

# **Komunikační dovednosti sester u klientů po cévní mozkové příhodě s poruchou řeči**

Eva Chrátková

---

Bakalářská práce  
2009



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií  
Ústav ošetrovatelství  
akademický rok: 2008/2009

## **ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE**

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Eva CHRÁSTKOVÁ**

Studijní program: **B 5341 Ošetrovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Téma práce: **Komunikační dovednosti sester u klientů po cévní mozkové příhodě s poruchou řeči.**

Zásady pro vypracování:

**Cílem teoretické části bude vymezit pojem interakce a komunikace.**

**Vymezit diagnostickou kategorii cévní mozkové příhody.**

**Popsat změny v komunikaci u klientů po cévní mozkové příhodě.**

**Cílem praktické části bude sestavení cílů a hypotéz.**

**Zpracování natočených videozáznamů.**

**Přípravení materiálu, který přinese jasná doporučení pro praxi.**

Rozsah práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

KALITA, Z. a kol. Akutní cévní mozkové příhody. Praha: Maxdorf, 2006. 226 s. ISBN 80-85912-26-0.

NEVŠÍMALOVÁ, S., RŮŽIČKA, E., TICHÝ, J. Neurologie. Praha: Galén, 2002. 368 s. ISBN 80-7262-160-2.

TYRLÍKOVÁ, I. a kol. Neurologie pro sestry. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. 287 s. ISBN 80-7013-287-6.

KRISTOVÁ, K. Komunikácia v ošetrovatelstve. Martin: Osveta, 2004. 212 s. ISBN 80-8063-160-3.

HONZÁK, R. Komunikační pasti v medicíně. Praha: Galén, 1999. 169 s. ISBN 80-7262-032-0.

TEGZE, O. Neverbální komunikace. Praha: Computer Press, 2003. 484 s. ISBN 80-7226-429-X.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Renata Mlčochová**

Ústav ošetrovatelství

Datum zadání bakalářské práce: **5. února 2009**

Termín odevzdání bakalářské práce: **5. června 2009**

Ve Zlíně dne 5. února 2009



L.S.

prof. PhDr. Vlastimil Švec, CSc.  
*děkan*

doc. MUDr. Jaroslav Slaný, CSc.  
*ředitel ústavu*

## **ABSTRAKT**

Téma mé bakalářské práce je „Komunikační dovednosti sester u klientů po cévní mozkové příhodě s poruchou řeči“. Práce je členěna na část teoretickou a praktickou.

Teoretická část se zaměřuje na samotnou komunikaci- rozdělení a její význam v povolání zdravotní sestry. Dále se zabývá cévní mozkovou příhodou a afázií.

Obsahem praktické části je zpracování výsledků výzkumu. Informace jsem získávala pomocí metody pozorování (videozáznam).

Klíčová slova: verbální komunikace, neverbální komunikace, cévní mozková příhoda, afázie, pozorování

## **ABSTRACT**

The topic of bachelor work is „Communication skills of nurses for clients with dislogia after stroke“. The work involves theoretical and practical part.

Theoretical part is focused on communication alone- division and its significance in nurse profession. It deals with stroke and aphasia as well.

Practical part deals with results of research. The information were obtained by observation (videogram).

Key words: verbal communication, nonverbal communication, stroke, aphasia, observation

Poděkování:

Děkuji paní Mgr. Bc. Renatě Mlčochové za vedení mé bakalářské práce. Za její trpělivost, podporu a cenné rady. Také za optimismus, který mi po celou dobu dodávala.

Dále děkuji všem všeobecným sestřám a klientům po cévní mozkové příhodě, kteří byli nedílnou součástí mého výzkumu.

Motto:

*„Pouze jazyk umožňuje myšlení a pouze prostřednictvím myšlení je možná lidskost.“*

*T. A. Harris*

## PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby <sup>1)</sup>;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k prezenčnímu nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 <sup>2)</sup>;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Ve Zlíně 15. 2. 2009

Alena Buncová

*1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:*

*(1) Vysoká škola nevýdělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.*

*(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlázení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.*

*(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

# OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	<b>10</b>
<b>I TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>12</b>
<b>1 KOMUNIKACE</b> .....	<b>13</b>
1.1 STRUKTURA SOCIÁLNÍ KOMUNIKACE .....	13
1.2 DRUHY KOMUNIKACE.....	14
1.2.1 Verbální komunikace .....	14
1.2.2 Neverbální komunikace .....	14
<b>2 CÉVNÍ MOZKOVÉ PŘÍHODY (CMP)</b> .....	<b>20</b>
2.1 EPIDEMIOLOGIE.....	20
2.2 CÉVNÍ ZÁSOBNÍ MOZKU .....	20
2.3 PROJEVY MOZKOVÉ ISCHÉMIE .....	21
2.4 PŘÍČINY MOZKOVÉ ISCHEMIE .....	21
2.5 RIZIKOVÉ FAKTORY.....	22
2.6 DRUHY CMP DLE PŘÍČINY .....	24
2.6.1 Ischemické cévní mozkové příhody.....	24
2.6.2 Hemoragické cévní mozkové příhody .....	24
2.7 DRUHY CMP DLE PRŮBĚHU .....	25
2.8 KLINICKÝ OBRAZ .....	25
2.9 DIAGNOSTIKA .....	26
2.10 TERAPIE A PREVENCE .....	28
2.10.1 Cílená medikamentózní terapie ischemické CMP .....	28
2.10.2 Cílená medikamentózní terapie hemoragických CMP.....	28
2.10.3 Speciální terapie .....	28
2.10.4 Sekundární prevence CMP.....	29
2.11 CO SE DĚJE S ČLOVĚKEM PO CÉVNÍ MOZKOVÉ PŘÍHODĚ.....	29
2.12 REHABILITACE PO CÉVNÍ MOZKOVÉ PŘÍHODĚ.....	30
2.12.1 Přistupování ke klientovi a další smyslové postupy .....	30
2.12.2 Leh na zádech.....	31
2.12.3 Poloha vleže na boku .....	31
2.12.4 Sezení v lůžku .....	33
2.12.5 Posazování se s nohama spuštěnými z lůžka.....	33
2.12.6 Přesunutí z lůžka a židli .....	34
2.12.7 Jak opravovat polohu v sedu .....	36
2.13 OŠETŘOVATELSKÝ PLÁN .....	36
2.13.1 Poruchy tělesné hybnosti.....	37
2.13.2 Poruchy sebepěče .....	37
2.13.3 Riziko úrazu, pádu .....	40
2.13.4 Výživa .....	40
2.13.5 Smyslové vnímání.....	40
2.13.6 Myšlenkové procesy.....	40



2.14	DLOUHODOBÁ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE.....	41
2.15	NEUROPSYCHOLOGICKÉ NÁSLEDKY CÉVNÍ MOZKOVÉ PŘÍHODY .....	41
<b>3</b>	<b>AFÁZIE .....</b>	<b>43</b>
3.1	AFÁZIE TOTÁLNÍ (GLOBÁLNÍ) .....	43
3.1.1	Hodnocení totální afázie: .....	43
3.2	AFÁZIE MOTORICKÁ (BROCOVA, EXPRESÍVNÍ) .....	44
3.2.1	Hodnocení motorické afázie .....	44
3.3	AFÁZIE SENZORICKÁ (WERNICKEOVA, PERCEPČNÍ) .....	44
3.3.1	Hodnocení sensorické afázie.....	44
3.4	KLINICKÉ VYŠETŘENÍ .....	45
3.5	LOGOPEDICKÁ TERAPIE .....	46
3.6	ZÁSADY KOMUNIKACE U KLIENTA S AFÁZÍÍ.....	47
<b>II</b>	<b>PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>	<b>49</b>
<b>4</b>	<b>METOLOGIE PRŮZKUMU .....</b>	<b>50</b>
4.1	CÍLE A HYPOTÉZY .....	50
4.2	ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT.....	50
4.3	CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO VZORKU .....	51
<b>5</b>	<b>ROZBOR VÝSLEDKŮ VÝZKUMU .....</b>	<b>52</b>
<b>6</b>	<b>GRAFICKÉ ZPRACOVÁNÍ VÝZKUMNÝCH OTÁZEK .....</b>	<b>60</b>
	<b>DISKUSE.....</b>	<b>74</b>
	<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>77</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....</b>	<b>79</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....</b>	<b>81</b>
	<b>SEZNAM OBRÁZKŮ .....</b>	<b>83</b>
	<b>SEZNAM TABULEK.....</b>	<b>84</b>
	<b>SEZNAM GRAFŮ .....</b>	<b>85</b>
	<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>86</b>

## ÚVOD

V mé bakalářské práci jsem se rozhodla zabývat se komunikačními dovednostmi sester. A to u klientů po cévní mozkové příhodě, kteří mají poruchu řeči. Práce s klienty po CMP je náročná jak po fyzické, tak i po psychické stránce a obnáší mnoho specifík. A proto bude velmi zajímavé pozorovat, jak sestry péči o tyto klienty zvládají.

Na myšlenku zvolit si toto konkrétní téma bakalářské práce mě přivedla má odborná praxe. Měla jsem možnost pozorovat, jak malý význam sestry komunikaci přikládají. Bohužel žijeme v hektické době. Pohotové plnění lékařských ordinací je většinou naprosto upřednostňováno před komunikací, porozuměním a lidskostí.

Plnění ordinací, porozumění, komunikace, lidskost by však spolu měli jít ruku v ruce. Doplnovat se, prolínat se.

Nemohu říct, že by sestry s klienty nekomunikovaly vůbec, ale v některých případech je komunikace omezena jen na nezbytné předání informací. Říkají si snad sestry, že klienti si mezi sebou na pokojích popovídají až dost?

Ale co klienti po cévní mozkové příhodě? Ti, kteří potřebují, abychom se u nich zastavili o trochu déle než u ostatních klientů. Ti, kteří potřebují, abychom jim hodili pomyslnou záchranu ve formě řeči, komunikace a tím je dostali z jejich uzavřeného světa, do kterého se náhle dostali mnohdy z úplného zdraví. Uvědomují si sestry specifika komunikace u těchto klientů?

Ano, jsou mezi námi sestry, které se snaží pro tyto klienty dělat maximum. Ale chtěla bych upozornit na to, že méně, je někdy více. Je důležité stanovit si priority v péči o tyto klienty. Asi nikomu nepřijde zvláštní, když řeknu, že pro klienta po CMP není nejdůležitější, jestli sestra napojí infuzi dle platných standardů. Pro ně je mnohem důležitější lidskost, porozumění, trpělivost. Pro mnohé z nás je to samozřejmost, ale ne vždy si to při své práci uvědomujeme.

Má bakalářská práce se bude skládat z části teoretické a praktické. Cílem práce je poukázat na chyby, kterých se sestry při komunikaci s klienty po CMP s poruchou řeči nejčastěji dopouštějí. Dále poskytnout ucelený seznam toho, jaké jsou specifika při komunikaci u těchto klientů. A v neposlední řadě upozornit na to, co je pro klienty po CMP opravdu důležité.

Jak řekl jeden neznámý autor: „*Lidé mají jen jedny ústa, ale dvě uši. Někdo asi chtěl, abychom dvakrát více poslouchali, než mluvily. Někdo může namítnout, že je to proto, že naslouchání je dvakrát těžší než mluvení.*“

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

## 1 KOMUNIKACE

Slovo komunikace pochází z latinského slova **communicare**, jehož význam je „dělat něco společným, radit se, domlouvat se. **Thesaurus linguae latinae**, jeden z nejobsáhlejších latinských slovníků, definuje slovo **communicare** jako **participare** čili zúčastňování se s někým na něčem, podílet se, mít podíl na něčem. Aby nebylo pochybností, o co v komunikaci jde, uvádí tento slovník doslova: „**communicare est multum dare**“ – komunikovat znamená mnoho dávat. [8]

V obecné rovině je komunikace definována jako sdělení informací prostřednictvím nejrůznějších signálů a prostředků: ústně, písemně, mimikou, gesty a dalším neverbálním chováním, a to především přímo mezi dvěma či více lidmi, dále pomocí tisku, rozhlasu či dalších médií. [1]

### 1.1 Struktura sociální komunikace

Sociální komunikace je proces, který se uskutečňuje v určitém časovém sledu, prostředí a za určitých podmínek. [8]

V komunikačním procesu jsou rovnocenně zastoupené jednotlivé složky, které se navzájem prolínají:

**Komunikátor** je člověk, který informace vysílá jiné osobě.

**Komunikant** představuje člověka, kterému jsou informace určeny.

**Komuniké** zahrnuje obsah zprávy, informace- názory, myšlenky.

**Komunikační kanál** je cesta, způsob přenosu informací.

**Zpětná vazba** umožňuje smysluplnou komunikaci.

Komunikace probíhá v **kontextu**, který je určován významem verbálních a neverbálních informací. Ty samé slova nebo formy jednání a konání mohou mít úplně odlišný význam za předpokladu, že jsou použité v odlišných souvislostech. [8]

## 1.2 Druhy komunikace

Při komunikaci používáme dva hlavní signalizační systémy- verbální a neverbální. Verbální systém představují slovní signály přenášené vzduchem a přijímané sluchem. Neverbální systém představují veškeré další prostředky, kterými můžeme sdělit nějaký význam. Při skutečné komunikaci fungují oba tyto systémy společně. [2]

### 1.2.1 Verbální komunikace

Řeč je tím nejdůležitějším, čím se člověk odlišuje od ostatních živých tvorů. Řeč umožňuje komunikovat, myslet, ovlivňovat sebe i jiné. Hovořit znamená vyjadřovat určitou myšlenku pomocí slov. Vyjadřovat svůj názor, vyjadřovat, co člověk cítí, na co myslí. [8]

Požadavky na verbální projev sestry:

- jednoduchost mluveného projevu
- přehlednost informací
- výstižnost
- načasovanost
- důvěryhodnost
- přizpůsobivost
- oboustrannost [8]

### 1.2.2 Neverbální komunikace

Neverbální komunikace je pojem, který zahrnuje mnoho oblastí lidských projevů a produktů. Přináší nám mnoho důležitých informací o vnitřních obsazích člověka, a tak nám pomáhá k jeho lepšímu poznávání. Mluvíme- li o neverbální komunikaci, mluvíme zároveň o potřebě orientovat se, poznávat, o hledání významu, shody, souladu a objevování rozporu. [6]

Neverbální prostředky mají význam při:

- vyjadřování postojů, nálad a aktuálního prožívání
- vytváření vzájemného vztahu- náklonnost nebo odmítnutí

- vytváření prvního dojmu v úvodu interakce a komunikačního procesu
- oznamování emocí
- naznačení, jak se člověku daří ovládat emoce
- podporování verbální komunikace
- posuzování charakteru a vlastností
- řízení rozhovoru
- synchronizaci polohy a pohybů těla komunikujících [8]

### **Mimika (výraz obličeje)**

Výraz obličeje sděluje nejčastěji emoce. Pro snazší „čtení“ v lidské tváři je možné si obličej rozdělit na tři pásma:

- a) pásmo čela včetně obočí
- b) pásmo očí, včetně očních víček
- c) pásmo dolní poloviny obličeje, zejména ústa [14]

Dá se říci, že překvapení, úlek či jiné vyvedení osobnosti z klidu se nejvýrazněji rozpozná z pásma čela a obočí. Strach, smutek, žal či deprese jsou nejvýrazněji čitelné z očí a očních víček. Šťěstí a další klidné emocionální stavy většící pohodu se dají s naprostou přesností odpozorovat z dolní poloviny obličeje. [14]

### **Proxemika (sdělení přiblížením se)**

Proxemika je chápána jako věda o podvědomém členění vlastního prostoru s následným dodržováním hranic. Mluví se o míře fyzické vzdálenosti člověka od člověka. Fyzická vzdálenost často přesně kopíruje pomyslnou psychickou hranici od druhé osoby. [6, 8]

Proxemika vyjadřuje prostorovou vzdálenost, které se dá chápat ve dvou rovinách.

