníkem ve středověku byl Marcus Fabius Quintilianus. Od něho pochází slavný výrok „škola hrou“. V roce 1960 vzniklo foniatrické oddělení v logopedickém ústavu v Praze. V tomto ústavu bylo audiologické, pediatrické, neuropsychiatrické oddělení a oddělení logopedické terapie. Byla vybudována i škola pro nedoslýchavé v Praze, která dodnes funguje.

Dějiny logopedie jsou rozděleny do sedmi etap. V první etapě se dozvídáme, že už ve 3. tisíciletí před naším letopočtem existují známky řeči, které byly zaznamenávány. Nalézala se nová písmena a nástroj, kterým byly vytvořeny. Ve druhé etapě, okolo 14. stol. před n. l., se objevují písemné záznamy o osobách s narušenou komunikační schopností. Bylo to období písemnictví, lidé si uvědomili, že se vznikem zákonů, práv, politiky a soudnictví je komunikace a přesnost slova nezbytná. Třetí etapa (15. stol. n. l.) popisuje zkulturnění komunikace mezi obyvateli, ale také existují zmínky o narušené komunikační schopnosti. Komunikace se začala rozvíjet v podobě tištěného písma, šíří se tím jak víra, tak i vzdělávání. Ve čtvrté etapě (16. – 17. stol. n. l.) se píše o narušené komunikační schopnosti, kterou se vědci pokoušeli vyléčit a zaměřit se na péči o tyto osoby. Vzniklo nové spojení mezi vědou, technikou a komunikací. V páté etapě (18. – 19. stol.) vzniká pomalu organizace pro postižené a pro lidi s poruchou řeči. V šesté etapě vzniká literatura, jako jsou časopisy a učebnice. Toto utváří základy logopedie. Došlo k přenosu hlasu, zvuku i písma. V poslední, sedmé etapě (20. – 21.



stol.) vzniká logopedie jako vědní obor. Rozvíjí se klinická logopedie, ve školách se rozvíjí logopedie. Lidé potřebují komunikovat, tak se i rozvíjejí a přijímají stále nové informace. Věda, technika a komunikace jsou na vyšší úrovni a stále si kladou nové otázky. O vzniku a objevení afázie jsme informováni už v 19. století, ale rozvoj terapie je až ve 20. století po první a druhé světové válce. Začala se zakládat speciální pracoviště pro lidi s porušenou řečí, jako je afázie. Později se začaly rozvíjet afaziologické školy, kde se pracovníci podrobně a pečlivě začali zabývat postiženými pacienty s afázií a jinými onemocněními řeči. Postupem času se o afázii začalo zajímat více oborů jako je neuropsychologie, neurolingvistika, dále foniatři a logopedové (Škodová, Jedlička a kol, 2007).

## 1.2 Afázie

### 1.2.1 Etiologie afázie

Afázie (pochází z řečtiny ze slova *aphatos* – němý, *aphasis* – řeč a značí zápor) je získaná porucha komunikační schopnosti, která souvisí s neurologickým onemocněním mozku. Afázie je porucha mluvené řeči, případně může jít o dočasnou ztrátu řeči. Afázie je porucha získaná. Afázie znamená ztrátu vyvinuté řeči, nebo neschopnost přijímat a odpovídat v mluvené nebo psané formě. Může být částečná, nebo dlouhodobá. Vzniká při náhlém poškození centra řeči v mozku následkem cévní mozkové příhody, nedokrevnosti nebo při krvácení do mozku. Patří do souboru kortikálních poruch, jako jsou: agnozie, apraxie, akalkulie, alexie, poruchy orientace v prostoru. Onemocnění centrálního nervového systému může být ložiskové (ohraničené), nebo difúzní (rozptýlené). Sovák uvádí, že „afázie vzniká na podkladě orgánového poškození mozkové tkáně dominantní hemisféry“. Etiologie afázie závisí na míře poškození cévní mozkovou příhodou a úrazem hlavy. Závisí na typu velikosti a lokalizace v centrální nervové soustavě, hlavně záleží na věku pacienta. Parafrázie se vyskytuje vždy s afázií, je to označení pro deformaci slov. Afázie je porucha jazykových schopností při porušení centrální nervové soustavy. Pacient se nemůže

snadno vyjadřovat, obtížně sestavuje věty a těžko vyhledává správné výrazy. Častými příznaky jsou dysnomie a parafrázie. Při dysnomii jde o obtížné vyjadřování a vybavování určitých slov. U parafrázie pacient zaměňuje slova za jiná. Někdy jde o nesrozumitelné věty či slova. Logopedie dělí afázii na senzoryckou, motorickou a totální. Afázii si můžeme lehce splést s dysartrií, a to je častá chyba. Musíme tyto dvě poruchy od sebe odlišovat. U dysartrie nejsou porušeny fatické funkce, jako jsou grafie, lexie, gnozie a kalkulie. Při dysartrii jsou porušeny různé úrovně centrální nervové soustavy. „*Vždy se jedná o poruchu mluvní motoriky, jako je fonace a respirace.*“ Sestra musí být trpělivá a empatická. Nezbytnou složkou je neverbální komunikace, při které používáme mimiku, držení těla, oční kontakt a vzdálenost od pacienta. Tím vyjadřujeme podstatu komunikace. Protože člověk je zvyklý používat denně komunikaci, kterou potřebuje k dorozumívání se s ostatními lidmi ať v práci, v soukromí nebo při nakupování.

Při poruše řeči je člověk bezmocný, panikaří a je úzkostlivý z toho, že se neumí vyjádřit nebo že nedokáže komunikovat se členy své rodiny. Člověk dokáže komunikovat s okolím, aniž by to věděl. Například svým chováním, gesty, mimikou a vyjadřováním, i když mlčí. Člověk neustále vyzařuje emoce a tím i také komunikuje, i když při tom nemluví. Řeč je důležitá v každodenním životě. Mluvíme s ostatními, plánujeme do budoucna, učíme se novým věcem, pracujeme, čteme, a to vše nás omezuje při ztrátě řeči. Pacient s afázií má problém s mnoha věcmi, které byly pro něho před onemocněním, jež dříve neměl, zcela normální. Jsou to například rozhovory s přáteli, čtení knih, rozumění anekdot, pochopení dopravních značek, programů v televizi či v rádiu. Toto onemocnění postihuje počítání, zapamatování si čísel nebo manipulaci s penězi. Pacienti mají problém i s vyplňováním formulářů. Narušená komunikační schopnost ovlivňuje člověka jako celek a jeho bytí. Jsou popsány následující oblasti: „*Existence jako taková, medicínská oblast, kognitivní oblast, emocionální oblast, sociální oblast, ekonomická oblast, oblast estetického vnímání.*“ Popisují, jak je člověk s narušenou řečí bezmocný, jakou má sociální bariéru jak ve škole, tak v rodině i v zaměstnání – to se samozřejmě může odrážet i na jeho finančním zabezpečení. Všechno s tím to souvisí a vše se pak odráží od komunikace jak se sestrou,

tak i s pacientem. Doktor Sovák popsal logopedii takto: „*můžeme logopedii definovat jako nauku o výchově řeči*“ (Škodová, Jedlička a kol., 2007).

U tohoto typu onemocnění je důležitá spolupráce více odborníků se sestrou i pacientem; jsou to tyto pracovníci: neurolog, klinický logoped, foniatr, rehabilitační sestra, fyzioterapeut, psycholog a sociální pracovníce. Jejich práce se společně prolínají díky skvělé spolupráci (Čecháčková, 2001).

Sestra používá nezbytné psychologické vědomosti v komunikaci s pacientem, který bojuje se svým postižením. Sestra by se neměla zajímat jen o pacientovu fyzickou stránku, ale i o tu psychickou. Mezi pacientem a sestrou musí být vzájemný vztah, jenž je důležitý v pacientově rekonvalescenci (Zacharová, Šimíčková, Čížková, 2011).

### 1.3 Příčiny afázie

WHO přijalo definici CMP takto:

*„Cévní mozková příhoda je akutní neurologická dysfunkce vaskulárního původu se subjektivními a objektivními příznaky, které odpovídají postižené části mozku.“*

Afázie je způsobena těžkým úrazem hlavy, mozkovým nádorem, intoxikací centrální nervové soustavy nebo degenerovaným onemocněním centrálního nervového systému. Nejčastější příčinou tohoto onemocnění je cévní mozková příhoda, cévní příhoda hemoragická, kde příčinou je vysoký krevní tlak (hypertenze), který způsobí prasknutí aneurysma a tím krvácení do mozku. Většinou se jedná o krvácení do částí mozku jako do mozkových laloků, mozkového kmenu a mozečku, dále do bazálních ganglií a intermeningeální krvácení (subarachnoidální) mezi mozkovou plenou (Klenková, 2006).

Příčinou afázie může být kraniocerebrální traumata, mozková expanze nebo zánětlivé onemocnění mozku (Čecháčková, 2001).

Další příčinou afázie je cévní mozková příčina. Nazývaná také jako ictus nebo mrtvice. Toto onemocnění je na třetím místě v příčinách úmrtí. Cévní mozková příhoda vzniká při poškození mozku, kdy dochází k nedostatečnému prokrvení mozku a jeho

tkání, při embolizaci nebo trombóze. Nejčastěji jde o aterosklerotické poškození tepen. Cévní mozkovou příhodu předcházejí rizikové faktory, kterými jsou například ateroskleróza, neléčená hypertenze, hyperlipidemie, obezita, zvýšená konzumace alkoholu, kouření a drog. V dnešním (uspěchaném) světě mají lidé nedostatek spánku, stresují se, nezdravě se stravují, nemají dostatek pohybu. Vše je také spojeno s věkem. Postihuje nejčastěji lidi ve věku 60 až 75 let, hranice se ovšem snižuje i na mladší věk jako 45 let. Je to akutní postižení mozku se subjektivními i objektivními příznaky. Tato příhoda je velmi vážná a vyžaduje velmi rychlou diagnostiku a ošetření lékařem. V rámci poškození mozku cévní mozkovou příhodou vzniká i porucha řeči. Specifickou poruchou řeči je afázie (Seidl, 2008).

Cévní mozková příhoda vzniká při poškození mozku, kdy dochází k nedostatečnému prokrvení mozku a jeho tkání, při embolizaci nebo trombóze. Nejčastěji jde o aterosklerotické poškození tepen. Cévní mozková příhoda se rozděluje podle průběhu na 4 typy. Prvním typem je Tranzitorní Ischemická Ataka (TIA). TIA je přechodná ischemie mozkových cév, kdy trvání je krátkodobé a dochází k poruše mozkových funkcí. TIA se upraví do dvaceti čtyř hodin. Druhým typem je prolongovaný reverzibilní ischemický neurologický deficit (RIND), kdy neurologické poruchy trvají déle jak dvaceti čtyř hodin a upraví se do jednoho týdne, bez následků. Postupující cévní mozková příhoda se neukončí do dvaceti čtyř hodin a postupně se rozvíjí tři až pět dní. Další je dokončená cévní mozková příhoda, její příznaky se neukončí do dvaceti čtyř hodin a dále se nerozvíjí, ale příznaky přetrvávají i několik týdnů. V rámci poškození mozku cévní mozkovou příhodou vzniká i porucha řeči. Specifickou poruchou řeči je afázie (Sameš, Krajíčková 2005).

Pacient má i jiné příznaky, úpornou bolest hlavy, začíná být zmatený, bojuje se závratí a nepříjemným točením hlavy, špatně se pohybuje, protože jeho končetiny jsou neovladatelné, jako kdyby byly z gumy. Zmáhá ho slabost a pocit úzkosti z nevědomosti, co se s ním vlastně děje. S komunikací to nemá vůbec jednoduché, nedokáže se vyjádřit, vyslovit své potřeby. Svým blízkým nerozumí, pouze slyší divné zvuky, které vydávají, ale neporozumí jim. Je uzavřený v sobě a nemůže svému okolí vysvětlit svou bolest či stav, jak se zrovna cítí. Lékaři doporučují s těmito příznaky

ihned do nemocnice, i když většina lidí si raději sedne a trochu odpočine. Po třech hodinách už je stav kritický a člověk se ocitne na jednotce intenzivní péče (Koukal, 2008).