- **Horizontální rovina** je vzdálenost komunikujících osob přiblížením nebo odstoupením.

- **Vertikální rovina** představuje výškovou úroveň ve vztahu k jinému člověku. Vyjadřuje, o kolik má jeden z komunikujících oči výš než druhý. Poloha „nad“ působí dominantně, poloha „pod“ vyjadřuje submisivní postavení. [8]

Rozděluje čtyři proxemické zóny:

- a) intimní: 10- 30 cm
- b) osobní: 30- 120 cm
- c) sociální (společenskou): 120- 360 cm
- d) veřejnou: 3,6- 7,6 m [8]

Dolní hranice **intimní zóny** splývá s tělesným a hmatovým kontaktem. Horní hranice je určena oddálením přibližně o 10- 30cm. V nemocnici se často ocitá sestra v intimní zóně klienta. Měla by si pamatovat, že když vstoupí do jeho intimní zóny, je třeba mu vysvětlit důvod a časové trvání vstupu. [8]

**Osobní zóna** se rozděluje na užší (30- 80 cm) a širší (80- 120 cm). Tato vzdálenost se například při rozhovoru sestry s klientem pokládá za ideální z několika důvodů:

- sestra nevidí jen tvář klienta, ale může sledovat i ostatní neverbální projevy
- lehce se udrží zrakový kontakt
- sestra může předpokládat další průběh komunikace [8]

**Sociální (společenská) zóna** se uplatňuje například při komunikaci sestry naráz s více klienty. [8]

**Veřejná zóna** se využívá při veřejných shromážděních, při kterých je možno ovlivňovat posluchače pohybem v prostoru. [8]

### **Haptika, čili komunikace dotekem**

Význam doteku spočívá v jeho charakteristice, od podání ruky, až po pohlazení, od poplácání, až po objetí. Vždy můžeme dotek vnímat jako akt přátelství, či nepřátelství.



Je třeba zdůraznit, že v řadě dotekových povolání jsou na těle místa, která jsou pro svoji emotivní, erotickou, či dokonce sexuální povahu z rejstříku doteků uplatňovaných v běžném životě vyloučena. Někdy se jim také říká „tabuové“ body. [14]

Zdravotní sestra podle úrovně vztahu ke klientovi využívá dotyky:

- funkční, profesionální: neobsahují osobní zaujatost, realizují se při určitém výkonu (krmení klientů, pomoc při přesunu do koupelny)
- společenské, zdvořilostní: formální zaužívané rituály při sociální interakci (sestra podá klientovi ruku při představování)
- přátelské: vyskytují se v kontextu osobního zájmu sestry o klienta
- usměrňující: regulují jednání a konání (sestra se dotkne klienta, když chce, aby na ni upnul pozornost) [8]

Do problematiky haptiky patří i podávání rukou. Důležitou úlohu má způsob podání ruky, který může ovlivnit další průběh interakce a komunikace. [8]

Zásady správného podání ruky:

- čistá ruka
- úsměv (přibližně 5 sekund)
- přiměřený stisk ruky
- přiměřené trvání podání ruky (respektovat limit 6 sekund)
- správný způsob podání ruky
- vhodná postura (postoj tváří v tvář, trup mírně nakloněný dopředu)
- přiměřená proxemika
- zrakový kontakt [8]

### **Posturologie, čili řeč našich postojů (fyzických)**

Držení těla (většinou nevědomky) vyjadřuje celkový duševní vztah člověka k jeho okolí.

Vzpřímené držení těla ukazuje na sebedůvěru a jistotu ve svých činech, naopak schoulení je výrazem určité depresivní poddanosti, ať již dobrovolně přijaté, či vnučené. Natočení bokem rozhodně nikoho nepřesvědčí o skutečném zájmu. [14]

### **Gestika, čili bez rukou se nedomluvíme**

Gestika se zabývá pohyby rukou, které nejsou samoúčelné, ale doprovázejí slovní projev spontánně, bez účasti našeho vědomého rozhodnutí. [14]

Gesta mají velký význam:

- v mnohých případech nahrazují slova
- zvyšují názornost předvedeného
- mají určitou tvořivou sílu, kterou slova nemají
- dokreslují obsah mluveného slova
- významově jsou často důležitější než slova [8]

V rámci gestikulace si setra všimá u klienta:

- dlaní: dlaň otočená směrem nahoru, dolů, dlaně k sobě nebo od sebe (čestnost, upřímnost, otevřenost, spokojenost, podřazenost, nadřazenost)
- rukou na obličej: tření oka, ucha nebo nosu, škrábání krku, prsty v ústech (nečestnost, klamavost)
- rukou a ramen: tření dlaní, zdvihnutý ukazovák, klepání ukazovákem po čele (obviňování, zpochybňování) [8]

### **Kinetika**

Kinetika opisuje pohyby horních a dolních končetin, jednotlivých částí těla, popřípadě celého těla. Analyzuje dynamiku, svěžest nebo pomalost, unavenost či napětí. Nesoustřeďuje se jen na pohybovou činnost jednoho člověka, ale i na pohybovou souhru dvou nebo více lidí. [8]

V kinetice rozlišujeme tyto kategorie:

- **Rytmika** představuje určitý rytmus pohybů těla- stereotypní, rigidní, ladné pohyby a podobně.
- **Dynamika pohybů** zahrnuje tempo střídání pohybů částí těla nebo celého těla. [8]

### **Pohledy**

Už při prvním setkání dvou lidí nerozhodujícím neverbálním projevem. Tvoří jádro mimoslovní komunikace. Oči jsou nejcitlivější receptor- „přijímač“ informací. Člověk vnímá zrakem až 87% všech informací. [8]

Při pohledech si všímáme:

- zaměřenosti
- trvání zaměřenosti
- četosti pohledů na určitý objekt
- pořadí pohledů
- tvaru a pohybu obočí
- mimických vrásek kolem obočí [8]

### **Vzhled a úprava zevnějšku**

Specifickou formou neverbální komunikace je i vzhled a úprava zevnějšku. Osobní upravenost například zdravotní sestry pozitivně působí nejen na ni samotnou, ale ovlivňuje i postoj a konání klientů ve vztahu k ní. [8]

### **Paralingvistika (svrchní tóny řeči)**

Paralingvistická komunikace představuje akustiku mluveného slova. Doplnuje význam a smysl mluveného projevu. Může měnit slovní význam, má vlastní obsahovou, emocionální a informační hodnotu. Na základě různých hlasových kvalit možno definovat smutek, radost, únavu, překvapení, nerozhodnost, strach či obavy.

Paralingvistických projevů je mnoho, mezi nejdůležitější patří síla hlasu, intonace, rychlost slovního projevu, pomlčky, srozumitelnost řeči a stylistika. [8]

## 2 CÉVNÍ MOZKOVÉ PŘÍHODY (CMP)

Cévní mozkové příhody jsou podle WHO (World Health Organization) definovány jako rychle se rozvíjející ložiskové, občas i celkové příznaky poruchy mozkové funkce trvající déle než 24 hodin nebo končící smrtí nemocného, bez přítomnosti jiné zjevné příčiny než cévního původu. [4]

### 2.1 Epidemiologie

Cévní mozkové příhody jsou velmi častá a nesmírně závažná onemocnění. Ve vyspělých státech jsou třetí nejčastější příčinou úmrtí, po onemocněních kardiovaskulárního aparátu a zhoubných nádorech. [4]

V desetimilionové populaci naší republiky je tímto onemocněním ročně postiženo kolem 40 000 osob. Mortalita na CMP je v našem státě rovněž vysoká, více než 1/3 nemocných umírá do jednoho roku a z těch, kteří přežijí, je polovina významně handicapována a odkázána na péči různých sociálních ústavů, v lepším případě na péči rodiny. CMP jsou tedy významným problémem, a to nejen medicínským, ale také ekonomickým, etickým a společenským. [4]

### 2.2 Cévní zásobení mozku

Mozek je zásobován vnitřními krkavicemi (aa. carotides internae) a páteřními tepnami (aa. vertebrales), které se spojují na ventrální ploše Varolova mostu v jedinou bazální tepnu (a. basilaris). Obě vnitřní krkavice se spojkami propojují s bazilární tepnou a vytvářejí na spodině mozku tepenný okruh (Willisův okruh). Z tohoto okruhu vystupují tři mozkové tepny (aa. cerebri) a to přední, střední a zadní. Ty vydávají větve pro kůru, hluboké struktury v mozku a pleteně v mozkových komorách. [7]

Žilní krev z mozku odtéká do žilních nitrolebních splavů (sinus durae matris) a jejich prostřednictvím do vnitřních hrdelních žil (venae jugulares internae). [7]

### 2.3 Projevy mozkové ischémie

Mozková perfúze se za normálních okolností pohybuje v rozmezí 50- 60 ml/ 100g mozkové tkáně/minutu. Jestliže dojde k jejímu poklesu, je tato situace zprvu částečně kompenzována vazodilatací arteriol a zvýšením extrakce kyslíku z krve. Pokud průtok krve nepoklesne pod hodnotu 20 ml, není neuronální funkce významněji ovlivněna. Poklesne-li však krevní průtok pod hodnotu 20 ml, kompenzační mechanismy jsou již nedostatečné. Perfúze nestačí zajistit energetické nároky neuronů a dochází k poruše jejich funkce doprovázené klinickými příznaky ischemické léze. Tento stav je reverzibilní. Pokud se perfúze včas upraví, odezní zcela i klinická symptomatologie. Při poklesu krevního průtoku pod hodnotu 10 ml dochází již k úplnému selhání regulačních mechanismů. Vznikají ireverzibilní strukturální změny mozkové tkáně. Rozvíjí se mozkový infarkt. [4, 10]

Významným faktorem je i rychlost rozvoje ischemické mozkové příhody. Pozvolna vznikající ischemické poškození (trombotický uzávěr) poskytuje většinou dostatek času na rozvoj funkčně plnohodnotného kolaterálního oběhu. Ten je jedním z nejdůležitějších kompenzačních mechanismů při hypoxii mozkové tkáně. Naopak při rychlém uzávěru cévy (embolie) jsou podmínky pro vznik kolaterálního oběhu méně příznivé a riziko vzniku mozkového infarktu je významnější. [4]

### 2.4 Příčiny mozkové ischemie

#### **Trombóza**

Trombóza vzniká většinou na podkladě aterosklerózy, riziko vzniku stoupá s věkem. Vyvíjí se postupně, pozvolna. [3]

#### **Embolizace**

Embolus nejčastěji pochází ze srdce. Většinou se uvolní při fibrilaci komor. V tomto případě je nástup velmi rychlý. [3]

#### **Hemoragie**

Hemoragie vzniká nejčastěji v místě aneuryzmatu, kdy je aneurysma vystaveno působení zvýšeného tlaku. [3]

## 2.5 Rizikové faktory

### Věk

Po dosažení 55 let se zvyšuje riziko vzniku CMP více jak dvojnásobně jak u žen, tak i u mužů. [13]

### Pohlaví

Častěji se CMP vyskytuje u mužů než u žen. Úmrtnost na iktus je ale vyšší u žen. [13]

### Rasová skupina

Průkazně vyšší mortalita je u černochů než u bělochů. Vyšší incidence je zejména u Číňanů a Japonců. [13]

### Hypertenze

Hypertenze je nejvýznamnějším rizikovým faktorem. Léčba hypertenze snižuje výskyt CMP zhruba o 42%. [13]

### Onemocnění srdce

Mezi rizikové faktory patří síňová fibrilace, onemocnění chlopní, otevřené foramen ovale a aneurysma síňového septa.

### Diabetes mellitus

Diabetes mellitus je hlavním rizikovým faktorem všech kardiovaskulárních chorob. DM negativně ovlivňuje riziko iktu, především u mladších nemocných do 55 let, u kterých se riziko zvyšuje více než 10 krát. [13]

### Lipidy

Poruchy tukového metabolismu jsou jedním z nejvýznamnějších rizikových faktorů předčasné manifestace aterosklerózy. Platí to především pro zvýšenou hladinu LDL cholesterolu a snížení HDL cholesterolu. [13]

### Kouření

Riziko iktu je zdvojnásobeno u silných kuřáků proti mírným kuřákům. Také pasivní kouření je rizikem iktu i rizikem pro progresi aterosklerózy. [13]

### Alkohol

Mírná konzumace alkoholu může snižovat výskyt kardiovaskulárních onemocnění. Avšak zvyšující se dávky alkoholu zvyšují riziko CMP různými mechanismy. Podporují hypertenzi, poruchy srdečního rytmu nebo také hyperkoagulační stav. [13]

### **Abúzus návykových látek**

Mezi nejvýznamnější drogy, které jsou spojovány s iktem, patří kokain, heroin, LSD a marihuana. [13]

### **Životní styl**

Obezita je charakterizována vyšším krevním tlakem, zvýšenou glykemií a hladinou lipidů. Je prokázána jako nezávislý rizikový faktor při vzniku CMP. [13]

Pravidelná fyzická aktivita snižuje riziko předčasné smrti a kardiovaskulárních chorob. Předpokládá se, že příznivý účinek je spojen se střední až těžkou fyzickou zátěží. [13]

Stres se projevuje výrazným zvýšením krevního tlaku a vzestupem tepové frekvence. Je významným činitelem, na jehož podkladě se vyvíjí ateroskleróza, hypertenze a ischemická choroba srdeční. [13]

### **Orální antikoncepce**

Orální antikoncepce s vyšším obsahem estrogenu byly dříve rizikovým faktorem pro iktus. I když se dnes běžně užívá antikoncepce s nízkým obsahem estrogenů, stále je u těchto žen riziko vzniku CMP vyšší. [13]

### **Hemostatické a zánětlivé faktory**

Zvýšená hladina fibrinogenu zvyšuje riziko iktu. Zvyšuje se viskozita krve a agregace destiček. Fibrinogen se také účastní na formování trombu. [13]

### **Periodontální onemocnění, zánět, infekce**

Chronická onemocnění jsou nezávislými rizikovými faktory mozkové ischemie u mladých osob. Podstatnou úlohu v patofyziologii mozkové ischemie má zánětlivý proces. Aktivace leukocytů a endotelová dysfunkce jsou známé cévní rizikové faktory, které mají vztah k zánětu. [13]

## 2.6 Druhy CMP dle příčiny

### 2.6.1 Ischemické cévní mozkové příhody

Ischemické cévní mozkové příhody jsou nejčastějším typem iktů představující 80- 85% ze všech akutních cévních mozkových příhod. [13]

K ischemické cévní mozkové příhodě dojde při nedostatečnosti krevního zásobení v určité oblasti na dostatečně dlouhou dobu. K tomu může dojít zúžením nebo uzávěrem přívodné tepny (nejčastěji při cévní ateroskleróze nebo embolizaci), náhlým zvýšením krevního tlaku (při hypertenzní chorobě), pokles krevního tlaku (při srdečním selhání nebo šokových stavech) nebo zvýšením krevní viskozity (při některých chorobách hematologických, dehydrataci). [11]

Vzniku ischemie mohou napomáhat různé abnormality v průběhu tepen (např. cévní kličky). [11]

Embolizační příhody bývají charakteristické náhlým vznikem symptomů. Tepenný vmetek (embolus) je nejčastěji krevní sraženina (trombus) z levostranných srdečních oddílů nebo původu aterosklerotického. Vmetky kardiálního původu mohou být infikovány a mohou způsobit vznik mozkových abscesů. Vzácně může dojít k embolizaci do mozku i jiným materiálem (např. tukové částice nebo vzduch). [11]

### 2.6.2 Hemoragické cévní mozkové příhody

Akutní hemoragické cévní mozkové příhody představují 15- 25% ze všech akutních iktů. Dělí se na intracerebrální hemoragie (ICH) a subarachnoidální hemoragie (SAH)- Mají průkazně vyšší úmrtnost a vyžadují nákladnější zdravotní a sociální péči. [13]

Při mozkovém krvácení dojde k porušení celistvosti stěny arterie a poškození mozkové tkáně vzniklým intracerebrálním hematodem. Krvácení subarachnoideální je lokalizováno v prostoru mezi mozkovými obaly. K hemoragickým mozkovým příhodám dochází nejčastěji při arteriální hypertenzi. Další příčinou může být cévní (arteriovenózní) malformace, tepenná výduť (aneurysma) nebo poruchy krevní srážlivosti. Prokrvácet může také původně ischemické ložisko nebo jinak postižená tkáň (např. mozkový nádor). [11]



## 2.7 Druhy CMP dle průběhu

Ischemické cévní mozkové příhody s ložiskovými příznaky se podle klinického průběhu dělí na TIA, PRIND, rozvíjející se příhodu a dokončenou příhodu. [11]

### **TIA (tranzitorní ischemická ataka)**

Jedná se o přechodnou ischémii mozkových cév, kdy se zdravotní stav upraví nejpozději do 24 hodin. U klientů, kteří mají v anamnéze TIA, je zvýšené riziko vzniku těžších forem CMP. [3]

### **PRIND (prolongovaný reverzibilní ischemický neurologický deficit)**

Mozková příhoda, u které příznaky onemocnění přetrvávají déle než 24 hodin, obvykle 14 dní i déle. Zdravotní stav a příznaky onemocnění se po této době zcela upraví a klient je zcela bez příznaků. [3]

### **Postupující cévní mozková příhoda**

CMP se neukončí do 24 hodin a dále se rozvíjí (zpravidla se rozvíjí 3- 5 dnů) [3]

### **Dokončená cévní mozková příhoda**

Příznaky onemocnění se neupraví do 24 hodin. Stav se dále rozvíjí a klinické příznaky zůstávají i po dobu několika týdnů stejné. [3]

## 2.8 Klinický obraz

Mozková příhoda, iktus, bývá charakterizována náhlým (apoplektickým) počátkem neurologických příznaků, někdy s poruchou vědomí, bolestí hlavy nebo zvracením a obvykle následující tendencí k zotavení. [11]

Konkrétní neurologické příznaky závisí na umístění (lokalizaci) mozkového postižení. Nejčastějšími příznaky jsou:

- porucha hybnosti končetin částečná (paréza) nebo úplná (plegie) na jedné polovině těla (hemiparéza, hemiplegie) spolu s poruchou cití (hemihypestezie)
- porucha řeči a porozumění řeči (afázie)
- postižení schopnosti číst (alexie), psát (agrafie), počítat (akalkulie)
- poruchy zraku (hemianopsie, diplopie)

- porucha hlavových nervů (např. lícního nervu, oko-hybných nervů)
- poruchy mikce (inkontinence nebo retence močová)
- poruchy hybnosti všech končetin (kvadraparéza, kvadruplegie)
- poruchy polykání (dysfágie)
- porucha výslovnosti (dysartrie)
- poruchy paměti a chování (amnésie, apatie nebo neklid a zmatenost)
- v závislosti na místě a rozsahu postižení se objevuje různý stupeň poruchy vědomí (somnia, sopor, koma) [11]

## 2.9 Diagnostika

### Anamnéza

Rozbor anamnestické údaje tvoří základ diagnostiky cévních mozkových příhod. [3]

### Neurologické vyšetření

Zahrnuje základní fyzikální vyšetření (vyšetření okosticových, kožních a šlachových reflexů). Dále sem řadíme reakci zornic na osvit, svalovou sílu, napětí, pohyblivost, koordinaci, rovnováhu, vnímání dotyku a bolesti, držení těla, využití hodnotících škál. [3]

### Laboratorní vyšetření

Vyšetřuje se krev i moč (FW, KO, hemokoagulace, glykémie, jaterní testy, ionty, urea v moči i séru, glykosurie, ASTURUP). [3]

### Vyšetření mozkomíšního moku (likvoru)

Vyšetření mozkomíšního moku je indikováno u podezření na subarachnoideální krvácení při negativním nálezu CT. Prokazuje přítomnost krve v likvoru a také detekuje opakovaná krvácení průkazem rozpadových produktů erytrocytů různého stáří. [4]

### Elektrokardiografie (EKG)

### Rentgenové vyšetření srdce, plic, lbi (RTG)

### Elektroencefalografie (EEG)

EEG slouží k registraci bioelektrických potenciálů mozku. Má význam hlavně v následném období pro detekce rozvoje epileptogenního ložiska. [11]

### **Vyšetření očního pozadí**

Poskytuje informace o aterosklerotických změnách, o projevech arteriální hypertenze nebo nitrolebeční hypertenze. [4]

### **Výpočetní tomografie (Computer Tomography- CT)**

Zcela prioritní je CT v diagnostice intrakraniálního krvácení. S vysokou přesností okamžitě zobrazuje jak parenchymovou hemoragii, tak subarachnoideální krvácení. Někdy prokáže i jeho příčinu (aneurysma). V prvních hodinách po vzniku ischemické CMP je CT nález většinou negativní. [4]

### **Magnetická rezonance (MRI)**

Vyšetření je zcela neinvazivní, nevystavuje klienta ionizujícímu záření, lze jím vyšetřovat novorozence i těhotné ženy. Pomocí CT lze diagnostikovat léze kolem 2- 4 mm. MRI odhalí strukturální změny menší než 1 mm. [11]

### **Digitální subtrakční angiografie (DSA)**

DSA umožňuje detailní morfologické zobrazení cévního řečiště s průkazem stenóz, aneurysmat a jiných cévních anomálií. [4]

### **Sonografické vyšetření**

Poskytuje informace o průtoku krve cévou (doppler), o morfologických změnách cévní stěny (duplexní sonografie) nebo o organických a hemodynamických změnách v oblasti srdce a aorty (echokardiografie). [4]

### **Nukleární metody**

SPECT (jednofotonová emisní tomografie) má své uplatnění především v hodnocení perfúzní rezervy mozku.

PET (pozitronová emisní tomografie) zobrazuje nejen mozkovou perfúzi, ale sleduje také metabolické změny v mozku, u CMP především spotřebu kyslíku a metabolismus glukózy. [4]

## 2.10 Terapie a prevence

### 2.10.1 Cílená medikamentózní terapie ischemické CMP

**Neuroprotektivní terapie** pomáhá stabilizovat metabolicky nepříznivou situaci ischemické mozkové tkáně.

**Antitrombotická terapie** zasahuje přímo do mechanismu hemokoagulace.

- antiagregační terapie brání adhezi a agregaci krevních destiček
- antikoagulační terapie zasahuje do systému plazmatické koagulace, lze ji použít k samotné léčbě ischemie, především tam, kde hrozí časná reemboлизация
- trombolytická terapie vede k rozpuštění již vzniklého trombu

**Hemoreologická terapie** zlepšuje tokové vlastnosti krve a mozkovou mikrocirkulaci.

**Antiedematózní terapie** brání rozvoji mozkového edému.

**Symptomatická terapie** zmírňuje subjektivní potíže klientů. [4, 18]

### 2.10.2 Cílená medikamentózní terapie hemoragických CMP

Léčba zabraňuje rozvoji ischemických změn a edému v okolí hemoragického ložiska. Zásadně se neliší od léčby mozkové ischemie. Je ovšem kontraindikována antitrombotická léčba. Medikamentózní léčba je zaměřena na zmírnění bolesti hlavy a na prevenci vazospazmů. [4]

### 2.10.3 Speciální terapie

**Angioneurochirurgická inervace** mají největší význam v léčbě akutního stádia některých CMP.

U ischemických příhod je nejvýznamnější karotická endarterektomie. Což je chirurgické odstranění stenozujícího aterosklerotického plátu.

U hemoragických lézí může být indikací urgentního chirurgického zákroku krvácení v mozečkové hemisféře nebo arteriální aneurysma u subarachnoideálního krvácení. Dekompresivní kraniotomie může zmírnit následky maligního edému mozku.

**Endovaskulární inervace** se uplatňují především v léčbě významných stenóz. Výhodná je kombinace perkutánní transluminální angioplastiky s následným vyztužením cévní stěny stentem. [4]

#### 2.10.4 Sekundární prevence CMP

Hlavním cílem je snížení rizika vzniku recidivy CMP. Je zaměřena zlepšení reologických vlastností krve a na potlačení rozvoje aterosklerotického postižení cévní stěny.

**Antiagregační terapie** v rámci sekundární prevence je vhodná u všech nemocných.

**Hemoreologická terapie** zlepšuje mozkovou mikrocirkulaci snížením krevní viskozity.

Antikoagulační terapie má velmi úzké vymezení (nejčastěji u nemocných s fibrilací síní). [4]

**Angioneurochirurgická inervace** jsou velmi významné. Endarterektomie se provádí u symptomatických stenóz. Z ostatních rekonstrukčních výkonů jsou to by-passy, anastomózy a transpozice cév. [4]

**Endovaskulární inervace** jsou alternativní léčebnou možností. Jde například o perkutánní transluminální angioplastiku a vyztužení cévní stěny stentem. [4]

**Eliminace rizikových faktorů** má stejný význam jak v prevenci primární, tak sekundární. Můžeme sem začlenit soustavnou intenzivní rehabilitaci, lázeňskou léčbu nebo psychoterapii. [4]

### 2.11 Co se děje s člověkem po cévní mozkové příhodě

#### Počáteční období mozkového šoku

Období může být různě dlouhé, od několika dní až po mnoho týdnů. Během něj je svalový tonus člověka ochablý (hypotonický). Pohyb na postižené straně je obtížný, nebo nemožný. [9]

#### Fáze zotavování

Začíná mezi druhým a šestým týdnem po cévní mozkové příhodě. Fáze může postupovat ve třech různých fázích.

- Přetrvávání hypotonu (stadium ochablosti)

Motorickou ztrátu obvykle doprovází silná motorická ztráta. Paže klienta je ochablá, volně visící. Jen málo klientů zůstane ochablých dočasně.

- Vývoj směrem k normálnímu tonu (stadium zotavování)

Končetiny se začínají znovu hýbat, nejprve distální část (ruka a paže dříve než rameno, chodidlo a noha dříve než bok). Většinou dochází dříve k pohybu horní končetiny. Mírná invalidita obvykle zůstává.

- Vývoj směrem k hyperonu (spastické stadium)

Nejčastěji dochází k obnovení motorické funkce s vývojem směrem ke spasticitě. Nejprve dojde k obnovení proximálních pohybů končetin (ramene a kyčle). Dříve se objeví u dolních končetin.

- Ataxie

V některých případech se pohyby klienta stávají nekontrolované a nepřiměřené. Existují potíže při vyprazdňování a udržení přechodných poloh. [9]

### **Typický spastický vzorec cévní mozkové příhody**

Typický spastický vzorec je způsoben zvýšením svalového tonu.

- rameno je taženo směrem dozadu a dolů, paže je otočena dovnitř
- ohnutí lokte doprovází ruka sevřená v pěst, dlaň směřuje dolů
- pánev je tažena dozadu, noha otočena dovnitř
- kyčel, koleno, kotník jsou narovnané
- ztuhlé chodidlo směřuje dolů a je otočené dovnitř [9]

## **2.12 Rehabilitace po cévní mozkové příhodě**

### **2.12.1 Přístupování ke klientovi a další smyslové postupy**

Ke klientovi po cévní mozkové příhodě přistupujeme vždy z postižené strany. Podporuje se tím otáčení hlavy na tuto stranu. Nábytek na nemocničním pokoji by měl být postaven tak, aby napomáhal zotavení a klient byl dostatečně stimulován (např. stolek se musí postavit na jeho postiženou stranu). Mluvit ke klientovi musíme také z postižené strany, náš hlas stimuluje jeho sluch a zrak, čímž dostane důležitou smyslovou stimulaci. [9]

### 2.12.2 Leh na zádech

Polohování klienta dle antispastického vzorce:

- hlava je otočena směrem k postižené straně (hlava není zdvižena příliš vpřed)
- pod ramenem je umístěn polštář, aby bylo zdvižené vpřed
- paže je položená na polštáři, loket a zápěstí jsou narovnané
- ruka je dlaní dolů, palec i prsty jsou natažené
- druhý polštář je umístěn pod kyčlí, předejde se poklesu pánve dolů s rotací nohy ven (noha musí být udržována v neutrální poloze)
- pod kolenem může být umístěn malý polštář, abychom ho udržovali mírně ohnuté a vyvarovali se tak rotaci ven
- pod chodidlo je možno umístit měkký polštář, aby se zabránilo ztuhlosti směrem dolů [9]



Obr. 1. Leh na zádech

### 2.12.3 Poloha vleže na boku

#### Leh naboku na postižené straně

Člověk, který prodělal cévní mozkovou příhodu, by se nikdy neměl přetočit na postižené rameno.