## **1.4 Bostonská klasifikace**

Tato klasifikace vyplývá ze čtyř základních hodnocení. V první řadě logoped vyšetřuje spontánnost řeči, tedy plynulost. Ta může být fluentní, nebo nonfluentní. Dále se vyšetřuje porozumění mluveného slova a opakování slov či vět a pojmenování předmětů.

### **1.4.1 Rozdělení afázie podle Bostonské klasifikace**

Bostonská klasifikace uvádí tyto typy afázie:

Brocova afázie motorického centra je typ, u kterého pacienti mluví málo a těžce vyslovují, přesto dobře sdělí informace nebo své myšlenky. U této afázie je řeč výrazně zpomalena. Pacienti mluví s námahou, zjednodušují si složitá slova na jednoduchá. Mají problém slovo vyhledat, vzpomenout si. Když sestra ukazuje pacientovi slovo na obrázku a pacient ho má popsat, někdy se stane, že se u jednoho zastaví a opakuje ho stále dokola i u nových obrázků. Sestra musí být velmi trpělivá a ohleduplná. Nazývá se to perseverace. Příznakem Brocovy afázie je agramatismus, neschopnost organizovat slova do vět podle gramatických pravidel. Patří sem i poruchy čtení a psaní (agrafie a alexie), které se vyskytují velmi často. Větší část pacientů nemá problém s porozuměním jednoduchých vět. Pokud s nimi bude sestra hovořit ve složitějších větách, přestanou rozumět. Proto se sestra snaží mluvit v krátkých jednoduchých větách. Místo poškození je frontálně vlevo. Tato afázie vzniká u léze Brocovy arey, která se nachází za touto oblastí i před touto oblastí. Nonfluentní řeč je porucha psaní a čtení (viz Příloha 1).

Wernickeova afázie sensorického centra popisuje spontánní řeč, která je fluentní, zde je výrazná porucha rozumění řeči. Obsah řeči je nesrozumitelný,

opakování slov a vět je narušené (jedinec nerozumí slyšenému). V tomto případě sestra postupuje tak, že mluví pomalu, zřetelně vyslovuje a to, co mluví, může přepisovat na papír. Jelikož pacient špatně rozumí mluvené řeči. Místo poškození: na temporálním laloku v oblasti Brodmanovy arey 22. Pacient má špatné rozumění, neuvědomuje si své problémy s řečí (viz Příloha 1).

Globální, totální afázie – její místo poškození je rozsáhlé, léze v okolí frontální i temporální oblasti, okolo levé arterie cerebri a carotis interna. Příčinou globální afázie je vysoký stupeň stenózy arteria ministra cerebri media, arteria cerebri interior. Časté je také krvácení ve frontální, parietální nebo temporální oblasti mozku. Globální afázie se může po kratší či delší době zmírnit sama a nebo s pomocí farmakoterapie. Ve většině případů však napořád tato afázie pacientům zůstává. Řeč je u této afázie výrazně narušena. Jde o těžkou poruchu mluveného slova, pacient se nemůže srozumitelně vyjádřit, nejde mu sdělit informace a ani opakovat jednoduchá slova. Poruchy vznikají z důvodu léze ve frontální oblasti mozku. Pacienti často opakují slabiky, jako je nono-toto. Opakování slov je i při snaze opakování slov po ostatních nebo pojmenování obrázků nebo věcí. Pacienti mají narušené vnímání (porozumění) řeči. Narušeny jsou i lexie a grafie. Poznáte to už při prvním kontaktu s pacientem, když nereaguje na jednoduché pokyny, jako je např.: „*zvedněte ruku*“. Pacienti mohou ke komunikaci používat obrázky nebo piktogramy. Důležitá je spolupráce s logopedem a s rodinou, pacient bude velmi podrážděný až depresivní. Rodina se dokáže více věnovat svému blízkému se cvičením, které bylo doporučeno logopedem. Neustálá komunikace sestry a pacienta je procvičováním porozumění řeči (Cséfalvay, 2007) (viz Příloha 1).

U konduktivní afázie, tedy převodní, se objevují fonemické parafrázie ve slovech. Opakování slov a vět je u těchto pacientů horší než spontánní řeč. Porozumění řeči od druhých není vždy porušeno. Při tichém čtení pacient porozumí tomu, co čte, ale při hlasitém čtení se objevují chyby a má problém porozumět tomu, co čte. Sestra je trpělivá a empatická. Pomáhá k porozumění v komunikaci mezi rodinou nebo logopedem.

U transkortikální sensorické afázie je řeč obsahově prázdná. Opakování je dobré, přestože jedinec opakovanému nerozumí. U bezchybné lexie jedinec nerozumí

čtenému slovu. Jsou zde narušeny všechny složky řeči, jde o nevratný afatický syndrom, vyskytují se také těžké poruchy hybnosti a citlivosti. Místo poškození: léze zadního spánkového laloku zasahuje do týlního laloku.

U transkortikální motorické afázie jsou porušeny řečové iniciace, jednoduchá řeč, odpovědi jsou krátké, jedním slovem. Opakování slov nebo vět je lepší (Neubauer, 2007) (viz Příloha 1).

## **1.5 Diagnostika afázie**

Vyšetření provádí logoped, hlavní složkou je neurologické vyšetření, které provádí neurolog, a podle toho se bude logoped řídit v další diagnostice. Pro diagnostiku této nemoci jsou nezbytní další odborníci, jako je klinický psycholog a sociální pracovník. Lokalizace, charakter a poškození mozku jsou pro logopeda významné pro určení typu afázie. Při diagnostice se logoped zaměří na hodnocení spontánní řeči, porozumění řeči, opakování, pojmenování. Nezahrnuje pouze testy mluvenou řečí, ale také psanou formou, čtení a psaní. K těmto testům patří i zobrazovací techniky, jako jsou magnetická resonance a počítačová tomografie (Fritzlová, 2015).

Při přípravě na vyšetření pacienta musí být sestra velmi trpělivá a empatická. Pacient je unavený, má bolesti a nedokáže komunikovat se sestrou a se svým okolím. Sestra mu podrobně vysvětlí, jaká vyšetření se budou provádět. Uklidní pacienta, kontroluje fyziologické funkce pacienta a udržuje ho ve stabilizovaném stavu v průběhu vyšetření. Diagnostika zahrnuje fyziologické vyšetření, odebrání biologického materiálu, jako je krev na biochemické a hematologické vyšetření a moč. Dalším vyšetření je CT mozku či MR. Při podezření na poškození řeči je samozřejmě přivolán logoped. Při těžkém stavu pacienta ho logoped vyšetří pouze okrajově, aby zjistil, do jaké míry je řeč poškozena, a naplánoval další léčbu, do níž zapojí i sestru. Logoped předá sestře veškeré podklady a informace, které ona předá příbuzným či rodině (Cséfalvay, 2007).

K určení afázie je možné provést Token test, ten poskytuje kvalifikaci poruchy receptivní složky řeči (porozumění řeči). Logopedická diagnostika má tyto cíle: „Zjistit, jestli jde o neschopnost komunikační schopnosti, anebo o fyziologický jev.“ „Odhalit příčinu komunikační neschopnosti.“ „Zda je komunikační neschopnost přechodná, anebo trvalá, vrozená, či získaná.“ „Zjistit, jestli je komunikační neschopnost hlavní, anebo jestli je symptomem jiného onemocnění nebo postižení.“ „Určit, jestli si postižená osoba své postižení uvědomuje, nebo nikoliv.“ „Určit stupeň a formu tohoto onemocnění.“ „A navrhnout terapii.“ Jsou tři úrovně logopedické diagnostiky: orientační vyšetření (screening, jestli osoba trpí komunikační neschopností.), základní vyšetření (o jaký druh komunikační schopnosti se jedná), speciální vyšetření (jaký typ, forma a zvláštnosti). Při vyšetřování kortikálních funkcí musíme být velmi opatrní při komunikaci s pacientem. Především empatie je při komunikaci velmi důležitá, musíme předvídat pacientovu případnou agresivitu kvůli špatnému vyjadřování. Pacient si připadá sám do sebe uzavřený, protože se neumí vyjadřovat a komunikovat se svou rodinou. Proto postupujeme velmi opatrně a pomalu k vyšetření. Začneme psaním slov nebo kreslením obrázků, z toho poznáme, jestli nám pacient rozumí a chápe, co má vykonat. Všímáme si také, jak uchopí tužku do své ruky (Škodova, Jedlička a kol., 2007).

Při podrobné diagnostice u osob s afázií je podstatná metoda neuropsychologických testů. Tyto testy slouží k určení poruch v jistých částích centrální nervové soustavy. Diagnostika je zaměřena na paměťové schopnosti a také na intelektové schopnosti. První zveřejněné vyšetření bylo v roce 1964 jako „*Pražské afaziologické vyšetření*“, autorkami tohoto vyšetření byly Budínová, Smělá a Mimrová. Toto vyšetření má svou osnovu, podle které se řídíme. „1. Spontánní řeč 2. Opakování 3. Porozumění mluvenému slovu 4. Pojmenování 5. Automatické řady – početní řady 6. Zpěv 7. Čtení 8. Počítání ústní 9. Počítání písemné 10. Kreslení 11. Psaní.“ Všechna tato vyšetření jsou převzata ze zahraniční literatury k objasnění studií. Česká afaziologie má ale také svou diagnostiku, tím je „*Vyšetřování fatických funkcí – VFF*“. VFF je kvalitativní vyšetření, které zjišťuje různé typy afázie s pomocí Bostonské klasifikace afázií. Vyšetření má šest částí, první je „*Vyšetření spontánní řečové produkce*“, druhá



je „*Porozumění mluvené řeči*“, třetí je „*Schopnost reprodukovat slova a věty*“, čtvrtá je „*Vyšetření nominativní řeči*“, pátá je „*Vyšetření čtení*“, šestá je „*Vyšetření psaní*“ (Neubauer, 2007).

Další diagnostický postup popsala ve své knize paní Roubíčková, takzvaný test 3f. Tento test slouží k posouzení stupně postižení řeči u pacienta. Tento test používají logopedové, foniatři i zdravotníci, kteří s lidmi s porušenou komunikací pracují. Test má tři části. První je faciokineze, u které se vyšetřuje činnost artikulačních svalů, druhou fází je fonorespirace, zaměřuje se na správné dýchání při komunikaci, a třetí fází je fonetika, ta u pacienta zkoumá slovní projevy (Roubíčková, 2011).

Logoped zjišťuje míru postižení u pacienta tím, že mu dává opakovat jednoduchá slova, přechází pomalu ke složitějším. Přechází postupně i k jednoduchým větám, kterým pacient musí porozumět i správně je vyslovit. Další diagnostikou je, že lékař ukazuje na různé předměty v pokoji i na obrázky a pacient se snaží předmět pojmenovat. Pro kontrolu lexie a grafie se bude pacient pokoušet názvy předmětů na obrázkách správně napsat i vyslovit. Pacient může provést i několik činností, jako ukázat na předmět nebo zvednout předmět ze stolu či ho přesunout (Kalvach, 2010).

## **1.6 Terapie afázie**

Metody logopedické terapie se rozdělují na stimulující, korigující a reedukující. Terapie je zaměřená na pacienta s narušenou komunikační schopností. Terapie je zaměřená na aktivní cvičení pod dohledem logopeda a členů rodiny. Tyto terapie pomáhají obnovovat narušené specifické funkce porozumívání, jako je čtení a řeč. Terapeutické směry se rozdělují na kognitivně neuropsychologický přístup, ten obnovuje jazykové procesy. Pragmatický přístup se zabývá afatikou, zapojuje pacienta co nejrychleji do společnosti, tím slouží k obnově řečových funkcí, komunikaci s ostatními a porozumění. Tyto terapie nejsou však jediné, které pacient potřebuje. K této logopedické péči patří i péče rehabilitační, interní i psychologická. Prvotní je však neurologická péče, od které se všechny tyto obory odvíjí (Kejklíčková, 2011).

Při zjištění afázie nastává plno otázek, na které bude logoped odpovídat v průběhu léčby, protože záleží na stupni postižení řeči. Jsou tu otázky, jako například, kdy začít terapii afázie s pacientem, budou se poruchy řeči lépe, jak dlouho bude terapie trvat, jaký typ terapie bude pacientovi vyhovovat nebo jestli se změní pacientova kvalita života. Terapie afázie na každého pacienta zapůsobí jinak, každý má svůj individuální plán, který mu vyhovuje. Určitý vysoký stupeň efektivity terapie afázie má. Pomáhá lidem se socializovat do společnosti a vrátit je do normálního života (Lechta, 2005).