Trup je mírně zakloněn a stabilizován v hrudní bederní oblasti. Rameno ochrnuté strany směřuje dopředu. Ochrnutá horní končetina je ohnuta do 90 stupňů v ramenním kloubu a zcela podložena na stolku připraveném k lůžku. V lokti natažena. Dlaň směřuje vzhůru. Ochrnutá dolní končetina je v kyčelním kloubu natažena a v koleni mírně pokrčena. Nepostižená horní končetina leží volně na těle, nepostižená dolní končetina je mírně ohnuta v kyčelním i kolenním kloubu, podložena polštářem. [3]

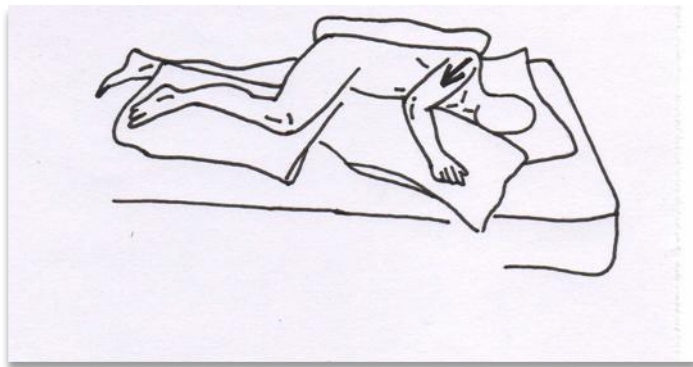


*Obr. 2. Leh na boku na postižené straně*

### **Leh na boku na nepostižené straně**

Postižená paže je tažena vpřed na polštáři. Loket a zápěstí jsou natažené, ruka a prsty rovněž. Postižená dolní končetina je ohnutá na polštáři, spočívá v neutrální rotační poloze. Hlava by měla být mírně podepřena. [9]

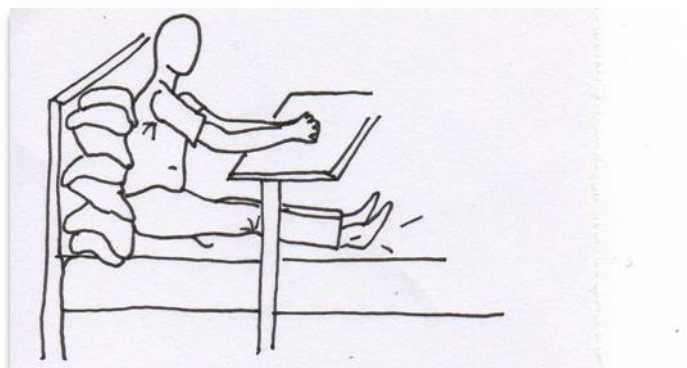




*Obr. 3. Leh na zádech na nepostižené straně*

#### **2.12.4 Sezení v lůžku**

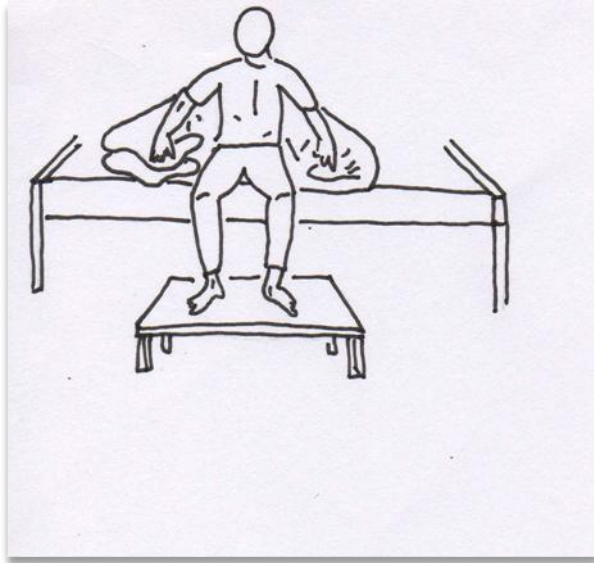
Čelo postele je co nejvíce vzpřímené, polštář je umístěn v bederní oblasti klienta. Hlava není podepřena, tudíž je volně pohyblivá. Kyčle jsou v 90 stupňovém ohnutí a váha je rozdělena na obě hýždě. Paže jsou podloženy, lokty spočívají na stolečku, případně jsou podloženy. [3]



*Obr. 4. Sed v lůžku*

#### **2.12.5 Posazování se s nohama spuštěnými z lůžka**

Ze začátku může mít klient po cévní mozkové příhodě obtíže s kontrolou svého těla. Může přepadávat do zadu či dopředu nebo může padat směrem k postižené straně. Za klienta by se měly položit tři až čtyři polštáře a další po stranách, aby byly podepřeny jeho paže. Chodidla musí spočívat rovně na podlaze. Je-li postel příliš vysoká, chodidla položíme na stoličku. [9]



*Obr. 5. Sed s nohama spuštěnými z lůžka*

### **2.12.6 Přesunutí z lůžka a židli**

Nejprve je přemísťování především pasivně asistovaná činnost. Po určité době by klient měl být schopen tuto činnost provádět sám.

- Přetočení k postižené straně

Nejprve přesuňte klienta k opačné straně, než je směr rotace, aby vzniklo více místa k otočení. Požádejte klienta, aby pokrčil nohy, pomozte mu s ohýbáním postižené nohy. Držte ruce na pánvi klienta, požádejte ho a pomozte mu, aby zvednul hýždě a pak posunul pánev na stranu. Potom jej přetočte k postižené straně.

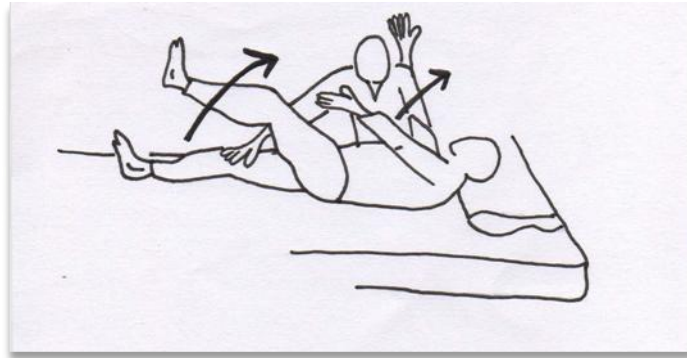
- Opření se o postižený loket

Klienta obracíme do sedu přes bok ochrnuté strany, kolena jsou přitom pokrčena.

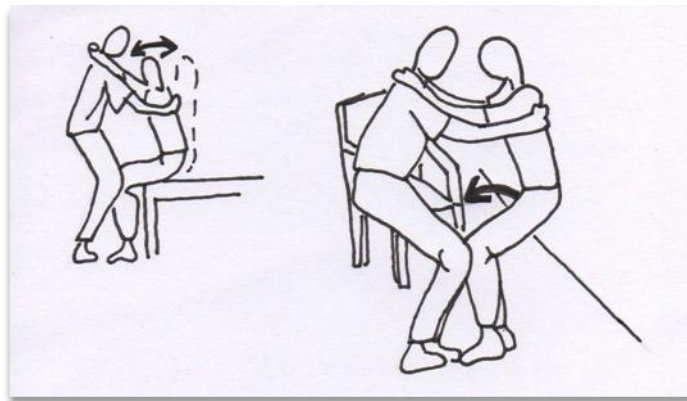
- Sed na okraji lůžka, chodidla spočívají rovně na podlaze
- Přemístění z lůžka na židli

Postavte se před klienta a držte ho za lopatky. Jeho ruce jsou na vašich ramenech. Svá kolena použijte jako oporu jeho kolen, především postiženého. Předkloňte jeho tělo vpřed. Klient může pomáhat zvednutím hýždě. Poté, co zvedl hýždě, můžete ho otočit směrem k židli. Klient by však neměl úplně stát.

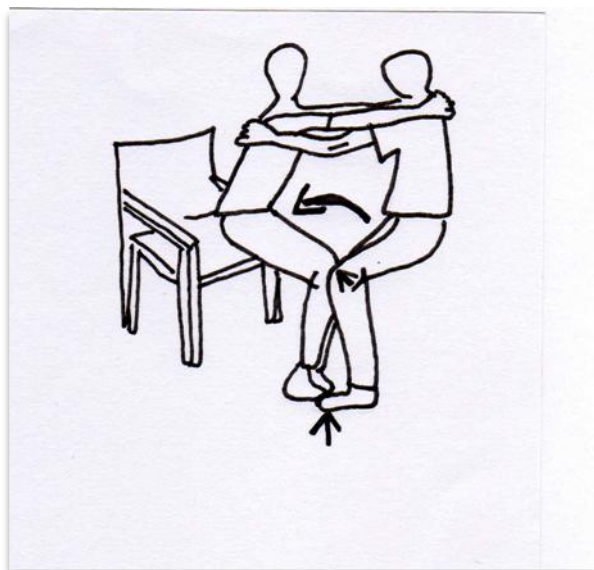
Transport na lůžko se opakuje v opačném sledu. [9]



Obr. 6. Uchopení klienta při posazování na lůžko



Obr. 7. Vstávání z lůžka



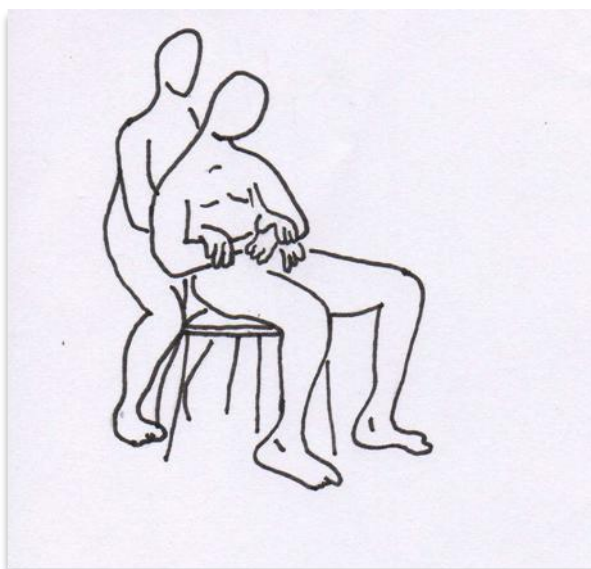
Obr. 8. Přemístění klienta na židli

### 2.12.7 Jak opravovat polohu v sedu

Je-li nutné klienta, který sedí na židli nebo na invalidním vozíku, zvednout a lépe napolohovat (např. pánev mu sjela dopředu), neměl by být zvedán za ramena tak, že ho uchopíme rukama v podpaží.

Správný způsob je následující.

Klient sedí se sepnutými rukama (nebo tak, že nepostižená ruka drží postižené zápěstí). Postavte se za něho, podřepněte a tělo držte zpříma. Pak provlékněte ruce jeho podpažím. Uchopte ho za zápěstí a narovnejte svá kolena, přičemž ho současně zvedejte. [9]



*Obr. 9. Upravení sedu*

### 2.13 Ošetřovatelský plán

Klient je zpravidla hodnocen dle NIH stroke scale (Iktová škála národních iktových ústavů v Bethesde, Maryland). Tato škála umožňuje sledovat vývoj onemocnění v závislostech na léčebných postupech. Podle Glasgow skóre určíme hloubku poruchy vědomí. Sledujeme příznaky onemocnění. Klient je v prvních 72 hodinách ohrožen zejména edémem mozku. Objevit se může neklid, zvracení, hypertenze, změny dýchání. V tomto případě je nutno veškeré změny hlásit lékaři. Důležitou součástí léčby je aplikace ordinovaných léků v přesně stanovenou dobu. Farmaka jsou nejčastěji podávána i.v. cestou. Z tohoto důvodu zajistíme žilní přístup na nepostižené straně. Musíme však dávat pozor na to, že flexila může omezovat pohyb zdravé končetiny. [3]

### 2.13.1 Poruchy tělesné hybnosti

Zhodnotíme rozsah postižené tělesné hybnosti. Klient je postižen hemiplegií nebo hemiparézou, z tohoto důvodu je nutno zajistit vhodnou polohu, včasné polohování, rehabilitaci a manipulaci s klientem. Důraz klademe především na prevenci kontraktur šlach a svalů, ankylóz kloubů, prevenci dekubitů a včasnou mobilizaci.

Klienta polohujeme co 2 hodiny. Vypracujeme tzv. polohovací plán (hodiny). Při manipulaci s klientem je vhodné udržovat slovní kontakt, vysvětlovat, co a proč budeme provádět.

Vhodné je klienta ukládat i do polohy na břicho po poradě s lékařem.

U řady klientů s CMP se objevuje plantární flexe, kdy dochází ke zkrácení Achillovy šlachy. Toto nesprávné postavení je vyvoláno patologickým tlakem na nohu (např. tlak při krývky). Pro správné postavení končetiny je vhodné použít dlahu nebo pevné kotníkové boty.

Do nácviku manipulace s klientem je nutné zapojit i rodinné příslušníky, kteří o něj budou pečovat v domácím prostředí. [3]

### 2.13.2 Poruchy sebedpěče

Nejprve zhodnotíme stupeň sebedpěče v oblasti hygienických návyků, vyprazdňování příjmu potravy. V akutní fázi zajišťuje deficit sebedpěče v jednotlivých oblastech většinou sestra. Předměty (např. osobní hygiena) se zpočátku umístí na nepostiženou stranu, později je přemístíme na stranu postiženou. Po odeznění akutní fáze klienta co nejdříve aktivizujeme. Vhodná je i spolupráce s fyzioterapeutem a rodinnými příslušníky. [3]

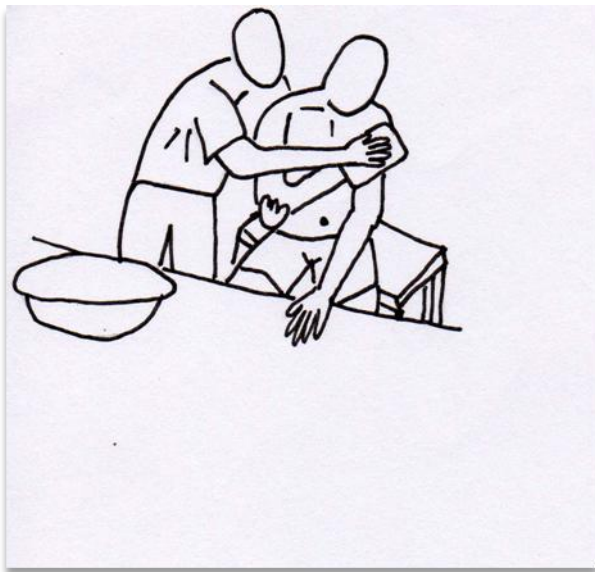
Některé základní principy nácviku soběstačnosti:

- klientovi se předkládají účelné úkoly
- terapeut drží ve svých dlaních klientovy ruce až po konečky prstů a stejnosměrně je tiskne
- klient se svými rukama stále dotýká pracovní plochy
- při práci s klientem používá terapeut obě ruce
- terapeut vede celé tělo klienta
- nejdříve se klient dotkne předmětu a teprve potom mu terapeut pomůže spastickou rukou předmět uchopit

- terapeut stabilizuje jednu polovinu těla a teprve potom pohybuje rukou [3]

### **Omývání zdravé horní končetiny ochrnutou rukou**

Klient si zdravou rukou navlékne žínku na ochrnutou ruku. Zdravou paži opře před sebou o umyvadlo nebo stolek. Terapeut vede ochrnutou horní končetinu a podpírá jí loket. Dbá na to, aby bylo rameno postižené HK směřováno dopředu. [3]



*Obr. 10. Omývání zdravé horní končetiny postiženou končetinou*

### **Osobní hygiena**

Klient stojí před umyvadlem nebo stolem, přenáší váhu na ochrnutou dolní končetinu, umývá se zdravou končetinou. Terapeut podpíráním boku pomáhá klientovi při přenášení váhy. Svými chodidly fixuje chodidlo ochrnuté DK klienta. [3]





*Obr. 11. Osobní hygiena u umyvadla*

### **Oblékání trika**

Klient položí tričko na koleno zdravé dolní končetiny. Ochrnutá ruka je v inhibiční poloze svěřená mezi kolena. Zdravou rukou si klient přetáhne tričko přes ruku a loket ochrnuté horní končetiny. Pomocí zdravé ruky převlékne triko přes hlavu. Terapeut vede ochrnutou ruku do rukávu a pomáhá zdravé ruce navléknout rukáv na ochrnutou ruku. [3]



*Obr. 12. Oblékání trika*

### 2.13.3 Riziko úrazu, pádu

Zhodnotíme možná rizika úrazu u klienta (např. škála pro hodnocení rizika pádu). V akutním stádiu CMP je postel klienta většinou opatřena postranicemi. Jelikož klient může mít poruchu citlivosti, kontrolujeme stav kůže, zda se neobjevilo zranění.

V následném období doporučíme klientovi pomalou chůzi s přiměřeným odpočinkem. Odstraníme z jeho okolí předměty, které by mohly způsobit úraz. Důležité je upozornění, aby klient při zkoušení např. teploty vody nepoužíval postižené končetiny. [3]

### 2.13.4 Výživa

Jelikož řada klientů může mít parézu jazyka, zhodnotíme jejich schopnost přijímat potravu. Při podávání stravy musíme být trpěliví. Potíže s polykáním, obavy z dušení, může vyvolat u klienta strach z přijímání jídla. Jestliže klient nemůže polykat vůbec, je vhodné po poradě s lékařem zavést sondu, jako prevenci aspirace potravy. O sondu pečujeme řádným způsobem i v době, kdy nepodáváme stravu. Po odstranění sondy podáváme zpočátku šlehanou stravu. Pokud je klient schopen polykat, podáváme mu stravu vždy vhodné konzistence. Při krmení zajistíme vždy vhodnou polohu klienta tak, aby byl vždy ve vzpřímené poloze a hlava byla podepřená. Krmíme pomalu, střídáme tekutou a pevnou složku stravy. Sací reflex podporujeme použitím brčka. Po krmení necháme klienta 10- 15 minut ve zvýšené poloze. Důležité je také umožnit klientovi umýt si ruce před i po krmení. [3]

### 2.13.5 Smyslové vnímání

Ke klientovi přistupujeme ze strany, kde není postižení zraku. Na tuto stranu umísťujeme i signalizační zařízení. [3]

### 2.13.6 Myšlenkové procesy

Zjistíme orientaci klienta časem, místem, prostorem, vlastní osobou. Umístíme v blízkosti klienta kalendář, hodiny. Psychiku klienta negativně ovlivňuje hemiparéza, hemiplegie, afázie. Musíme být proto trpěliví a empatičtí k jeho chování. Důležité je poskytnutí dostateku informací jak klientovi, tak i jeho rodině. [3]



## 2.14 Dlouhodobá ošetrovatelská péče

Důležité je, aby klient odcházel po propuštění do předem připraveného prostředí, které pro něj bude co nejpodnětnější. Vhodné je také, aby klient co nejdříve pokračoval v rehabilitaci v rehabilitačním zařízení. Pokud ho nelze umístit do takového zařízení, měl by na rehabilitaci docházet alespoň ambulantně. [3]

Nezapomeňme na to, že je nutná dostatečná informovanost rodiny, aby se rodinní příslušníci mohli předem připravit na příchod takto hendikepovaného klienta. Rodina musí vědět, co od něj mohou očekávat (afázie, nezáměr o okolí, ...) a zda je schopna zajistit mu náležitou péči. Rodina se musí naučit o něj pečovat. [3]

## 2.15 Neuropsychologické následky cévní mozkové příhody

### Poruchy gnostických funkcí

Při tzv. vizuální agnozií mají klienti potíže s určováním barev, tvarů, tváří. Porucha není způsobena defektním viděním. Klienti s poruchou poznávání tváří (prozopoagnozií) nepoznávají své blízké ani ošetřující personál. Při některých agnoziích lidé např. poznají červené jablko, zelené nikoli. Nevědí, co je to za předmět. Vzpomenou si však, vložíme li jim ho do ruky nebo při ochutnání. [16]

### Akustické agnozie

Postižený člověk není schopen identifikovat a třídit slyšené zvuky. V běžném životě má tento handicap vliv na bezpečnost. Další potíže mohou nastat v sociální oblasti. Postižený není schopen rozlišit intonaci řeči. To znamená, že na vlídnost reaguje podrážděně. To vede k izolaci od ostatních lidí, kteří se domnívají, že je nemocný zlý člověk. [16]

### Neglect syndrom

Klienti „opomíjejí“ smyslové podněty přicházející z okolí postižené poloviny těla. Neregistrují sluchové, zrakové či hmatové podněty. Nemocný například dostane oběd, který nesní nebo jen z poloviny, ale tvrdí opak. U sluchového neglect syndromu to vypadá, že klient, k němuž mluvíme, schválně neposlouchá. Tělový neglect syndrom se projevuje tím, že klient zapomíná na postiženou končetinu, takže mu může ruka viset z lůžka nebo si ji může přivřít do dveří a podobně. [16]

### Psychologické následky

U klientů s diagnózou CMP lze vyzorovat změny ve sféře emoční, chování i osobnostní. Setkáváme se se změnami prožívání od emoční oploštělosti až po apatie na straně jedné a dráždivostí a labilitou až s afektivními výbuchy na straně druhé. Úzkostlivost, deprese, hašteřivost jsou běžnými průvodci klientů po CMP. Deprese je jednou z nejčastěji pozorovaných poruch. Klient bývá apatický, nemá zájem o kontakt s lidmi ani o léčbu. Trpí nechutenstvím, nepotěší jej návštěva. Bývá plačtivý, mluví pomalu, je negativistický. [16]

Dalším symptomem je spastický pláč nebo smích. U některých klientů se můžeme setkat s organickou poruchou osobnosti., která se projevuje poruchou schopnosti kontrolovat své emocionální projevy, postižený má problém se sebeovládáním. Přestává respektovat sociální normy, má sklon k afektivním a agresivním výbuchům. Projevuje se bezohledně a egocentricky. [16]

### 3 AFÁZIE

Afázie je porucha komunikace, která vzniká vždy při náhlém poškození kteréhokoliv centra řeči v mozku. Nejčastěji vzniká jako následek cévních mozkových onemocnění. [5, 17]

Z hlediska neurologie je afázie ztráta naučených symbolických funkcí.

Kimlovo dělení afázií:

- afázie totální
- afázie motorická
- afázie senzorická [4]

#### 3.1 Afázie totální (globální)

Dochází k úplné asymbolii, ke ztrátě veškeré řečové komunikability. Postižený se navenek jeví jako dementní. [4, 5]

##### 3.1.1 Hodnocení totální afázie:

Vyznačuje se neschopností chápat a tvořit řeč.

- postižený řeč neopakuje, nepojmenovává předměty, nevypravuje
- není schopen čtení a psaní (alexie, agrafie)
- řeč je plná ostrých přechodů z jednoho typu přízvuku do druhého
- přízvuky neodpovídají obsahu a charakteru sdělení
- postižený pravidelně a stereotypně používá nesmyslné slabiky
- mimoverbální projev je nepřesvědčivý
- komunikační srozumitelnost je nulová [5]

### 3.2 Afázie motorická (Brocova, expresivní)

Postižený rozumí všemu, nedokáže však nic vyslovit. Sám si uvědomuje a slyší svůj řečový projev. [5]

#### 3.2.1 Hodnocení motorické afázie

- orgány řeči jsou těžce motoricky postiženy
- postižený řeč opakuje nepřesně, objevují se zkomoleniny (neologismy), chápe význam slov, uvědomuje si své chyby a snaží se je dalším opakováním napravit
- vynechává slova (telegrafická řeč)
- výrazně slabikuje slova, opakuje první slabiky
- tempo řeči je zpomalené
- chování je nenápadné, bez gest
- řeč je komunikačně těžce srozumitelná [4, 5, 17]

### 3.3 Afázie senzorická (Wernickeova, percepční)

Postižený si uvědomuje, že se na něj mluví, ale ničemu nerozumí. On sám ovšem mluví velice lehce, ale jelikož se nemůže kontrolovat (nerozumí své vlastní řeči), sdělení se mění v naprosto nesrozumitelné. [5]

#### 3.3.1 Hodnocení senzorické afázie

- orgány řeči nejsou poškozeny
- postižený opakuje slova, ale nechápe jejich význam
- nerozumí mluvenému ani psanému slovu a posunkům
- víceslabičná a souhlásková slova komolí, lépe se mu daří opakovat samohlásky než souhlásky
- vytváří nesmyslná slova
- pomáhá si odezíráním
- předměty pojmenovává jen někdy, déle trvá, než si vzpomene, často se plete

- není schopen vytvořit věty
- tempo řeči není porušeno
- řeč je těžce srozumitelná [4, 5, 17]

### **3.4 Klinické vyšetření**

#### **Orgány řeči**

Obsahuje popis organického poškození (obrna atd.).

#### **Řeč, rozumění**

- opakování- je klient schopen rozumět a opět interpretovat slova
- ukazování- ukáže obrázek z nabídky dle slovního příkazu
- pojmenování- je schopný najít a použít výraz, který přísluší danému předmětu
- spontánní vypravování- je schopen udržet myšlenkovou linii, mít ve vyprávění smysl [5, 17]

#### **Čtení, psaní, počítání (lexie, grafie, kalkule)**

#### **Suprasegmentální kvalita řeči**

- přízvuky, časový průběh řeči- plynulá, rozsekaná, slabiková, mlčení atd.
- dynamika (síla řeči)- mikrofonie (slabá), mikrofonie (silná), monodynamie (jednotvárná), výbušná, stupňovitá atd.
- melodie- monotonie, přehnaná atd. [5]

#### **Hluboká rovina řeči**

- tvoření slov, postižení- poruchy sledu hlásek, zaměňování, opakování hlásek atd.
- vyjadřování- neúplné, nevěcné, amnestické atd.
- slovní zásoba- neúplná, chudá, pomalé myšlení atd.
- chování, gesta [5]

#### **Komunikační srozumitelnost**

### **3.5 Logopedická terapie**

Logopedická terapie zahrnuje řečovou a jazykovou terapii. Působí na kognitivní funkce a aplikuje psychoterapeutické metody. [17]

#### **Vhodná motivace klienta ke komunikaci**

V počátku terapie je důležité navázat s klientem klidný a produktivní vztah. Jak logoped, tak i ošetřující personál a rodina postiženého by měli pozitivně reagovat i na sebemenší snahu klienta. [13]

#### **Stimulační terapie**

Cíl této léčby spočívá ve zlepšení kognitivních a motorických dovedností klienta. Přispívá k lepší orientaci a ovlivňuje i jeho pozornost. Mezi základní stimulační patří sluchová, taktilní, čichová, chuťová, zraková, vestibulární, elektrostimulace a stimulace v dutině ústní. [13]

#### **Úprava postury**

Změna v držení těla může pozitivně ovlivnit dýchání, kvalitu hlasu i řeč jako celek. [13]

#### **Dechová terapie**

Dechová cvičení jsou významná pro zlepšení fonace a artikulace. Klient cvičí hluboké plné dýchání bez fonace a s fonací, nejprve samohlásek a ty se později spojují do slabik atd. [13]

#### **Fonační cvičení, vokalizace**

Logoped provádí s klientem hlasová cvičení. Snaží se o zkoordinování dýchání a fonace. Zlepšuje se kvalita, intenzita a výška hlasu. [13]

#### **Rytmizační postupy**

Rytmizační postupy zásadně ovlivňují srozumitelnost mluveného projevu. Propojují řeč s pohybem. Pohyb doprovází každou slabiku či slovo (např. tleskání rukama). [13]

#### **Zavedení náhradní formy komunikace**

Systémy, které se užívají jako náhrada verbální komunikace, se dělí na dynamické (gesta a znaky, prstová abeceda, znaková řeč atd.) a statické (písmo, symboly, komunikační tabule, skutečné nebo zmenšené předměty, komunikátory). [9, 13, 19]

#### **Skupinová terapie**

Skupiny obsahují okolo 4 členů, maximálně však 6. Tato skupina je vedena terapeutem, který zúčastněné osoby tematicky usměrňuje, eventuálně jim napomáhá v překonávání určitých obtížnějších mluvních celků. Terapie je pro klienta důležitá také z hlediska motivace k lepšímu řečovému projevu. [13]

### 3.6 Zásady komunikace u klienta s afázií

- zabezpečit primární prostředí (někteří klienti nechtějí komunikovat před ostatními klienty)
- komunikovat tváří v tvář
- vysvětlit klientovi, proč nemůže komunikovat
- mluvit pomalu a stručně
- chybnou řeč nenapodobovat
- neopravovat chybnou řeč, ale nebát se klientovi říct: „Promiňte, teď jsem přesně nerozuměl/a, zkuste to říct jinak.“
- projevit trpělivost, dokud se klient verbálně neprojeví
- vyzvat klienta, aby mluvil klidně
- nenutit klienta, aby se rychle vyjádřil („nátlak“ zhoršuje řečovou chybu)
- podporovat klienta v komunikaci
- pomoci klientovi dokončit větu nebo myšlenku
- vyslovovat pravděpodobné přání klienta
- nenutit klienta do rozhovoru, pokud sám nechce hovořit
- nebát se klienta odpoutat od monologu, pokud je neproduktivní
- neskákat klientovi do řeči, pokud mluví k věci
- sledovat reakce klienta
- nevést rozhovor „o něm, bez něho“

- hledat jakoukoli formu porozumění, zavést tzv. komunikační pravidlo (souhlas = přikývnutí atd.)
- klást otázky zjišťovací, umožňující odpověď ano/ne
- umožnit alternativní způsob komunikace prostřednictvím symbolů, obrázků
- oslovovat klienta příjmením
- nepoužívat zdrobněliny
- přistupovat ke klientovi z jeho postižené strany
- pozitivní ladění obličeje, vyjadřující empatii, trpělivost [8]



## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

## 4 METOLOGIE PRŮZKUMU

### 4.1 Cíle a hypotézy

**Cíl č. 1: Zjistit, zda všeobecné sestry znají základy komunikace u klientů po CMP s poruchou řeči.**

H1 Domnívám se, že většina všeobecných sester zná zásady komunikace u klientů po CMP s poruchou řeči.