Logoped si pečlivě připraví program, ve kterém se bude pacientovi věnovat, podrobné časové údaje, které probere se sestrou, aby se pacientovi nepřekrývaly ostatní terapie či vyšetření. Sestra seznámí pacienta s programem, aby byl vždy v uvedené hodinu připraven na setkání s logopedem. Sestra vždy připraví prostor, kde se terapie bude konat, a pacienta přemístí na terapii. Pacient potřebuje soukromí, aby se soustředil a nebyl nervózní. Terapie afázie je proces, při kterém musíme dbát na psychiku pacienta. Při začátku terapie je dobré si k sezení přizvat osobu, která je pacientovi blízká a pomůže navázat komunikaci mezi pacientem a logopedem a doplňovat podstatné informace o pacientovi. Narušení komunikační schopnosti ovlivňuje pacienta ve svých obvyklých činnostech, proto je pacient více úzkostlivý, smutný a nemá chuť do terapie. Terapeut se snaží co nejlépe obnovit narušenou komunikační schopnost a působit jako psycholog spíše psychoterapeuticky a motivovat pacienta do další léčby. Komunikace s pacientovou rodinou je velmi přínosná, do léčby se může zapojit kdokoliv z blízkých přátel. Zapojit se a podpořit pacienta s afázií může i partner, jelikož tento stav zasahuje do jejich osobního života. Terapie afázie závisí na stupni afázie. Logopedie nedokáže vyřešit všechna postižení, protože některá postižení jsou nevratná. Terapie by měla být zahájena co nejdříve, už při hospitalizaci v nemocnici. Nejen logopedická péče by měla být pacientovi poskytována, ale i fyzioterapie, případně psycholog, a to dle stavu pacienta (Kateřina Fritzlová, 2015) (Venglářová, Mahrová, 2006).

Aby byla terapie účinná a pomohla pacientovi vrátit se do normálního života, je důležité, aby logoped věděl, jak moc je mozek postižen a začal s vhodnou terapií. Záleží

také na pacientovi, aby věřil ve své uzdravení. Potřebná je rovněž podpora rodiny, aby byl pacient správně motivován. Důležité je začít s terapií včas (Kutálková, Palodová, 2007).

Jednou z metod terapie je neurologická koncepce obnovovací terapie od ruského neurologa Lurija. Tento lékař (neurolog) je zakladatelem známé celosvětové neuropsychologické rehabilitační koncepce, jež vznikla po druhé světové válce. Jeho následovníci vytvářeli terapie pro obnovu fatických funkcí a navazovali na jeho téma. Obnovování řeči pacienta není jednoduché, pacient musí projít dlouhodobou terapií, která je vědecky podložená. Do této terapie přibyly i nové metody terapie, jako je ozvučené čtení, hmat, který je zapojován při obnově čtení písmen, a nebo kinestezie, při níž pacient vnímá pohyb své ruky a obtahuje ve vzduchu písmena, cítí pohyb svých svalů, tím posiluje motoriku ruky. Terapie je zaměřena na poruchy kognitivních funkcí, jako je porucha porozumění řeči nebo poruchy pojmenování předmětu či osoby. Těmito stimulačními technikami pro zmírnění obtíží s pojmenováním se může zabývat i sestra, která má pacienta na starost, provádět tuto terapii, aby zlepšila komunikaci s rodinou i s okolím, pacient může být začleněn postupně do společnosti. Pokud se pacient bude držet přesné terapie pro rozumění řeči, bude moci také komunikovat lépe se svou rodinou a okolím. Tento kognitivně neurologický přístup, jako Lurijova neurologická koncepce, je teorií o jazykovém poznávání výkonu celkového propojení mozku. Tento přístup přináší nové poznatky o terapii jako takové, nové techniky pro obnovu pacientovy řeči a novou kvalitu jeho života. Potíže nastávají tehdy, když se nemění pacientova obtíž. Když pacient nedosahuje určitého cíle a zlepšení komunikační schopnosti za podpory tohoto terapeutického postupu. Po tomto neúspěchu nastává rozvoj speciálně funkčních forem terapie pro péče o osoby nebo skupiny lidí s afázií.

Do specifické obnovovací terapie patří melodicko intonační terapie, jež se zaměřuje na pacienty s motorickou afázií a dobrým porozuměním. Učí je správně mluvit a intonovat různé věty. Další terapií je tlumení perservací, (perservace je opakování slov nebo slovních spojení na jakoukoli otázku), objevuje se u těžkých forem afázie. U pacienta musíme navodit kontrolu jeho mluveného slova, aby kontroloval slova, která vyslovil. Tím se snižuje perservace (Neubauer, 2007).

V chronickém stádiu afázie se používá pragmaticky orientovaná terapie, která pomáhá zlepšit komunikaci těmto lidem s narušenou komunikační schopností. Využívá se bilaterální komunikace mezi pacientem a partnerem, který s ním komunikuje, a také skupinová terapie. Provádí se reedukační terapie, ale také komunikační terapie, aby byli tito lidé rychle navráceni do společnosti a mohli zvládat své každodenní potřeby. U těchto lidí je velmi důležité pravidelně cvičit, efekt je velmi vysoký a dostaví se do několika týdnů. Proto se tak často zkoumá efektivita terapie afázie, aby se zjistilo, co pacientům více vyhovuje. Výzkumy zjistily, že častější terapie je efektivnější (Bachurová, Lebedová, 2008).

Při terapii s pacientem musí sestra i klinický logoped dodržovat určité zásady pro kvalitnější terapii a rychlejší uzdravení pacienta. První zásadou je přesně vědět, o jaký druh afázie se jedná. Druhou zásadou je mít přesný řečový projev pacienta se všemi zvláštnostmi řeči a chybami. Třetí zásadou je, že na základě řečového projevu pacienta stanoví logoped terapeutický plán. Čtvrtou zásadou je, že terapie musí být prováděna několikrát denně patnáct až čtyřicet pět minut, vše je to individuální. Pátou zásadou je pracovat podle uvedených pravidel. Šestou zásadou je, že logoped používá obrázkové materiály. Sedmou zásadou je, že logoped postupuje pomalu, od jednoduchých úkolů po složitější. Osmou zásadou je, logoped se zaměří na ty poruchy řeči, které dělají pacientovi největší problém v komunikaci. Devátou zásadou je, že zapojíme všechny pacientovy smysly, jako je sluch, hmat a zrak. Desátou zásadou je, že logoped i sestra musí předcházet nesprávným návykům v mluvení. Jedenáctou zásadou je, že celý ošetrovatelský personál respektuje psychický i fyzický stav pacienta. Dvanáctou zásadou je, že pro pacienta zařídíme psychoterapii. Třináctou zásadou je, že terapie by měla probíhat v klidném prostředí, s dobrou atmosférou. Čtrnáctou zásadou je, že vypracované úkoly s pacientem opakujeme a připravujeme ho na další úlohy. Patnáctou a poslední zásadou je, že dodržujeme přesný režim dne. K těmto zásadám správné komunikace s pacientem patří i pomůcky, jež sestra používá. Jsou to pomůcky, které zlepšují pacientovu řeč. Patří k nim předměty denní potřeby, jako například zubní kartáček. Nejčastěji se používá obrázkový slovník pro afatiky, stavebnice, obrázkové kostky, obrázkové knihy. Logopedové při terapii používají

zrcadlo a jazykovou lopatku, aby pacient viděl, jak správně artikulovat. Při terapii se také používá počítač se speciálními programy pro afatiky. Používá se televize i rádio. Při terapii nepoužíváme slabikář, protože dospělé lidi deprimuje (Hrnčiarová, 2009).

## **1.7 Spolupráce v ošetrovateľském týmu**

Pojem spolupráce znamená vzájemnou komunikaci v týmu. Tým funguje jako jeden celek, všichni mají své role a úkoly. Samozřejmě člověk, jenž vede celý chod oddělení, musí mít u svých podřízených autoritu. V týmu se rozvíjí pracovní vztahy mezi sestrami a lékaři. Po delším čase jsou sehraným týmem a určené úkoly jim jdou rychleji než jedinci, který se spoléhá sám na sebe. Spolupráce sester a lékařů se postupně vyvíjí. Když tým funguje tak, jak má, vše probíhá správně, protože lidé v týmu si uvědomují, jak je tým pro ně důležitý. V nefungujícím týmu je zmatek, lidé jsou zmatení a nemají rozdělené práce, jež jsou potřebné k chodu oddělení. Atmosféra na pracovišti se odráží na práci lidí v týmu a také na pacientovi. Proto je tak důležité si rozumět a co nejvíce komunikovat. Sesterská práce je jedna z nejnáročnějších prací a také nejhůře ohodnocených. Tato práce vyžaduje potlačení svých osobních emocí, profesionalitu, empatii, schopnost týmové práce a příjemného vystupování vůči pacientovi. Důležité je umět odpočívat, odreagovat se, aby nedošlo k tomu, k čemu u sester dochází, k syndromu vyhoření. Pohled na takovou sestru není příliš lichotivý. Tým se musí navzájem podporovat, aby k těmto stavům nedošlo, svou energii upínají k pacientovi a tím vytváří podmínky k dosažení cíle (Kolajová, 2006) (Vévoda, 2013).

Vztah mezi sestrou a lékařem je velmi důležitý a patří k tomu i komunikace, ať je to psaná forma, ústní vyjádření, gesta či mimika obličeje nebo řeč těla. Sestry jsou důležitou součástí spolupráce s lékaři, jen si to každý lékař neuvědomuje a bere je jako samozřejmost. Pro práci zdravotníka je velmi důležité umět komunikovat a jednat s lidmi, ať jsou to pacienti, spolupracovníci nebo lékaři. Všichni chtějí dosáhnout určitého cíle a pomocí komunikace se k němu dopracují (Vitošová, 2007).

Sestra se s pacientem prvně setkává při příjmu na neurologickém oddělení, kam je pacient přivezen rychlou záchrannou službou s podezřením na cévní mozkovou příhodu. Prvotní a důležitá je včasná diagnostika cévní mozkové příhody. Už první kontakt sestře napoví, že pacient nespolupracuje a jeho komunikace je velmi špatná. Sestra pacienta ihned informuje o tom, kde se nachází, snaží se uklidnit pacienta a případně informovat jeho rodinu. Sestra vysvětlí rychlé vyšetření lékařem a přístroji. Pak následuje uložení na lůžku se sepsáním dokumentace. Při podezření na afázii z důvodu cévní mozkové příhody se ihned kontaktuje příslušný logoped nemocnice. Sestra telefonicky kontaktuje logopeda o přijatém pacientovi s poruchou řeči a informuje ho o nynějším stavu. Logoped si zadá pacienta do své databáze a naplánuje si jeho vyšetření. První sezení vypadá následovně: logoped se s pacientem seznámí a vyšetří ho. Největším problémem je, že pacient nedokáže komunikovat se svým okolím. Proto pacient často používá neverbální komunikaci nebo řeč těla. Pacient je většinou kvůli svému postižení velmi neklidný a agresivní. Nerozumí svému okolí a nedokáže vyjádřit své potřeby a uvědomuje si, že špatně mluví. V této situaci se může připojit i psycholog, který s pacientem řeší jeho problémy, například s depresí ze zhoršené komunikace. Logoped připraví materiály na další sezení, se kterými budou, ať už společně nebo samostatně, pracovat. Logoped předá sestře materiály, na kterých mohou společně nebo s rodinou pracovat. Důležité je, aby logoped poučil rodinu, musí k němu přistupovat velmi opatrně a pomalu. Po týdnu na neurologickém oddělení sestra pacienta překládá na neurochirurgické oddělení pro plánovaný zákrok. Po zákroku se pacient může uvést do umělého spánku pro lepší rekonvalescenci. Sestra na tomto oddělení sleduje pooperační stav pacienta.

Tedy se sestra telefonicky spojí s logopedem a sdělí příjem pacienta s afázií. Logoped musí pacienta po zákroku vyšetřit, jelikož se jeho postižení může zlepšit či zhoršit. Zjišťuje, v jakém stavu se nachází jeho řeč, aby určil stupeň poškození a navrhl další postupy léčby. Začíná se od začátku. Není vždy vyloučené, že pacient bude po operaci mluvit. Musí samozřejmě dbát na jeho psychiku, stav či bolesti. Pacientova rekonvalescence bude ještě náročná a zdlouhavá, proto je nutná komunikace s rodinou. Logoped dochází na oddělení pravidelně, sestra, jež má pacienta na starost,

lékaře informuje o nynějším pacientově stavu, jak psychickém, tak i fyzickém. Spolu s pacientem trénují řeč, psaní či opakování dle uvedených materiálů (viz Příloha 2). Po 14 dnech na neurochirurgickém oddělení je pacient přeložen na rehabilitační oddělení pro špatnou pohyblivost a pro rekonvalescenci. I na toto oddělení dochází pravidelně logoped. U pacienta se objeví nemožnost se vyjádřit ve větách. Proto je komunikace se sestrou velmi obtížná. U různých typů afázie si sestra nachází svou cestičku k pacientovi pomocí pomůcek, i když by mnozí řekli až banálních. Vezme si obyčejnou tužku a papír a vysvětlí pacientovi, ať svou potřebu ve zkratce popíše anebo ukáže. Pacient je zprvu nervózní a netrpělivý, nedokáže se domluvit. Ovládá ho panika a vztek, že mu nejde se vyjádřit. Při komunikaci s pacientem s afázií musíme zachovat vlídný přístup a klid (Slezáková, 2006).

## **2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY**

### **2.1 Cíle**

Cíl 1 – Zmapovat spolupráci sester a logopedů v péči o pacienty s afázií.

### **2.2 Výzkumné otázky**

VO1 – Jaká je spolupráce sester a logopedů v péči o pacienty s afázií?

VO2 – Jaké se používají pomůcky ke zkvalitnění komunikace s pacienty s afázií?



## **3 METODIKA**

### **3.1 Metodika výzkumu**

Ve výzkumném šetření jsme zjišťovali, jak spolu spolupracují sestra a logoped. Výzkum byl prováděn kvalitativní formou na základě polostrukturovaných rozhovorů se sestrami. Rozhovory obsahují devatenáct otázek týkajících se komunikace a ošetrovatelské péče o pacienta s afázií a také spolupráce mezi sestrou a logopedem (viz Příloha 3). Otázky byly vytvořeny na základě teoretické části, která vycházela z odborné literatury a dostupných internetových zdrojů. Výzkumné šetření probíhalo v měsíci červnu roku 2015. Vybrala jsem si z každého oddělení pět sester, se kterými byl výzkum prováděn. Rozhovor byl realizován individuálně s každou sestrou. Sestry byly ujištěny, že jejich odpovědi budou použity pouze pro tuto bakalářskou práci a nedojde k jejich identifikaci. Sestry odpovídaly na otázky podle své zkušenosti s pacienty s afázií. Sestry na těchto odděleních se při své práci často setkávají s pacientem s afázií. Na oddělení jsem přišla provádět rozhovory po domluvě s vrchní i staniční sestrou z každého oddělení. Oslovila jsem sestru na daném oddělení a po domluvě jsme spolu provedly rozhovor. Pro rozhovor jsem si vybrala tichou denní místnost pro sestry, popřípadě jídelnu. Prostředí bylo velmi příjemné, atmosféra při rozhovoru byla klidná a uvolněná. Při rozhovorech jsem si všechny odpovědi sester psala na papír. Později jsem vše přepsala a vytiskla. Se sestrou jsme si volně povídaly a pak jsme nenásilně přešly k otázkám, na které mi všechny sestry odpověděly bez problémů. Rozhovory byly zpracovány metodou tužka papír (Švaříček, Šedová a kol., 2007), následně byly rozhovory zpracovány do sedmi kategorií. Každý rozhovor se sestrou byl očíslován. Pro sestry bylo zvoleno označení S1 až S10 (viz Příloha 4).

### **3.2 Charakteristika výzkumného souboru**

Výzkumný soubor tvoří sestry pracující na dvou odděleních – neurochirurgickém a rehabilitačním oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s. Tyto

sestry se při své práci často setkávají s logopedy a s pacienty s afázií, proto spolu musí spolupracovat. Věk sester se pohyboval v rozmezí od 35 let do 51 let.

## 4 VÝSLEDKY ROZHOVORŮ

Níže uvedené výsledky jsou rozděleny do sedmi kategorií.

**Kategorie č. 1** „Objednání pacienta“ **Kategorie č. 2** „Ošetrovatelská péče“

**Kategorie č. 3** „Komunikace s pacientem“ **Kategorie č. 4** „Předávání informací“

**Kategorie č. 5** „Hospitalizace pacienta“ **Kategorie č. 6** „Zapojení sestry při vyšetření pacienta“ **Kategorie č. 7** „Asistence sestry u vyšetření pacienta“

### 4.1 Kategorie č. 1 „Objednání pacienta“

Kategorie číslo jedna se zaměřuje na to, jakým způsobem se objednává pacient s afázií, který potřebuje odbornou logopedickou péči, na oddělení. S1 odpověděla, že „Lékař zažádá o logopedické konzilium a já zadám žádanku do počítače.“ Tomu samozřejmě předchází předběžné vyšetření ošetřujícím lékařem, jenž podle svého uvážení rozhodne, zda je toto konzilium nutné. S2 uvedla, že „Lékař napíše žádanku do počítače a já se telefonicky spojím s logopedem, který ještě ten den přijde.“ S3 odpověděla: „Když mají pacienti poruchu řeči, tak objednání někdy trvá až dva dny. Zašleme žádanku a telefonicky se spojíme s logopedem.“ S4, 5 se shodly a odpověděly, že s objednáním je někdy předběžnou už na neurochirurgické JIP. S6 uvedla, že „většinou jsou pacienti objednaní z nervového či neurochirurgického oddělení, my se pak telefonicky spojíme s logopedem, že pacient byl přeložen na jiné oddělení.“ S7, 8, 9, 10 se shodly a odpověděly, že pacienti přicházejí objednaní na logopedii z předchozího oddělení a ony se jen spojí s logopedií. Další otázka, kterou jsem sestram položila, byla: „Jak často na jejich oddělení dochází logoped?“ Jejich odpovědi se shodovaly. S1, 2, 4, 5, 6, 9, 10 se shodly a odpověděly, že na jejich oddělení dochází logoped dvakrát týdně nebo podle potřeby pacienta i častěji. S3 odpověděla, že „Logopedové chodí za pacienty podle objednaní a naplánují si návštěvy podle sebe.“ S7, 8 odpověděly, že na jejich oddělení chodí logoped třikrát týdně – v pondělí, ve středu a v pátek.

Dále jsem se zabývala tím, jak spolu logoped a sestra komunikují. Je zcela zřejmé, že nemají čas na delší rozhovory a letmo kolem sebe projdou. Zjišťovala jsem, jestli logoped předává sestřím doporučení ohledně péče o pacienta s afázií. S1 odpověděla, že *„Logoped mi předá okopírované papíry se cvičením a materiály.“* S2 řekla, že *„Žádné doporučení jsem neobdržela, logoped přinesl materiály pro pacienta.“* S3, 4, 5 se shodly, že nic zvláštního neobdržely. Pacienti mají své materiály. S6, 8, 9, 10 odpověděly, že *„Logoped předal pacientovi materiály a požádal, abychom dohlédly na procvičování.“* S7 uvedla, že *„Pacienti mají své úkoly a logoped nám ukáže, jak s pacientem cvičit orofaciální cviky.“* Orofaciální cvičení je rozvíjení svalové hybnosti, které je nutné pro správnou artikulaci. Provádí se většinou na začátku logopedické terapie s účelem procvičit mimické svaly. Přínosem této techniky je lepší orientace jazyka v ústech, změna jeho polohy, odstranění problémů spojených s komunikací. S pacientem můžeme procvičovat tyto cviky pro rozvoj mimických svalů. Například mračení, špulení úst, široký úsměv, mrkání, nafukování tváří (viz Příloha 5).

#### **4.2 Kategorie č. 2 „Ošetrovatelská péče“**

Kategorie *„Ošetrovatelská péče“* se zaměřuje na to, jaký by měl být přístup sestry k pacientovi s afázií. Odpovědi sester se shodovaly až na pár výjimek ve všech bodech. Sestra je hlavní součástí v ošetrovatelské péči o pacienta s afázií. Setkává se s ním denně. Sestra je profesionálka a tím si dokáže utvářet s pacientem hlubší důvěru. S1 odpověděla, že *„Důležité je mít čas na pacienta, mít trpělivost a navázat oční kontakt.“* S2 odpověděla, že *„Zvýšená péče, pomalé zacházení, být trpělivá a empatická.“* S3 uvedla, že *„Musím být vždy trpělivá, pacient si uvědomuje své postižení, takže ho neodbýt, ale pomalu komunikovat.“* S4 uvedla, že *„Hlavní je trpělivost, pomalé jednání a vhodně se domluvit.“* S5 odpověděla, že *„Určitě je to trpělivost a vlídnost, musím mluvit tak, aby mi případně odezíral z úst, a mluvit pomalu a jednoduše.“* S6 odpověděla, že *„Musím jednat pomalu, mít trpělivost, mluvit pomalu. Dbát na psychiku pacienta a vytvořit si důvěru.“* S7 uvedla, že *„Vést pacienta*

*k soběstačnosti, více komunikovat, aby se mohl vrátit domů.“ S8 řekla, že „Hlavní je na pacienta nechvátat a důležitý je nácvik polykání.“ S9 a 10 uvedly, že jednají trpělivě, mluví pomalu a jsou empatické. Samozřejmě je to pro sestry za běžného a uspěchaného chodu oddělení velmi těžké.*

### **4.3 Kategorie č. 3 „Komunikace s pacientem“**

V této kategorii jsem se zaměřila na komunikaci mezi sestrou a pacientem. Je to velmi podstatná věc v ošetrovatelské péči. Sestra by měla zajistit vhodné a pro pacienta příjemné prostředí a v první řadě pacientovi objasnit důvody jeho obtížného vyjadřování. Mluvit s ním v krátkých větách a srozumitelně. Vždy se ujistit, že pacient porozuměl tomu, co po něm sestra chce vědět. Například kývnutím hlavy. Jakmile se komunikace s pacientem naváže, sestra by jej neměla opravovat a ani upozorňovat na jeho chyby v komunikaci, naopak by mu měla nabízet vhodná slova. Pokud se komunikaci nepodaří navázat, sestra by pacienta do kontaktu s ní neměla nutit. Mohlo by dojít k pacientovu ponížení a zhoršení jeho psychického stavu a tím by se mohl celému okolí uzavřít. Na otázku, co sestram pomáhá v komunikaci s pacientem, se většina sester shodla, že nejčastěji používají tužku a papír nebo tabulku s písmeny. S1 odpověděla, že *„Některý pacient rozumí, co mu říkám, a jiný ne, tak si vezmu tužku a papír a napíšu mu to.“* S2 řekla, že nakreslí tabulku s písmeny. S3 odpověděla, že jí pomáhá tabulka, pomalé mluvení a otázky ANO – NE. S4, 5 odpověděly, že mluví pomalu a používají tužku a papír. S6 odpověděla, že *„Používáme fotky rodiny, které pacient popisuje, a tužku a papír.“* S7, 9 uvedly, že *„Používám slovník pro afatiky, tužku, papír a obrázky.“* S8 uvedla, že používá slovník pro afatiky a tužku a papír. S10 uvedla: *„Používám obrázky, tabulky s písmeny a moderní je dnes používat tablet.“*