**Cíl č. 2: Vypozorovat, zda všeobecné sestry používají vhodné komunikační metody u klientů po CMP s poruchou řeči.**

H2 Domnívám se, že většina všeobecných sester nepoužívá vhodné komunikační metody u klientů po CPM.

**Cíl č. 3: Vypozorovat, zda všeobecné sestry vyhodnocují, jestli klient po CMP s poruchou řeči rozumí informacím, které mu podávají.**

H3 Domnívám se, že většina všeobecných sester nevyhodnocuje, jestli klient po CMP rozumí informacím, které mu podávají.

**Cíl č. 4: Zjistit, jakých chyb v komunikaci u klientů po CMP se sestry nejčastěji dopouštějí.**

H4 Domnívám se, že většina všeobecných sester se dopouští následujících chyb: sestry komunikují s klientem jen minimálně, sestry nepoužívají alternativní komunikační metody, sestry si neověří, jestli klient rozumí podaným informacím.

### 4.2 Zpracování získaných dat

Průzkum byl prováděn na odděleních interních oborů (neurologie, gerontologie, LDN) pomocí metody pozorování. Videozáznam byl pořízen u 13- ti všeobecných sester a u 11- ti klientů po CMP s poruchou řeči. Průzkum trval 6 měsíců (prosinec- květen). Jeho výsledky jsou zpracovány v kapitole č. 5 a 6. V kapitole č. 5 jsou podrobně rozebrány jednotlivé videozáznamy. Grafické znázornění jednotlivých výzkumných otázek, které jsem si položila, se nachází v kapitole č. 6.

Pilotní studie byla prováděna v měsíci prosinci, kdy byl pořízen první videozáznam na gerontologickém oddělení. Na základě pilotní studie jsem přesněji specifikovala oblasti, na

kteřé se budu zaměřovat. Sestrám jsem s dostatečným předstihem poskytla podrobnější instrukce.

### 4.3 Charakteristika zkoumaného vzorku

Výzkumný vzorek tvořily všeobecné sestry všech věkových kategorií ze tří zdravotnických zařízení.

K výzkumu, který je součástí mé bakalářské práce, byla použita metoda pozorování. Jednalo se jak o pořízení videozáznamu, tak i o mé osobní pozorování.

Pozorování je základem empirického zkoumání a těžištěm pro ošetrovatelský výzkum. Je to soustředěná, cílevědomá činnost, se záměrem něco vyzkoumat, poznat, zjistit. [12, 15]

Výhoda pořízení videozáznamu spočívá v doplnění a upřesnění výsledků, získaných osobním pozorováním. [12, 15]

Pořízení videozáznamu probíhalo v několika fázích:

- určení výzkumného tématu
- navázání kontaktu
- zpracování plánu pozorování (čas, délka, ...)
- vlastní pozorování
- závěr pozorování

Jelikož jsem se aktivně nezapojila do ošetrovatelského procesu, jednalo se o pozorování nezúčastněné. Pořízený materiál jsem zpracovávala s časovým odstupem- pozorování nepřímé. Do pozorování jsem zapojila také své smysly- pozorování přímé. [12, 15]

## 5 ROZBOR VÝSLEDKŮ VÝZKUMU

### Videozáznam č. 1

#### **Invazivní zákrok- odběr krve:**

Sestra klientovi vysvětluje, co u něj bude provádět a nabádá ho ke spolupráci. Klient reaguje na pokyny (zacvičte si) a dle možností je provádí. Jakmile jsem si začala povídat s jiným klientem na pokoji, sestra, která odebírala krev, přestala komunikovat a zaměřovala se pouze na samotný odběr.

#### **Polohování klienta:**

Sestra má ke klientovi velmi vřelý přístup. Výstižně mu vysvětluje, co bude provádět. Stále se na něj usmívá. Při komunikaci používá ve velké míře zdvořiliny. Nedává mu mnoho prostoru ke komunikaci. Sestra pokládá mnoho otázek, aby se ujistila, zda se klientovi dobře leží, ale už nevyčkává na jeho odpověď. Na některé otázky si odpovídá „sama“. Například: „Leží se vám dobře? Teď určitě ano.“

#### **Podávání léků:**

Sestra vysvětluje klientovi, jaké léky mu podává a jak budou chutnat. Trpělivě čeká, až klient léky polkne. Komunikace ze strany sestry se zlepšila. Po položení otázky vyčkává na klientovu odpověď.

### Videozáznam č. 2

#### **Invazivní zákrok- aplikace inzulínu:**

Sestra jednoduše sděluje, co bude provádět. Po celou dobu aplikace klientka mlčí. Ze strany sestry mi chybí snaha o navázání komunikace, pokládání jednoduchých, všeobecných otázek. Například: Jak jste se dnes vyspala? Už máte hlad? Na co máte dnes chuť?

#### **Polohování klienta:**

Sestra pokládá klientce jednoduché otázky. Neustále se ujišťuje, jestli jí klientka rozumí. Pokládá otázky typu: Teď vás povytáhneme, ano? Budete ležet na boku, ano? Ale ani v jednom z případů sestra nevyčkává na odpověď. V jednu chvíli se snažila klienta sestře

něco sdělit, upoutávala na sebe pozornost, snažila se vyslovit větu, ale sestra ji naprosto ignorovala.

**Podávání léků:**

Sestra klientku obeznámila s tím, že si musí užít léky. Klientka přikyvuje. Sestra trpělivě čeká, až klientka užije všechny léky. Pokládá jednoduché otázky. Například: Už jste ten prášek spolkla? Už vám můžu dát druhý? Sestra vyčkává na přikývnutí klientky.

**Videozáznam č. 3****Invazivní zákrok- aplikace inzulínu:**

Sestra vysvětluje klientovi, co bude provádět. Pracuje rutinně. Klient se snaží komunikovat. Déle mu trvá, než se vyjádří, některým slovům nejde rozumět. Sestra se klientovi ne snaží porozumět, spíše jeho řeč ignoruje.

**Polohování klienta:**

Sestra se neusmívá, působí velmi chladně, odměřeně. Klient se snaží komunikovat, sestra vypadá, jakoby to vůbec nevnímala. Klienta nepolohovala a odchází.

**Podávání léků:**

Klient rozumí pokynům, co mu sestra dává (otevřete pus, polkněte). Sestra komunikuje jen minimálně. Jakmile klient polkne poslední lék, sestra ho nechává sedět a odchází.

**Videozáznam č. 4****Invazivní zákrok- odběr krve:**

Sestra vysvětluje klientovi postup odběru krve, ale o tom, za jakým účelem krev odebírá, se již nezmiňuje. Mluví heslovitě, jasně, výstižně. Nepřiměřeně však zvyšuje tón hlasu. Na klienta křičí, aby jí lépe rozuměl. (Po ukončení záznamu jsem kladla dotaz, zda klient trpí poruchou sluchu a bylo mi řečeno, že nikoli.) Sestra s klientem během odběru nekomunikuje více „ než je nutné“. Komunikace se týká pouze odběru krve.

**Polohování klienta:**

Sestra nejprve klientovi vysvětluje, co s ním bude provádět. Tím však její komunikace končí. Sestra pracuje rychle, důkladně vypíná lůžko, češe klientovi vlasy, ale naprosto chybí jakákoli komunikace.

### **Videozáznam č. 5**

#### **Polohování klienta:**

Sestra se ptá klienta, zda chce ležet směrem k oknu. Nevyčkává na odpověď a otáčí do této polohy. Ptá se, jestli ho netlačí klín, co mu vložila za záda, ale opět nevyčkává na odpověď a dále mechanicky pracuje (úprava peřiny).

#### **Podávání léků:**

Sestra vysvětluje klientovi, co se bude dít, proč za ním přichází. Ptá se ho na otázku: „Zvládnete si léky užít sám?“ Nevyčkává na odpověď a automaticky klientovi podává léky k ústům. Klient se brání, nechce léky spolýkat. Rozčiluje se a rukou vylévá misku s jídlem co má před sebou. Sestra celou situaci nekomentuje. Až poté, co vypínám kameru, začíná sestra na klienta křičet: „Co to má znamenat, jak si to představujete!“ A s křikem odchází z pokoje pro čisté prádlo. Sestra během komunikace používá zdvořilý jako- léčky, pu-sinka.

### **Videozáznam č. 6**

#### **Invazivní zákrok- aplikace inzulínu:**

Sestra vysvětluje klientovi, že mu jde aplikovat inzulín a přesně popisuje úkony, které provádí (desinfikují, teď to píchne). Podává klientovi spoustu otázek, na které však nemá možnost odpovědět. Například: Teď vám jdu píchnou inzulín, ano? Dneska vám to píchnu do břicha, ano? Výsledky cukru zkontrolujeme odpoledne, ano?

#### **Polohování klienta:**

Sestra klientovi vysvětluje, co se s ním bude dít. Klade mu spoustu otázek, ale nevyčká si na jeho odpověď.

#### **Podávání léků:**

Sestra klientovi vysvětluje, že mu jde podat léky. Chystá si je, zároveň připravuje jídlo k lůžku, ale po celou dobu mlčí.

V zásadě se komunikace a jednání u tohoto klienta po CMP s poruchou řeči nijak nelišily od komunikace s klientem bez této poruchy. Sestra s klientem komunikovala v obecné rovině. Popisovala úkony, co provádí. Nepodporovala však klienta v komunikaci.

### **Videozáznam č. 7**

#### **Invazivní zákrok- aplikace inzulínu:**

Při příchodu do pokoje klientka projevuje radost z toho, že sestru vidí. Automaticky se snaží „přichystat se k aplikaci inzulínu“, jako by chtěla sestře práci co nejvíce ulehčit. Sestra má vlídný přístup, klientku chválí za spolupráci. Konkrétně u této klientky bych čekala, že bude sestra klást všeobecné otázky a podporovat klientku komunikaci. To se však nekoná a sestra ihned odchází z pokoje.

#### **Polohování klienta:**

Sestra vysvětluje klientce, že ji posadí, aby se jí lépe jedlo. Klientka se jeví velice dobře naladěná, stále se usmívá. Chce nám něco sdělit. Snaží se vyslovit nějaké slovo, které ale sestře nedává smysl a proto vyjmenovává věci, předměty, které se nachází v okolí klientky a na které se snaží jako by ukazovat. Sestra řekne slovo – plena. Klientka pokyvuje hlavou a říká: „Ano, ano, ano, ne, ne, ne.“ Sestra se tedy snaží dále vyjmenovávat různé předměty. Na klientce pozoruji zoufalství z toho, že se se sestrou nemůže domluvit. Nakonec se rozpláče. Sestra se snaží klientku uklidnit a říká: „To nevádí, zkusíme to později.“ A odchází z pokoje.

#### **Podávání léků:**

Klientka se na sestru smutně dívá a o komunikaci se už nepokouší. Sestra se také již nesnaží vrátit se k předchozí komunikaci. Klientka pouze provádí úkony ale pokynů sestry (teď otevřete pus, polkněte, ...).

### **Videozáznam č. 8**

#### **Invazivní zákrok- odběr krve:**

Sestra přichází do pokoje, přistupuje ke klientce, aniž by ji oslovila. Až když zatahuje paži při odběru krve, stroze vysvětluje, co bude provádět, pobízí klientku, aby s ní spolupracovala. Klientka na její slova nereaguje. Sestra to komentuje tím, že se asi špatně vyspala a komunikuje se mnou. Ptá se na podrobnosti mého natáčení. Po odběru krve téměř beze slova odchází.

**Polohování klienta:**

Sestra přichází do pokoje se slovy. „Ták, jdeme na to.“ Za pomoci ošetřovatelky klientku posadí a chystá si jídlo pro klientku.

**Podávání léků:**

Sestra podává léky společně s jídlem. Pracuje rychle, rutinně. Komunikuje s ostatními klienty na pokoji a zodpovídá dotazy ohledně jejich vyšetření.

**Videozáznam č. 9**

Sestra mě předem seznamuje s klientčíným stavem, jak dlouho na oddělení leží, ... Vysvětluje, že za ní pravidelně dochází rehabilitační sestra a logoped. Oba po sestřích vyžadují, aby i v jejich nepřítomnosti procvičovaly s klientkou věci, které ji naučili.

**Invazivní zákrok- aplikace inzulínu:**

Sestra s klientkou komunikuje už od dveří. Ještě jednou jí vysvětluje důvod mé návštěvy. Sestra s klientkou komunikuje přirozeně, vyčkává na odpověď. Rozumí i některým složitějším větám, které jsou pro mne méně srozumitelné.

**Polohování klienta:**

Klientka se téměř sama (za malé pomoci sestry) posazuje. Vysvětluje sestře, že si bude opakovat cviky, které se naučila s rehabilitační sestrou.

**Podávání léků:**

Po přisunutí stolku klientka zvládá užití léků samostatně. Sestra na ni jen dohlíží, nezapomíná na pochvalu. Ptá se jí, jestli bude mít dnes návštěvu. Trpělivě čeká, až jí klientka popovpráví, jak probíhala návštěva předešlý den.

**Videozáznam č. 10**



**Invazivní zákrok- odběr krve:**

Sestra mluví s klientem velmi tiše. Komunikuje s ním, „jako s malým dítětem“, používá ve velké míře zdvořiliny. Pracuje pomalu, rozvážně. Tichým hlasem říká: „Ach jo, ach jo, co já si tady s vámi počnu, kde jste nechal žíly? Během celého odběru se velmi soustředí a s klientem nekomunikuje.“

**Polohování klienta:**

Sestra klienta posazuje spolu s ošetřovatelkou. Ošetřovatelka přebírá za sestru veškerou komunikaci. Vysvětluje klientovi, co se s ním bude dít. Nabádá ho, aby jim co nejvíce pomáhal. Klient dělá to, co mu ošetřovatelka říká. Sestra jen stojí a asistuje. Po napolohování se ošetřovatelka klienta ptá: „Tak, je to dobré?“ Nečeká na odpověď a spolu se sestrou odchází.

**Podávání léků:**

Sestra s klientem komunikuje stylem: „Teď vám jdu dát léčky, otevřete pusinku a polkněte.“

Po dobu, kdy jsem čekala na pořízení videozáznamu, jsem mohla pozorovat komunikaci této sestry i s ostatními klienty. Komunikace byla u všech klientů (bez rozdílu věku nebo onemocnění) téměř stejná.

**Videozáznam č. 11****Invazivní zákrok- odběr krve:**

Sestra komunikuje s klientem tak, aby jí dobře rozuměl (dostatečně hlasitě, v krátkých větách, když klient nereaguje, zopakuje mu větu ještě jednou). Přesně mu popisuje, co bude provádět. Říká: „Tak, teď vám vezmu krev.“ „Podívám se na vaše žilky.“ „Zatáhnu vám ruku.“ „Pokuste se zacvičit.“ „Teď to píchne.“ „A hotovo.“ Děkuje za spolupráci a odchází.