#### **4.4 Kategorie č. 4 „Předávání informací“**

V této kategorii jsem se zaměřila na komunikaci mezi sestrou a logopedem. Komunikace mezi sestrou a logopedem je velmi důležitá. Z toho, co jsem se dosud dozvěděla od sester a lékařů, je komunikace nedostačující. Většinou si sestra přečte pouze zprávu v počítači. Podle mého názoru by sestra měla alespoň vědět, že logoped na oddělení a u pacienta byl, a měla by být informována, jak pokročili a naopak, kdyby se něco v komunikaci zkomplikovalo. Je to sice těžké za chodu oddělení a nedostatku času, ale podle mého názoru je lepší osobní kontakt. Lékař je při osobním jednání více otevřený a vybaví si více detailů z rozhovoru s pacientem, než když píše strohou zprávu do počítače. Při rozhovorech mi sestry odpověděly takto. S1 odpověděla, že *„Přečtu si zprávu, kterou logoped napsal.“* S2 řekla, že *„Logoped přinese zprávu, nebo si ji přečtu v počítači, jinak kontakt nemáme.“* S3 odpověděla, že *„Logoped nám nechá zprávu a my si ji potom vytiskneme.“* S4 uvedla, že *„V počítači si najdeme zprávu a přečteme si ji.“* S5 odpověděla, že *„Napíše nám zprávu, kterou si potom přečteme a založíme.“* S6 uvedla, že *„Informace mi předá ústně a napíše nám zprávu do počítače.“* S7 uvedla, že *„Já se setkala s osobním přístupem.“* S8 odpověděla, že *„Logoped se mnou komunikuje osobně.“* S9 odpověděla, že *„Předá mi informace osobně anebo si přečtu zprávu v počítači.“* S10 odpověděla, že *„Informace mi předá ústně nebo ve zprávě v počítači.“*

#### **4.5 Kategorie č. 5 „Hospitalizace pacienta“**

Doba hospitalizace pacienta ho velmi ovlivňuje v jeho psychickém stavu. Proto je potřeba dobu hospitalizace minimalizovat. Doba pobytu záleží na každém oddělení. Pacienti s afázií leží na neurologickém oddělení s akutním onemocněním, dále leží na neurochirurgickém oddělení z důvodu zákroku, který pacientovi prodlouží život. Posledním oddělením, kde bude pacient ležet, je rehabilitační oddělení. Na těchto odděleních by měli být pacienti s afázií uloženi jednotlivě nebo rozděleni podle jejich

psychického stavu v návaznosti na toto onemocnění. Měli by k sobě být přiřazeni pacienti, kteří se dorozumívají podobnými způsoby a dosahují podobných výsledků v terapii. Tím se zabrání psychickému nátlaku na pacienta. Když pacient uvidí, že se před druhým pacientem nemá proč stydět, bude se mu komunikovat jak s lékařem, tak se sestrami lépe a tím se dosáhne rychlejších pokroků. Dlouhý pobyt je pro pacienta velmi náročný, jelikož není ve svém domácím prostředí a chybí mu rodina a přátelé. V rozhovorech jsem se ptala sester, jak dlouho pacienti na oddělení leží. S1 uvedla, že na neurochirurgickém oddělení leží jeden až dva týdny. S2 odpověděla, že *„Podle stavu pacienta, podle kapacity oddělení, a pak je překládáme zpět na neurologické oddělení.“* S3 odpověděla, že *„To je individuální, podle zákroku, po kterém tu jsou, ale také týden nebo dva.“* S4 a S5 se shodují s ostatními, že pacient leží na neurochirurgickém oddělení jeden až dva týdny. S6 odpověděla, že na rehabilitačním oddělení leží pacienti přibližně tři až čtyři týdny. S7 uvedla, že *„Doba se stále zkracuje, dříve tu leželi osm až devět týdnů a teď jsou to tři týdny.“* S8 řekla, že zde leží pacienti nejdéle šest týdnů. S9 odpověděla, že zde leží tři a více týdnů. S10 odpověděla stejně jako S8 a 9, že zde leží tři a více týdnů.

#### **4.6 Kategorie č. 6 „Zapojení sestry při terapii s pacientem“**

V této kategorii se zaměřuji na sestry, které mají zájem o terapii afázie. Na otázku, jakým způsobem se zapojují sestry při terapii, se jejich odpovědi shodovaly. Zapojení se do terapie by sestře pomohlo v lepší komunikaci s pacientem. Sestry mi odpovídaly takto: S1 uvedla, že nemá čas se zapojovat a že si logoped dochází sám za pacientem. S2 uvedla, že *„Nezapojuji se, nemám bohužel čas. Logoped má rád svůj klid s pacientem.“* Není chyba jen na straně sestry, ale i na straně logopeda, jenž by měl častěji se sestrou komunikovat. Spolupráce mezi nimi by se měla změnit k lepšímu. Najít si společně čas a projednat, co je pro pacienta nejdůležitější. S3 mi odpověděla, že *„Když mám čas, tak se jdu podívat, jak logoped pracuje s pacientem.“* S4, S5 mi odpověděly stejně jako S2, že nemají čas se zapojovat. S6 řekla, že *„Nezapojuji se,*

*pracují zde ergoterapeuti, kteří se zapojují a cvičí s pacienty.*“ S7 odpověděla, že se nestihá zapojit. S8 odpověděla, že *„Když je čas, tak se kouknu, jak sezení probíhá.*“ S9 uvedla, že se nezapojuje. S10 odpověděla, že *„Ano, zapojuji se, chodím s logopedem dvakrát týdně na sezení s pacienty.*“ Tato sestra jako jediná z tázaných deseti sester se aktivně zapojuje a podílí se na terapii s pacientem. Je to poměrně málo, ale sestra je podstatně vytížená osoba na oddělení.

#### **4.7 Kategorie č. 7 „Asistence sestry u vyšetření pacienta“**

Tato kategorie popisuje, jak sestra asistuje logopedovi při vyšetření pacienta. Vyšetření většinou provádí logoped sám s pacientem, v soukromí. Pacient se necítí dobře s více lidmi v místnosti, stydí se za to, jak špatně mluví. Jak mi sestry odpovídaly, v různých momentech jsou při vyšetření potřebné. S1 odpověděla, že *„Neasistuji při vyšetření, pouze na zavolání.*“ S2 stejně jako S1 uvedla, že se nezapojuje při vyšetření. S3 uvedla, že *„Při vyšetření tam nejsem, pouze když je čas, tak poslouchám.*“ S4 odpověděla, že *„Neasistuji, není na to čas. Logoped chce mít s pacientem klid.*“ S5 uvedla, že neasistuje při vyšetření. S6 uvedla, že *„Neasistuji při vyšetření. U ležícího pacienta asistuji, pomáhám.*“ S7 odpověděla, že neasistuje u vyšetření. S8 odpověděla, že *„Vyšetření si logoped provádí sám.*“ S9 a S10 odpověděly, že logopedovi neasistují.



## 5 DISKUZE

Tato bakalářská práce se zabývá spoluprací mezi sestrou a logopedem u pacientů s afázií. Toto téma jsem si vybrala, protože mě na první pohled při výběru bakalářské práce zaujalo slovo afázie. Během své praxe jsem se setkala s pacienty s afázií a neuvědomovala jsem si důležitost komunikace mezi sestrou a pacientem ani mezi sestrou a logopedem. Stejně jako si sestry v rozhovorech neuvědomovaly pojem afázie, po objasnění termínu si některé vybavily, co pojem afázie znamená, a shrnuly afázií jako poruchu řeči u pacienta. Ukázalo se, že sestry také znají pojem afázie jako synonymum jiných pojmů, např. fatická porucha nebo dysartrie. S pacienty s poruchou řeči v různém rozsahu jsem se setkávala na několika odděleních, jako je např. neurologie, neurochirurgie, rehabilitace, oddělení následné péče nebo traumatologie. Problematika afázie není pouze problémem jednooborovým, ale komplexním.

Při vybírání zdrojů jsem měla k dispozici velmi málo knih o afázií u dospělých osob a nepoměrné množství literatury o dětských poruchách řeči. Postrádala jsem zdroje zaměřené na afázií jako ošetrovatelský problém, takovéto pojetí je pouze okrajově zmíněno v *Neurologii pro nelékařské zdravotnické obory* od Seidla (2008). Většina literatury je věnována klinickým logopedům a lékařům specialistům, jako například kniha *Mozek a řeč: neurologie nejen pro logopedy* od autorů Love a Webb (2009). Neexistuje literatura, která by se zabývala přímou spoluprací mezi sestrou a logopedem. Sestry často nepoznají, že pacienti trpí afázií, protože málo spolupracují s logopedy, a ani neexistují žádné testy, které sestry při příjmu pacienta hodnotí, jako např. testy Bradenové, Nortonové nebo Barthelův test. Pro sestry je objednání logopeda pouhou ordinací ošetřujícího lékaře, který ordinuje objednání logopeda a ne spoluprací s ním. Sestry od lékařů nemají žádnou zpětnou vazbu, tento problém je zmíněn v článku *Komunikace mezi sestrou a lékařem* (Vitošová, 2007). Naopak více je webových stránek s touto problematikou a mnoho obrázkových knížek pro terapii afázie, které jsou běžně dostupné v jakémkoliv knihkupectví, nebo jednoduše postačí jakákoliv dětská obrázková knížka.

Pro pochopení celé problematiky jsem si sjednala schůzku s paní magistrou Vintrovou, která je klinickým logopedem v Nemocnici České Budějovice, a.s. Paní magistra mě zasvětila do celé problematiky logopedie. V rozhovoru s paní magistrou jsem položila otázku, zda se sestry zajímají o problematiku afázie a o informace ohledně ošetrovatelské péče o pacienty s afázií. Odpověděla, že jednotlivé sestry zájem mají, zapůjčí jim zajímavé materiály nebo doporučí literaturu či internetové stránky. Z výsledného šetření se toto nepotvrdilo, jelikož mi sestry v rozhovorech odpovídaly, že nemají zájem o další vzdělání v této problematice.

Během zpracování práce jsem měla možnost se zúčastnit sezení s pacientem a paní magistrou. Paní magistra mi ukázala, jak probíhá terapie s pacientem s afázií. Bylo zajímavé vidět paní magistru při práci s pacientem. Publikum pacientovi nevadilo, představila jsme se a poslouchala, jak spolu cvičí řeč, psaní nebo počítání. Pacientem byl sedmdesátiletý pán, kterého postihla cévní mozková příhoda, ležel dlouhé měsíce v nemocnici a vystřídal několik oddělení. S paní magistrou se dobře znali, od začátku jeho postižení ho provázela jeho hospitalizací. Po propuštění z nemocnice začal pacient docházet za paní magistrou ambulantně.

Mnoho zdrojů uvádí, že pacient je velmi rychle unavitelný a reaguje při únavě i podrážděně. To potvrzují i Škodová, Jedlička a kol. (2007) ve své knize. Sama jsem se o tom přesvědčila při sezení s paní magistrou. Pacient byl na začátku velmi ochotný a plný energie, postupem času, co probíhala terapie, se rychle unavil, byl podrážděný, vztekly, rozčilovalo ho, že mu to nejde podle jeho představ, přestal se soustředit, byl roztěkaný. Po 30 minutách sezení byl zcela vyčerpaný a neochotný k dalšímu procvičování.

Je velmi vhodné, aby se s pacientem začalo cvičit ihned v první fázi onemocnění. Cílem je dosáhnout co nejlepšího výsledku a předejít tím možným komplikacím při pozdním rozpoznání afázie a jejím terapeutickým řešením; ostatně se o tom zmiňuje kniha *Logopedické poradenství: příklady a analýzy* z roku 2009.

Tento přístup mi potvrdilo i sezení s paní magistrou. Její letité zkušenosti a bohatá praxe. Paní magistra aktivně prochází každý den oddělení, na kterých leží

pacienti s afázií. S těmito pacienty také každý den pracuje. Bohužel ona a její kolegyně jsou samy na celé spektrum pacientů ležících na několika odděleních v nemocnici.

Výhodou jsou pracoviště, která mají k dispozici klinického logopeda. V některých nemocnicích tato péče na sebe navazuje, klinický logoped za pacientem dochází a cvičí s ním na každém oddělení od prvopočátku jeho postižení, jako je tomu například v Českých Budějovicích a Písku. Mnoho nemocnic však logopeda v ošetrovatelském týmu nemá, například v Českém Krumlově a Táboře. Tito pacienti jsou odkázáni pouze na sebe, svou rodinu a v neposlední řadě na sestru, která s pacientem tráví nejvíce času. Na otázku, jak by měla sestra k pacientovi přistupovat, odpověděla S5 takto: *„Určitě je to trpělivost a vlídnost, musím mluvit tak, aby mi případně odezíral z úst, a mluvit pomalu a jednoduše.“* S tím úzce souvisí komunikace s pacientem, který má afázií. S5 odpověděla, že mluví pomalu a používá tužku a papír, jak uvádí Venglářová a Mahrová ve své knize *Komunikace pro zdravotní sestry* (2006), kde je i doporučeno komunikovat za pomoci obrázků, symbolů a psaných projevů.