Očekávala bych spíše, že sestra řekne, proč jde krev odebírat. Přesně popisuje postup výkonu, ale předpokládám, že dospělý klient bude vědět, jak odběr probíhá. V tomto případě klient nemá prostor ke komunikaci.

**Polohování klienta:**

Sestra rázně přichází do pokoje, působí optimisticky, energicky. Říká: „teď vás posadím, bude oběd, aby se vám dobře jedlo.“ „Chyťte se levou rukou taky nahoře a zkuste pokrčit trochu levou nohu.“ „Tři dva jedna teď a je to.“ „Za chvíli vám donesu oběd“

Opakuje se opět stejná chyba. Sestra přesně popisuje postup prováděného úkonu, ale nedává klientovi prostor ke komunikaci.

#### **Podávání léků:**

Sestra říká: „Tak, tady máte léčky. „Zkuste si je užít sám.“ Sestra na klienta dohlíží, napomáhá mu. Chválí ho a odchází.

### **Videozáznam č. 12**

#### **Invazivní zákrok- aplikace inzulínu:**

Sestra mluví klidným hlasem. Nejprve klientce vysvětluje, že jí jde opět píchnout inzulín. Sestřina ruka je při tom drží ruku klientky (jako přátelské vřelé gesto). Klientka pokyvuje hlavou a odpovídá- ano, ano.

#### **Polohování klienta:**

Sestra si dává záležet, aby byla postel důkladně upravená (vypnuté prostěradlo, načechráný polštář). Celou dobu postup klientce popisuje. Klientka opět pokyvuje hlavou a na sestřiny slova reaguje slovy- ano, ano.

#### **Podávání léků:**

Už při příchodu sestry, která má v rukou léky, klientka pokyvuje hlavou. Sestra opět vysvětluje, co jsou to za léky a že je rozpůlila, aby se lépe polykaly. Sestra stále komunikuje, ale ze strany klientky se komunikace projevuje stále jen přikývnutím.

### **Videozáznam č. 13**

#### **Invazivní zákrok- odběr krve:**

Sestra se jeví jako velmi energická, temperamentní a tímto způsobem jedná i s klientem. Klient má z mého pohledu snahu komunikovat, ale než stihne něco říct, sestra je z pokoje už pryč. Sestra klade otázky stylu: „ Ani to nebolelo, že ne?“

#### **Polohování klienta:**

Druhou část natáčení jsem prováděla s odstupem (první část probíhala mezi 6:00- 7:00, druhá část mezi 11:00- 12:00). Sestra jako by si zvykla na mou přítomnost. S klientem jedná daleko klidněji, když vidí náznak toho, že se klient snaží něco sdělit, přikloní se k němu a vyčkává na odpověď i delší dobu. Když je řeč méně srozumitelná, snaží se výčtem možností přijít na to, co se klient snaží říct.

**Podávání léků:**

Sestra trpělivě čeká, až si klient užije léky. Na rozdíl od prvního záznamu sestra „nikam nespěchá“. Komunikuje s klientem a ptá se ho na jednoduché otázky.

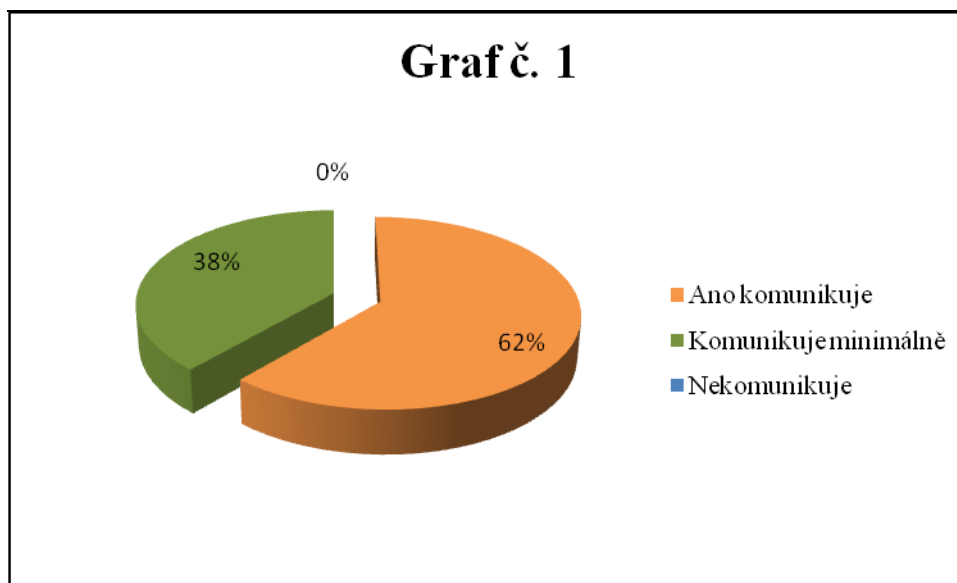
## 6 GRAFICKÉ ZPRACOVÁNÍ VÝZKUMNÝCH OTÁZEK

### Otázka č. 1 Komunikuje sestra s klientem?

Tabulka č. 1 Komunikuje sestra s klientem?

Komunikuje sestra s klientem?	Počet respondentů	Procenta %
Ano komunikuje	8	61,54%
Komunikuje minimálně	5	38,46%
Nekomunikuje	0	0,00%
<b>Celkem</b>	<b>13</b>	<b>100%</b>

Graf č. 1 Komunikuje sestra s klientem?



#### Komentář:

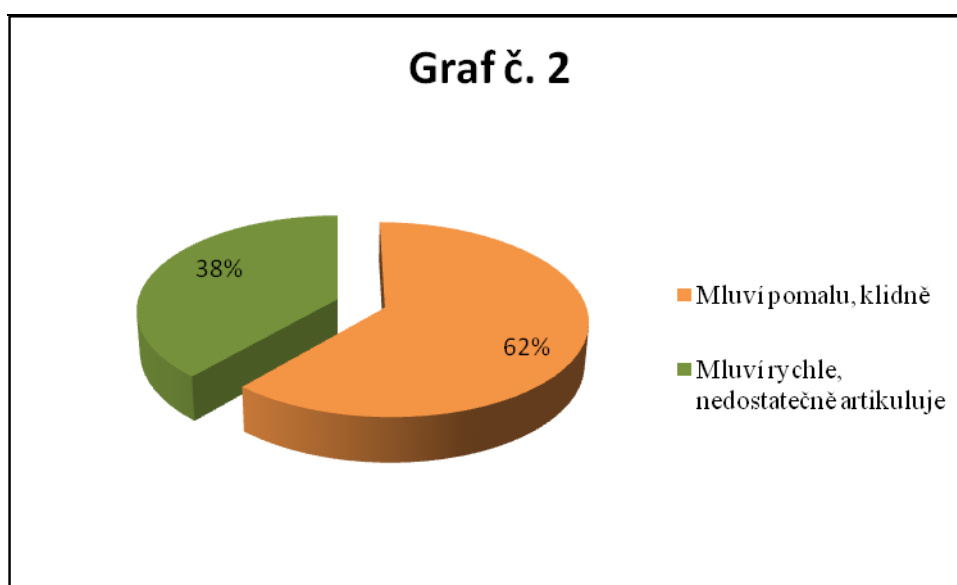
Z celkového počtu 13- ti sester bylo zjištěno, že 8 sester (62%) s klienty komunikuje v dostatečné míře. U 5- ti sester (36%) byla komunikace omezena jen na základní sdělení informací. Ani v jednom z případů se nestalo, že by sestra s klientem nekomunikovala vůbec.

## Otázka č. 2 Jakým způsobem sestra s klientem komunikuje?

Tabulka č. 2 Jakým způsobem sestra s klientem komunikuje?

Jakým způsobem sestra komunikuje?	Počet respondentů	Procenta %
Mluví pomalu, klidně	8	61,54%
Mluví rychle, nedostatečně artikuluje	5	38,46%
<b>Celkem</b>	<b>13</b>	<b>100%</b>

Graf č. 2 Jakým způsobem sestra s klientem komunikuje?

**Komentář:**

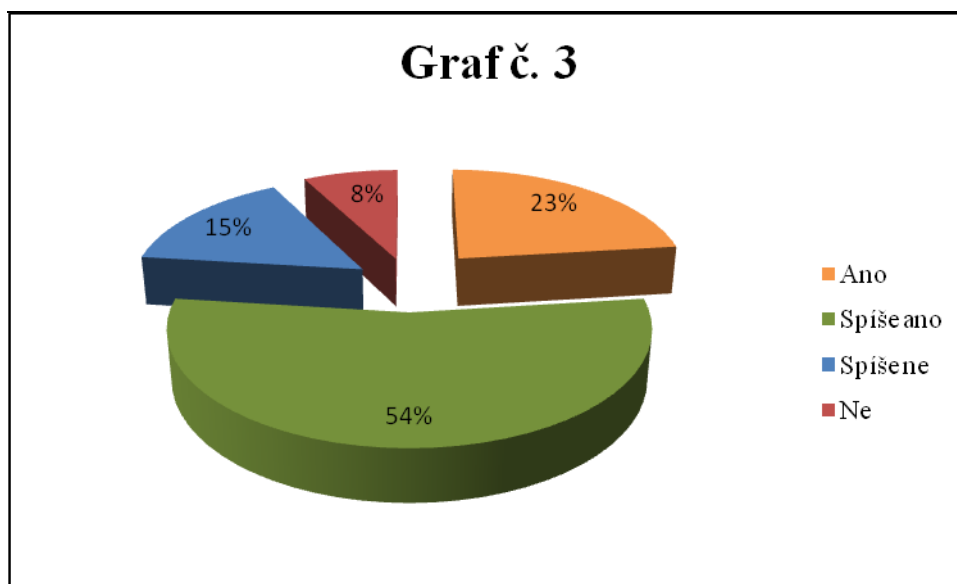
Bylo zjištěno, že většina všeobecných sester (62%) mluvila s klienty po CPM s poruchou řeči pomalu a klidně. Tyto sestry z větší části měly pomalejší pracovní tempo. Zbývajících 38% všeobecných sester komunikovalo rychle, při řeči nedostatečně artikulovaly. Jejich pracovní tempo bylo rychlé, energické.

## Otázka č. 3 Používá sestra jednoduché, krátké věty srozumitelné pro klienta?

Tabulka č. 3 Použití jednoduchých vět

Použití jednoduchých vět	Počet respondentů	Procenta %
Ano	3	23,08%
Spíše ano	7	53,85%
Spíše ne	2	15,38%
Ne	1	7,69%
<b>Celkem</b>	<b>13</b>	<b>100%</b>

Graf č. 3 Použití krátkých vět

**Komentář:**

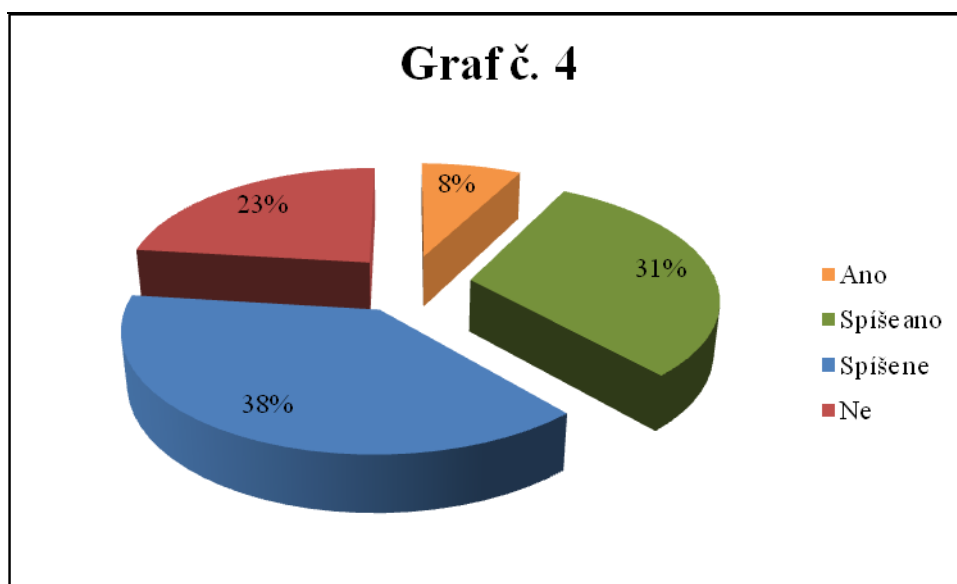
Uvedenou otázkou jsem chtěla zjistit, jestli sestry používají jednoduché věty, které jsou pro klienty dobře srozumitelné. 3 sestry (23%) používaly při komunikaci s klientem po CMP vždy jednoduché věty a sledovaly, jestli jim klienti rozumí. Většina sester (54%) používala krátké heslovité věty jen v případech, kdy dávaly klientům pokyny a žádaly je o spolupráci. 2 sestry (15%) se na správnou komunikaci zaměřovaly jen v některých ojedinělých případech. 1 sestra (8%) mluvila v souvětích.

## Otázka č. 4 Dává sestra klientovi dostatečný prostor ke komunikaci?

Tabulka č. 4 Poskytování prostoru ke komunikaci

Poskytování prostoru ke komunikaci	Počet respondentů	Procenta %
Ano	1	7,69%
Spíše ano	4	30,77%
Spíše ne	5	38,46%
Ne	3	23,08%
<b>Celkem</b>	<b>13</b>	<b>100%</b>

Graf č. 4 Poskytování prostoru ke komunikaci

**Komentář:**

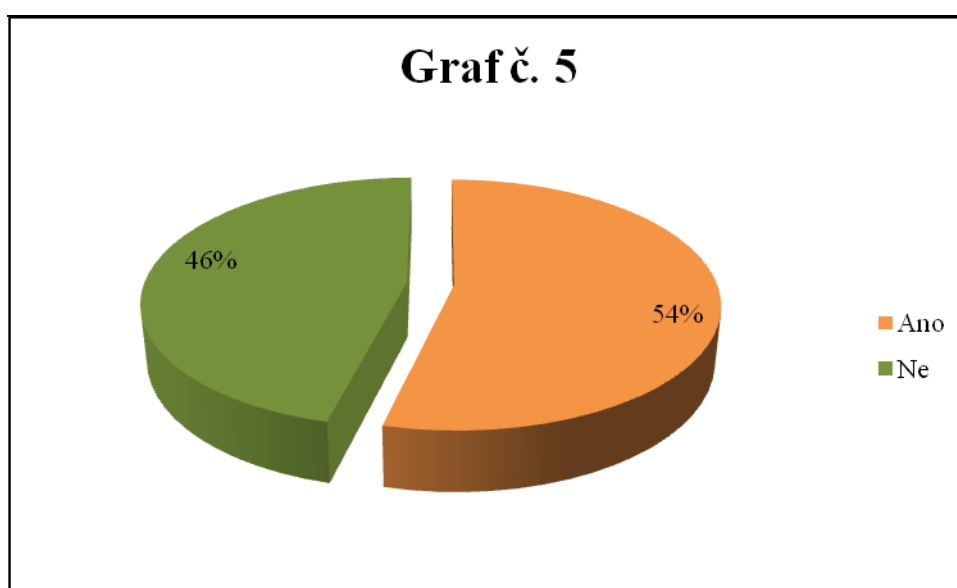
Výsledky týkající se otázky č. 4 jsou velmi neuspokojivé. Vyzorovala jsem, že největší procento všeobecných sester (38%) nedává klientovi po CPM s poruchou řeči téměř žádný prostor ke komunikaci. Z videozáznamu je patrné, že 23% sester ignoruje pokus o komunikaci ze strany klienta. Jen jediná ze sester okamžitě reagovala na komunikaci ze strany klientky, pokládala jí další otázky a trpělivě vyčkávala na odpověď. Zbývající 4 sestry (31%) reagovaly na to, že se jim klienti snaží něco sdělit. Komunikaci již ale dále nerozvíjely.