Z tohoto důvodu by každá sestra měla znát správné zásady komunikace s pacientem s afázií a umět doporučit pacientovi a jeho rodině kontakt na specialistu – logopeda či doporučit kluby afatiků. Kluby afatiků pořádají několikrát týdně terapeutické setkání pro osoby s narušenou komunikační schopností. Skupinu vede logopedka, která se zaměřuje na konverzační porozumění, spontánní projev, čtení psaní, orientaci a pozornosti paměti. Tato setkání umožňují individuální terapie v přirozeném prostředí. Rozvíjejí nové komunikační strategie, začlenění do společnosti a předávání si nových informací navzájem.

Cílem kvalitativního výzkumu této práce bylo zmapovat spolupráci sester a logopedů. K tomuto cíli patří i dvě výzkumné otázky, první výzkumná otázka byla: *„Jaká je spolupráce sester a logopedů v péči o pacienty s afázií?“* A druhá výzkumná otázka zněla: *„Jaké se používají pomůcky ke zkvalitnění komunikace s pacienty s afázií?“* Pro splnění daného cíle jsme použili polostrukturovaný rozhovor. Rozhovory byly prováděny v Nemocnici České Budějovice, a.s. Rozhovory se sestrami byly velmi příjemné, vyhradily si na mne čas, takže vše probíhalo v klidné atmosféře.

Bylo znát, že sestry nevědí, že pacient má nějakou poruchu řeči. I když mi v otázkách odpověděly správně, jak se k pacientům s afázií má přistupovat, realita je však jiná. Sestry jsou velmi vytížené a je jich na oddělení málo, to způsobuje, že není pacientům věnováno tolik času a pozornosti, kolik by potřebovali. Všechny dotazované sestry uváděly, že jejich největším nepřítelem je čas. I když uvádějí, že nemají čas, tak na pokoje k pacientům chodí neustále provádět jednotlivé výkony. Při tom by mohla sestra pacienta vyzvat, aby jí četl z materiálů od paní magistry Vintrové nebo aby procvičoval před zrcátkem mimické funkce (viz Příloha 5). Je důležité, aby sestra uměla pacienta správně motivovat a edukovat. A ne jen pacienta, ale aby uměla komunikovat s pacientovou rodinou. Jen samotná komunikace pacienta se sestrou pomáhá v procvičování řeči pacienta, jak uvádí v knize *Logopedie: narušení komunikační schopnosti, logopedická prevence, logopedická intervence v ČR, příklady z praxe* autorka Klenkové (2006). Sestry odpovídaly velmi stručně a nemají zájem se dále vzdělávat. Nemají čas se zabývat cvičením s pacientem s afázií. Proto bych tuto práci chtěla věnovat sestrám na oddělení, aby si věděly rady a pacienty nepřehlížely. Z výzkumného šetření vychází, že sestry tyto pacienty nevnímají jako důležité a nespolupracují s logopedem a logoped s nimi také ne, obchází sestry a nekomunikuje s nimi. Zanechá pouze zprávu, kterou si sestra vytiskne do dekurzu, a tím to končí.

S10 uvedla: „*používám obrázky, tabulky s písmeny a moderní je dnes používat tablet*. Tablet je v dnešní době praktická pomůcka pro lidi s porušenou komunikační schopností, jako je například afázie. Je mnoho internetových portálů, kde si rodina může za poplatek stáhnout program pro tablet, kde najde terapeutické cvičení (viz Příloha 6).

Tablet by mohl být i volně přístupný na odděleních s příslušnými programy. Prozatím tomu tak není. Je to tzv. „hudba budoucnosti“. Tablet by velmi ulehčil sestrám procvičování s afatiky i při nedostatku času. Podrobnější seznámení s tabletem by měla mít i rodina pacienta, která je důležitou součástí při zařazení pacienta do běžného života a běžné komunikace. Toto opatření není v dnešní době, kdy „elektronika vládne světem“, nijak nákladné po finanční stránce, není ani nijak zatěžující pro ošetřující personál, který s počítači běžně pracuje každý den.

Sestra musí mít snahu s logopedem mluvit a chtít informace o pacientově terapii či rehabilitaci. V případě, že logoped zaznamená zájem ze strany sestry, vstřícně jí poskytne veškeré materiály a informace. V rozhovorech se sestry často shodly. Je viditelné, že spolupráce sestry a logopeda je minimální, nemají na sebe čas a prostor. Logopedové většinou předají materiály pro pacienta a musí zase na jiné oddělení, pak napíší zprávu, kterou si sestra přečte v počítači o daném pacientovi. Každý má svou práci, a tu si plní. Jen ji neplní dohromady, sestry se neúčastní vyšetření afatika ani se nezajímají o danou terapii u pacienta, jak bylo řečeno, sestry nemají čas. Najdou se sestry, které mají zájem, a tak chodí na různé semináře anebo vyhledávají novinky na internetu, ale takových sester je málo. Podle sester je málo i seminářů k danému tématu. To by mohlo být k zamyšlení pro staniční a vrchní sestry na odděleních – semináře by se mohly pořádat pravidelně a aktualizovat podle nových trendů za spolupráce s logopedy. Je to rozšířené téma spíše mezi lékaři, logopedy, kteří tuto problematiku probírají na lékařských konferencích. Mnoho bakalářských a diplomových prací z různých univerzit se zajímá o afázii a problematiku logopeda. Spolupráce sestry s logopedem a nenahraditelná práce sestry v péči o pacienta s afázií je zmiňována v pracích pouze okrajově, například v diplomové práci Jany Smejkalové (*Logopedická intervence u osob po cévní mozkové příhodě*). Spousta diplomových prací se zabývá afázií pouze jako logopedickým problémem v rámci speciální pedagogiky.

Ze šetření také vyplývá, že sestry pracující na rehabilitačním oddělení se o problematiku zajímaly mnohem více než sestry pracující na neurochirurgii. Pokud můžu soudit, proč tomu tak je, tak z vlastní zkušenosti, kdy jsem absolvovala praxi na obou odděleních, vím, že je to tím, že sestry na RHB mají minimum ošetrovatelské péče a téměř samostatné pacienty, mají tudíž více času se věnovat problematice afázie i spolupráce s logopedy a ergoterapeuty. Na rozdíl od sester pracujících na NCH, kde mají ošetrovatelské péče nesrovnatelně více, dále mají také péči specializovaně zaměřenou na svůj obor, od poranění nervů na končetinách, přes poranění hlavy, nádory mozku, anomálii nervového systému po poranění nebo neurovegetativní změny páteře. Jsou přepracované kvůli přibývajícimu počtu pacientů a adekvátně se nenavyšujícimu počtu ošetrovatelského personálu.

Podle mého názoru se nikdy nesejdou dvě osoby se stejným průběhem nemoci, i když mají stejnou diagnózu, protože každý člověk je jedinečná osobnost. V rámci ošetrovatelské péče by se tak mělo i k pacientům přistupovat, s podobným názorem jsem se setkala v časopise *Sestra* v článku Lenky Juříkové (2013). Avšak od článku se můj názor liší v tom, že by práce s pacienty neměla být čistě v režii logopeda, ale i sestry.

Podle statistik Traumacentra a KCC nemocnice České Budějovice přibývá jak úrazů – kraniotraumat, tak i pacientů, u kterých se diagnostikuje CMP. Dvě hlavní kategorie pacientů trpících afázií. Měla by se tudíž zvyšovat i ošetrovatelská péče o tyto pacienty, rozšířit se ošetrovatelské týmy o logopedy a sestry specialistky, vytvořit nové dokumentace nebo testy zachycující poruchy řeči hned v počátečních stádiích postižení, pořádat odborné semináře, navýšit ošetrující personál, navýšit kompetence sestry. To je několik návrhů, které by podle mého názoru zlepšily efektivitu péče o pacienty s afázií a zároveň by umožnily zdravotním sestřám lepší spolupráci s logopedy.

Na závěr si dovolím citovat britského neurologa z přelomu minulého století: „*Jako sad poničený podzimním mrazem ztrácí člověk snadno plody řeči ...*“ (viz Příloha 7).

## 6 ZÁVĚR

Cílem této práce bylo zmapovat spolupráci mezi sestrou a logopedem u klienta s afázií. Cíl byl splněn. Na začátku jsme si zvolili dvě výzkumné otázky, první byla: „*Jaká je spolupráce sester a logopedů v péči o pacienty s afázií?*“ Druhá výzkumná otázka zněla: „*Jaké se používají pomůcky ke zkvalitnění komunikace s pacienty s afázií?*“ Z rozhovorů vyplývá, že sestry i logopedové spolu málo spolupracují. Každý z nich má svou práci, při které potřebuje klid. Sestry si přečtou zprávu, již logoped napsal do počítače o pacientovi, a více spolu nekomunikují. Logopedové přinášejí pacientům různé materiály pro procvičování řeči, měli by však sestry s těmito materiály seznámit, aby se i ony mohly zapojit do pacientovy terapie. Předávání informací je velice podstatné v celé ošetrovatelské péči, probíhá zde nejzásadnější spolupráce mezi sestrou a logopedem. Tímto procesem se v této práci zabývám. Velkou překážkou mezi sestrou a logopedem je čas, který ovlivňuje jejich vzájemnou komunikaci. Sestry při komunikaci s pacienty používají nejčastěji tužku a papír, dále také používají fotografie rodin, aby je pacient popisoval. Novinkou v komunikaci je tablet, na kterém si pacient může procvičovat řeč a také se dorozumívat pomocí tabulek s písmeny se sestrou. Sestra pacienta také psychicky podporuje, pracuje velmi trpělivě a pomalu. Pacient může být agresivní a trpět depresemi z důvodu špatného vyjadřování.

Tuto bakalářskou práci bych chtěla předat sestrám, které pracují s pacienty s afázií, a těm, které budou v budoucnu s těmito pacienty pracovat. Pro využití pro praxi bych navrhovala, aby se sestry více zajímaly o tuto problematiku a v rámci kvalitnější ošetrovatelské péče častěji komunikovaly s logopedy. Dalším návrhem pro zlepšení kvality spolupráce by byly společné semináře pro sestry a logopedy o ošetrovatelské péči o pacienty s afázií nebo vytvořit pro sestry program na e-learningu o ošetrovatelské péči o pacienty s afázií. Logopedové by měli sestru kontaktovat při svém příchodu na oddělení a informovat sestru o stavu řeči pacienta. Velkým přínosem by bylo navržení využití tabletů v ošetrovatelské péči o pacienta s afázií a v oblasti logopedické. Je možné si zakoupit aplikace do tabletů pro osoby s afázií na stránkách

i-logo.cz. Přínosem by byl program, který bude volně stažitelný pro každého pacienta a jeho rodinu.



## 7 SEZNAM LITERATURY

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

CSÉFALVAY, Zsolt. *Terapie afázie: teorie a případové studie*. Praha: Portál, 2007. 175 s. ISBN 978-80-7367-316-1.

FARKAŠOVÁ, Dana a Klára ŠEĐOVÁ. *Výzkum v ošetrovatelství*. Martin: Osveta, c2006. 87 s. ISBN 80-806-3229-4.

FRIEDLOVÁ, Karolina. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. Praha: Grada, 2007. 168 s. ISBN 978-80-247-1314.

HRNČIAROVÁ, Anna. *Afázia ako riešiteľný problém*. Praha: [Asociace klinických logopedů České republiky], 2009. 124s. ISBN 978-80-903312-2-8.

JUŘÍKOVÁ, Lenka. Afázie aneb Komunikace v ohrožení. *Sestra*. 2013, roč. 23. č 07/08, s. 26–27. ISSN 1210-0404.

KALVACH, Pavel. *Mozkové ischemie a hemoragie*. 3., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2010. 456 s. ISBN 8024770377.

KEJKLÍČKOVÁ, Ilona. *Logopedie v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2011. 128 s. ISBN 978-80-247-2835-3.

KEREKRÉTIÓVÁ, Aurélie. *Základy logopédie*. Bratislava: Univerzita Komenského, 2009. 343 s. ISBN 978-802-2325-745.

KLENKOVÁ, Jiřina. *Logopedie: narušení komunikační schopnosti, logopedická prevence, logopedická intervence v ČR, příklady z praxe*. Praha: Grada, 2006. 224 s. ISBN 80-247-1110-9.

KOLAJOVÁ, Lenka. *Týmová spolupráce: jak efektivně vést tým pro dosažení nejlepších výsledků*. Praha: Grada, 2006. 105 s. ISBN 80-247-17646.

KOUKAL, Milan. Mrtvice je časovanou bombou. *21. století*. 2008, č.3, s.76–79. ISSN 12 14 10 97.

KUTÁLKOVÁ, Dana a Daniela PALODOVÁ. *Palatolalie a afázie: metodika reedukace*. Praha: Septima, 2007. 48 s. ISBN 978-80-7216-241-3.

LECHTA, Viktor. *Logopedie: narušení komunikační schopnosti, logopedická prevence, logopedická intervence v ČR, příklady z praxe*. Praha: Grada, 2006. 224 s. ISBN 80-717-8961-5.

LOVE, Russell J. a Wanda G. WEBB. *Mozek a řeč: neurologie nejen pro logopedy*. Praha: Portál, 2009. 372 s. ISBN 978-80-7367-464-9.

NEUBAUER, Karel. *Neurogenní poruchy komunikace u dospělých: [diagnostika a terapie]*. Praha: Portál, 2007. 227 s. ISBN 978-80-7367-159-4.

PEUTELSCHMIEDOVÁ, Alžběta. *Logopedické poradenství: příklady a analýzy*. Praha: Grada, 2009. 124 s. ISBN 978-80-247-2666-3.

ROUBÍČKOVÁ, Jaroslava. *Test 3F: dysartrický profil*. 3., dopl. a přeprac. vyd. (v nakl. Galén 1.) Praha: Galén, c2011. 86 s. ISBN 978-80-7262-714-1.

SAMEŠ, Martin. *Neurochirurgie: učebnice pro lékařské fakulty a postgraduální studium příbuzných oborů*. Praha: Maxdorf, c2005. 127 s. ISBN 80-734-5072-0.

SEIDL, Zdeněk. *Neurologie pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada, 2008. 168 stran. ISBN 978-80-247-2733-2.

SLEZÁKOVÁ, Zuzana a Daniela PALODOVÁ. *Neurologické ošetrovatel'stvo: metodika reedukace*. Martin: Osveta, c2006. 165 s. ISBN 80-806-3218-9.

SMEJKALOVÁ, Jana. *Logopedická intervence u osob po cévní mozkové příhodě*. Brno, 2011. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta, Katedra speciální pedagogiky. Vedoucí bakalářské práce PhDr. Barbora Bočková, Ph.D.

ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, Jitka a Eva ZACHAROVÁ. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. Praha: Grada, 2011. 278 s. ISBN 8024771071.

ŠKODOVÁ, Eva a Ivan JEDLIČKA. *Klinická logopedie: příklady a analýzy. 2., aktualiz. vyd.* Praha: Portál, 2007. 615 s. ISBN 978-80-7367-340-6.

ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007. 377 s. ISBN 978-80-7367-313-0.

TRUHLÁŘOVÁ, Marie. *Obrázkový slovník pro afatiky. 5. vyd. (3., české, nové il. vyd.)* Praha: Avicenum, 1984. 26 s.

VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, c2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.

VÉVODA, Jiří. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Praha: Grada, 2013. 159 s. ISBN 80-247-4732-4.

## Elektronické zdroje

ČECHÁČKOVÁ, Miloslava. Afázie, nejvážnější a nejkomplicovanější druh porušení komunikační schopnosti. *Lékařské listy* [online]. 2001, č. 13. [cit. 2015-07-10]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/afazie-nejvaznejsi-a-nejkomplicovanejsi-druh-poruseni-komunikacn-134493>

Činnost zdravotnických zařízení ve vybraných oborech. *Uzis.cz* [online]. [cit. 2015-07-10]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/2015/kveten/novinky-ustavu-zdravotnickych-informaci-statistiky-ceske-republiky>

FRITZLOVÁ, Kateřina. Afázie. *Logopedie-fritzlova.cz* [online]. © 2013 [cit.2015-07-10]. Dostupné z: <http://www.logopedie-fritzlova.cz/>

Ischemické cévní mozkové příhody. *Cmp-manual.wbs.cz* [online]. ©2015 [cit. 2015-07-10]. Dostupné z: <http://cmp-manual.wbs.cz/>

Logošík. *Sites.google.com* [online]. [cit. 2015-07-10]. Dostupné z: <https://sites.google.com/site/logosik1/pomocnicek>

VITOŠOVÁ, Marie. Komunikace mezi sestrou a lékařem. *Sestra* [online]. 2007, č. 5. [cit. 2015-07-10]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/komunikace-mezi-sestrou-a-lekarem-305671>

## **8 PŘÍLOHY**

Příloha 1: Bostonská klasifikace afázií na scenech MRI

Příloha 2: Logopedické obrázky pro terapii

Příloha 3: Otázky pro polostrukturovaný rozhovor

Příloha 4: Rozhovory

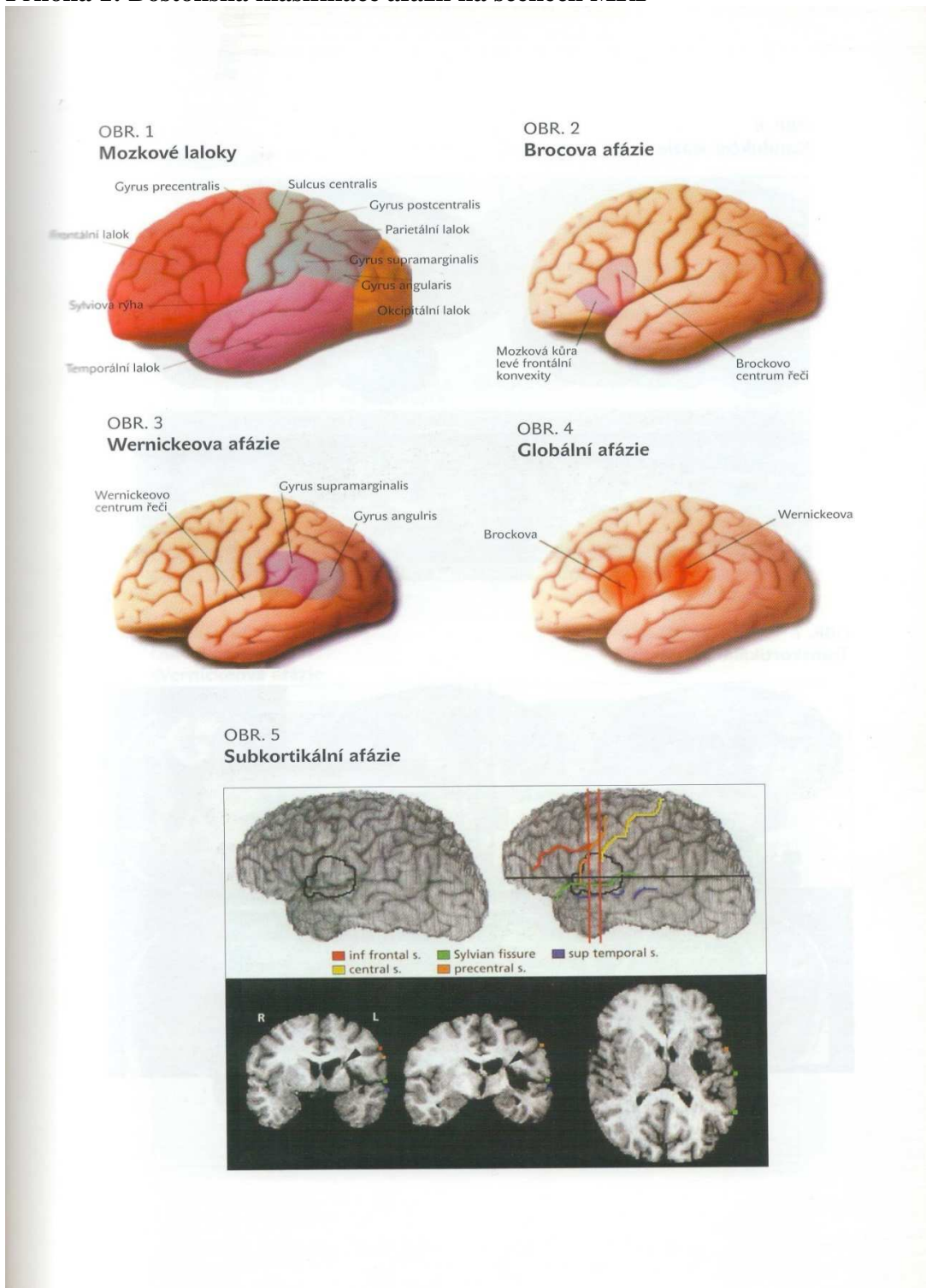
Příloha 5: Obrázky orofaciálních cviků

Příloha 6: Webové stránky s danou problematikou

Příloha 7: Citát od McDonald Critchley

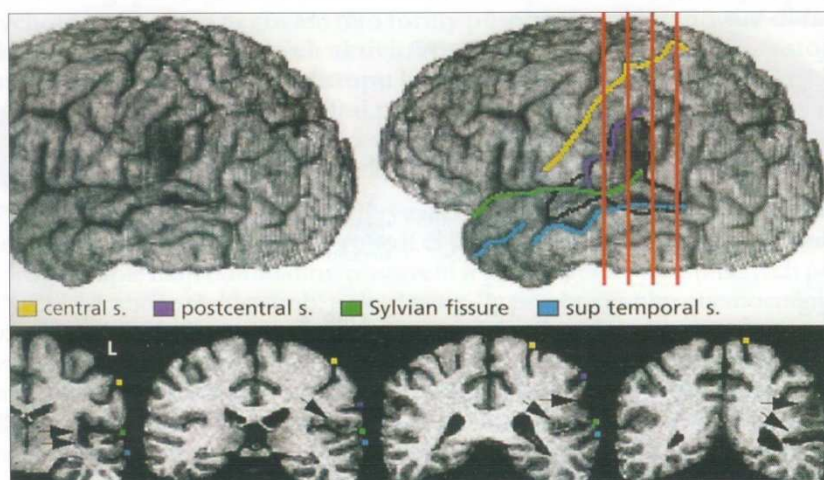
Příloha 8: Doslovně přepsané rozhovory (viz Příloha na CD)

## Příloha 1: Bostonská klasifikace afázií na scéněch MRI

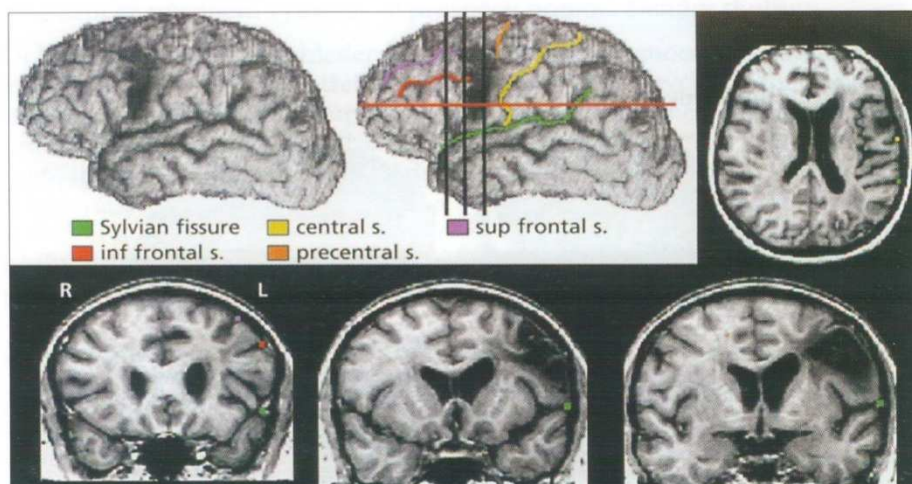


(zdroj: Neubauer, 2007)

OBR. 6  
Kondukční afázie

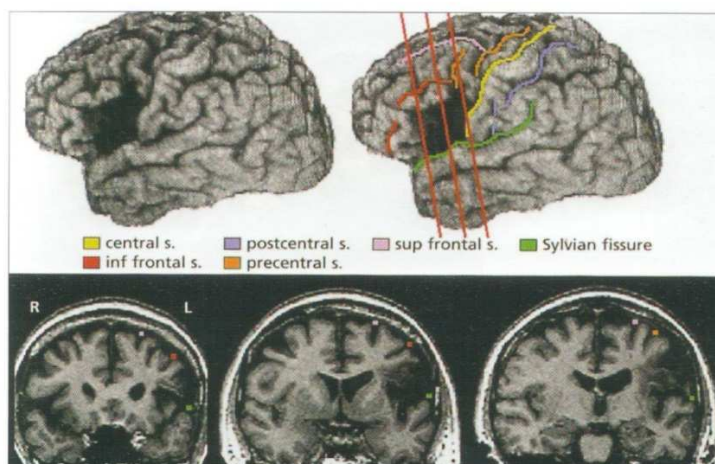


OBR. 7  
Transkortikální afázie

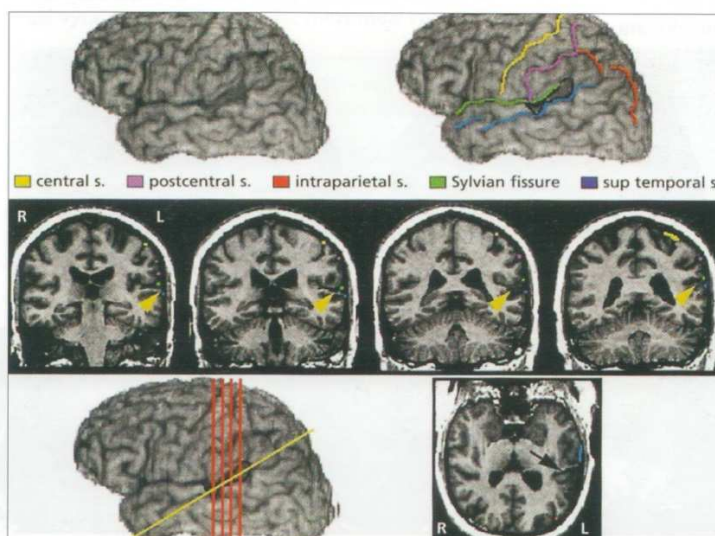


(zdroj: Neubauer, 2007)

OBR. 8  
Brocova afázia



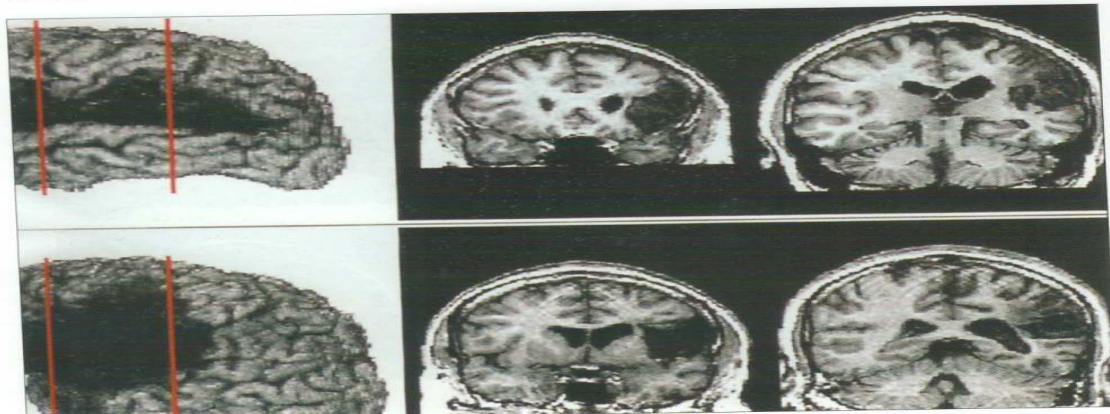
OBR. 9  
Wernickeova afázia



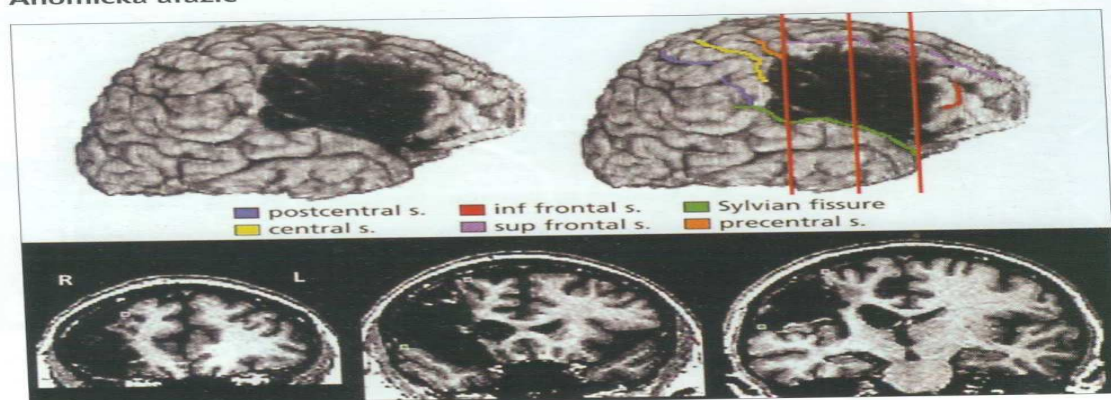
(zdroj: Neubauer, 2007)



OBR. 10  
Globální afázie



OBR. 11  
Anomická afázie



(zdroj: Neubauer, 2007)

## Příloha 2: Logopedické obrázky pro terapii

(zdroj: Truhlářová, 1984)





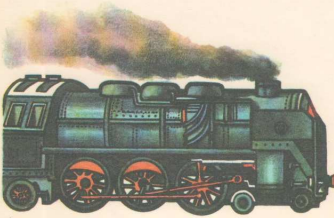
tab. X/2



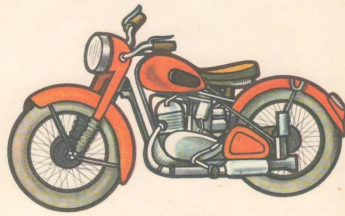
LETADLO  
*letadlo*



LOĎ  
*lod'*

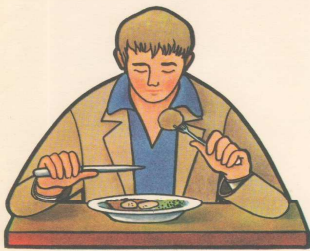


LOKOMOTIVA  
*lokomotiva*



MOTOCYKL  
*motocykel*

tab. XIV/3



JÍ  
*jí*



KRÁJÍ  
*krájí*

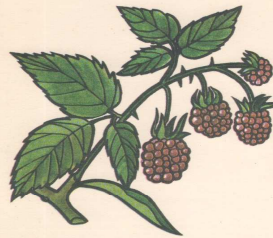


LEŽÍ  
*leží*

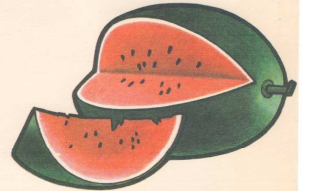


MALUJE  
*maluje*

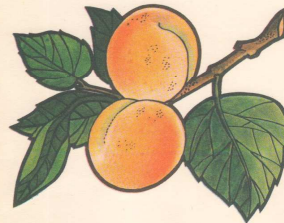
tab. IX/6



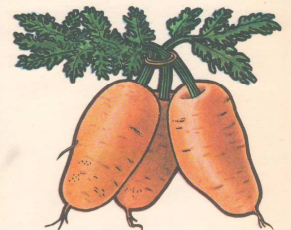
MALINY  
*maliny*



MELOUN  
*meloun*



MERUŇKY  
*meruňky*



MRKEV  
*mrkev*

### **Příloha 3: Otázky pro polostrukturovaný rozhovor**

1. Kolik je Vám let?
2. Na jakém oddělení pracujete?
3. Jak dlouho pracujete na neurochirurgickém oddělení?
4. Jak probíhá nahlášení, objednání pacienta na logopedii? (na vyšetření)
5. Jak často se setkáváte s pacientem s afázií?
6. Kolik máte zkušeností s péčí o pacienta s afázií?
7. Jak dlouho tady leží pacienti po CMP s afázií?
8. Jak často na Vaše oddělení dochází logoped?
9. Co vám doporučil logoped?
10. Jak byste hodnotila vzájemnou komunikaci s logopedem?
11. Jakým způsobem se zapojujete při terapeutickém sezení s logopedem? Jak často?
12. Jakým způsobem se zajímáte o toto onemocnění nebo o způsob terapie?
13. Co je podstatné v ošetrovatelské péči o pacienta s afázií?
14. Co Vám pomáhá v komunikaci s pacientem s afázií?
15. Jak jste informovala rodinu o všech dostupných pomůckách?
16. Jak pomáhá Vám rodina? (procvičovat řeč, rehabilitace)
17. Jakým způsobem si předáváte s logopedem informace o pacientovi? (pouze dokumentaci, osobně, po telefonu, ...)
18. Jakým způsobem asistujete logopedovi při vyšetření pacienta?
19. Jak se zajímáte o novinky v logopedii?

## **Příloha 4: Rozhovory**

### **Rozhovor č. 1**

1. Kolik je Vám let? *„Je mi 38 let.“*
2. Na jakém oddělení pracujete? *„Na neurochirurgickém oddělení.“*
3. Jak dlouho pracujete na neurochirurgickém oddělení.? *„Pracuji tady 15let.“*
4. Jak probíhá nahlášení, objednání pacienta na logopedii? (na vyšetření) *„Lékař zažádá o konzilium a sestra zadá žádanku do počítače.“*
5. Jak často se setkáváte s pacientem s afázií? *„To je individuální podle pacientů, tak 5 do měsíce.“*
6. Kolik máte zkušeností s péčí o pacienta s afázií? *„S těmito pacienty mám hodně zkušeností.“*
7. Jak dlouho tady leží pacienti po CMP s afázií? *„Leží tady 1 až 2 týdny.“*
8. Jak často na Vaše oddělení dochází logoped? *„Dochází sem dvakrát týdně.“*
9. Co vám doporučil logoped? *„Logoped mi předá okopírované papíry se cvičením a materiály. Jinak žádné doporučení.“*
10. Jak byste hodnotila vzájemnou komunikaci s logopedem? *„Nemám žádné výhrady. Nemluvíme spolu moc často.“*
11. Jakým způsobem se zapojujete při terapeutickém sezení s logopedem? Jak často? *„Nemám čas se zapojovat. Logoped dochází sám za pacientem.“*
12. Jakým způsobem se zajímáte o toto onemocnění nebo o způsob terapie? *„Nezajímám se.“*
13. Co je podstatné v ošetrovatelské péči o pacienta s afázií? *„Důležité je mít čas na pacienta, mít s ním trpělivost, navázat oční kontakt.“*
14. Co Vám pomáhá v komunikaci s pacientem s afázií? *„Některý pacient rozumí, co mu říkám, a jiný ne, tak si vezmu tužku a papír a napíšu mu to.“*
15. Jak jste informovala rodinu o všech dostupných pomůckách? *„To dělá logoped.“*
16. Jak pomáhá Vám rodina? (procvičovat řeč, rehabilitace) *„Většinou se moc nezajímají.“*

17. Jakým způsobem si předáváte s logopedem informace o pacientovi? (pouze dokumentaci, osobně, po telefonu, ...) *„Přečtu si zprávu, kterou logoped napsal.“*

18. Jakým způsobem asistujete logopedovi při vyšetření pacienta? *„Neasistuji při vyšetření, pouze na zavolání.“*

19. Jak se zajímáte o novinky v logopedii? *„Příliš se nezajímám.“*

**Příloha 5: Obrázky orofaciálních cviků**



**Špulení úst**

**Zdroj: Věra Gošová**



**Jazyk do špičky**

**Zdroj: Věra Gošová**



**Předsazení zubů**

**Zdroj: Věra Gošová**



**Boule jazykem**

**Zdroj : Věra Gošová**



## **Příloha 6: Webové stránky s danou problematikou**

<http://www.ikta.cz/index.php?pg=home--cevní-mozková-přihoda-iktus>

[http://www.i-logo.cz/?page\\_id=8](http://www.i-logo.cz/?page_id=8)

<http://www.klubafasie.com/>

## **Příloha 7: Citát od McDonald Critchley**

*„Jako sad poničený pozdním mrazem  
ztrácí člověk snadno plody řeči ...“*

MacDonald Critchley



(zdroj: Fritzlová, 2013)