## Otázka č. 5 Oslovuje sestra klienta příjmením?

Tabulka č. 5 Oslovování příjmením

Oslovování příjmením	Počet respondentů	Procenta %
Ano	7	53,85%
Ne	6	46,15%
<b>Celkem</b>	<b>13</b>	<b>100%</b>

Graf č. 5 Oslovování příjmením

**Komentář:**

Výsledky jsou uspokojivé. Cílem této otázky bylo zjistit, zda sestry oslovují klienty příjmením. Vypozorovala jsem, že 54% sester tuto zásadu při komunikaci u klientů s afázií dodržuje. Dalších 46 % sester oslovovalo klienty následovně: babičko, baběnko, dědo.

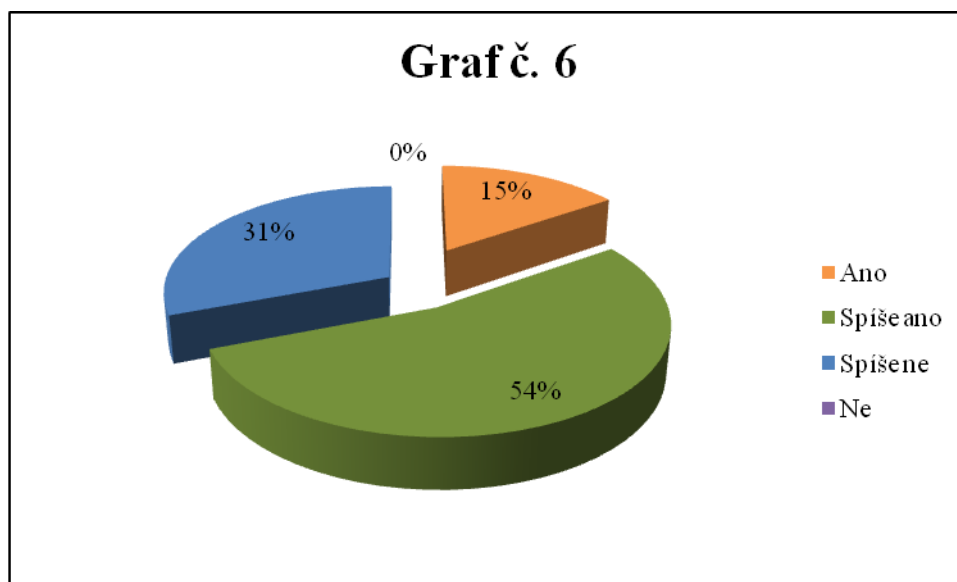


## Otázka č. 6 Používá sestra při komunikaci s klientem zdrobněliny?

Tabulka č. 6 Používání zdrobnělin

Používání zdrobnělin	Počet respondentů	Procenta %
Ano	2	15,38%
Spíše ano	7	53,85%
Spíše ne	4	30,77%
Ne	0	0,00%
<b>Celkem</b>	<b>13</b>	<b>100%</b>

Graf č. 6 Používání zdrobnělin

**Komentář:**

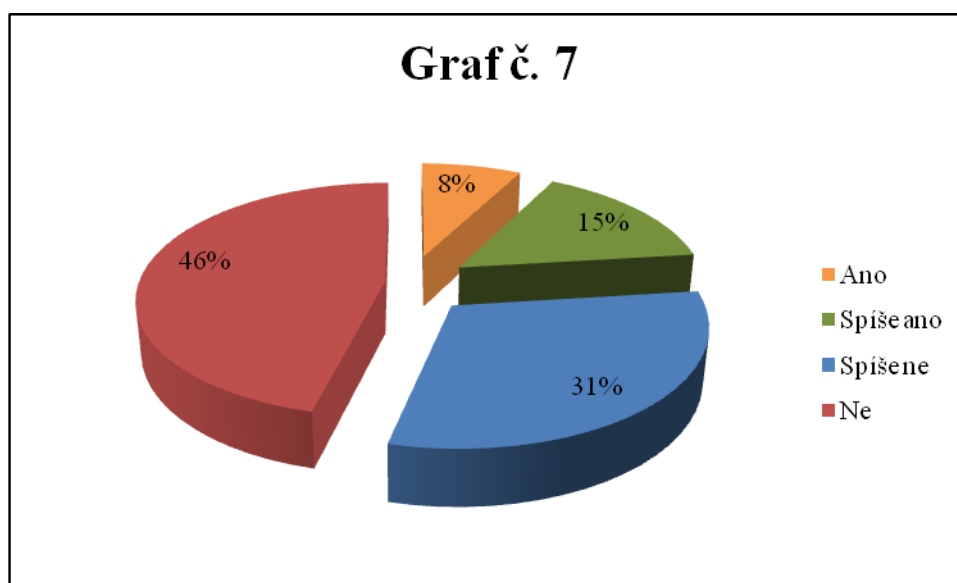
Z grafu č. 6 je patrné, že ani jedna sestra z celkového počtu 13, nevedla komunikaci bez používání zdrobnělin. 4 sestry (31%) použily zdrobněliny jen ve výjimečných případech. 7 sester je používalo v komunikaci velmi často. U 2 sester, bylo používání zdrobnělin velmi nápadné.

Otázka č. 7 Pomáhá sestra klientovi po CMP s poruchou řeči dokončit myšlenky?  
(Význam slova, věty?)

Tabulka č. 7 Pomoc při dokončení myšlenky

Pomoc při dokončení myšlenky	Počet respondentů	Procenta %
Ano	1	7,69%
Spíše ano	2	15,38%
Spíše ne	4	30,78%
Ne	6	46,15%
<b>Celkem</b>	<b>13</b>	<b>100%</b>

Graf č. 7 Pomoc při dokončení myšlenky



#### Komentář:

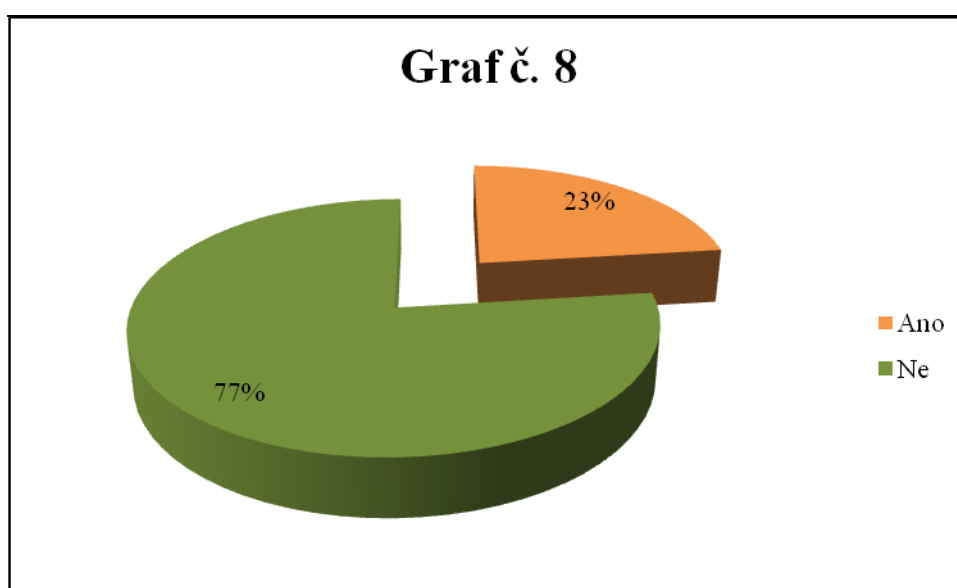
Uvedenou výzkumnou otázkou jsem zjišťovala, jestli sestry pomáhají klientovi s afázií dokončit myšlenku či význam slova. Zásady komunikace u těchto klientů dodržela pouze 1 sestra (8%) z celkového počtu 13. V menší míře takto komunikovaly jen 2 sestry (15%). 4 sestry (31%) se pokoušely dokončit myšlenku jen ve výjimečných případech a ne vždy se jim to zdařilo. 6 sester (46%) nepřikládalo význam tomu, že se jim klient pokouší něco sdělit a jeho snahu komunikovat nepodpořily.

## Otázka č. 8 Vyčkává sestra při komunikaci s klientem vždy na jeho odpověď?

Tabulka č. 8 Vyčkání na odpověď

Vyčkání na odpověď	Počet respondentů	Procenta %
Ano	3	23,08%
Ne	10	76,92%
<b>Celkem</b>	<b>13</b>	<b>100%</b>

Graf č. 8 Vyčkání na odpověď

**Komentář:**

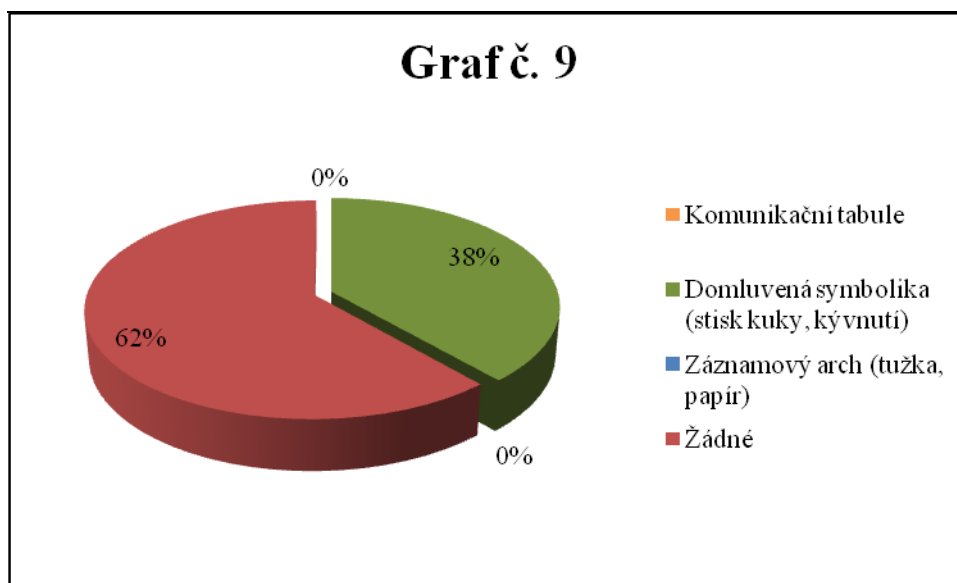
Jak vyplývá z grafu č. 3, 77% všeobecných sester nevyčká při komunikaci s klientem po CMP s poruchou řeči na jeho odpověď. Jak jsem vypožorovala, sestry pokládají neustále nové otázky, ale na odpověď či náznak souhlasu nepočkají. Pouhé 3 sestry z celkového počtu 13, si vyčkaly vždy na klientovu odpověď.

**Otázka č. 9 Jaké alternativní komunikační metody používá sestra při komunikaci s klientem po CMP poruchou řeči?**

*Tabulka č. 9 Alternativní komunikační metody*

Alternativní komunikační metody	Počet respondentů	Procenta %
Komunikační tabule	0	0,00%
Domluvená symbolika (stisk kuky, kývnutí)	5	38,46%
Záznamový arch (tužka, papír)	0	0,00%
Žádné	8	61,54%
<b>Celkem</b>	<b>13</b>	<b>100%</b>

*Graf č. 9 Alternativní komunikační metody*



**Komentář:**

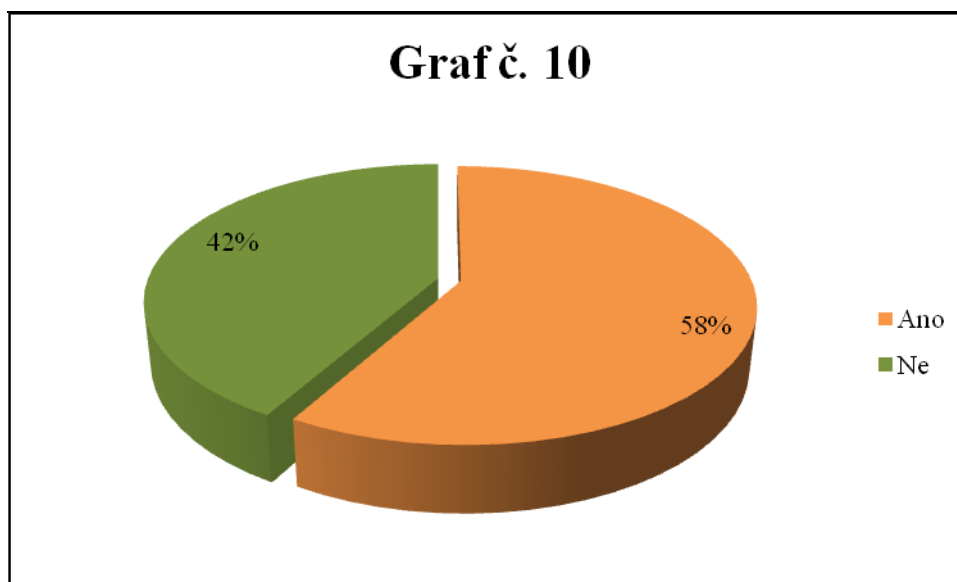
Z celkového počtu 13- ti sester nepoužívá žádné alternativní komunikační metody 8 sester (62%). Zbývajících 38 % sester používá jako alternativní komunikační metodu domluvenou symboliku. Konkrétně přikývnutí, jako projev klientova souhlasu. Komunikační tabule nebo záznamový arch nepoužila ani jedna ze sester.

**Otázka č. 10 Přistupuje sestra při podávání léků ke klientovi po CMP z postižené strany?**

*Tabulka č. 10 Přístup z postižené strany*

Přístup z postižené strany	Počet respondentů	Procenta %
Ano	7	58,33%
Ne	5	41,67%
<b>Celkem</b>	<b>12</b>	<b>100%</b>

*Graf č. 10 Přístup z postižené strany*



**Komentář:**

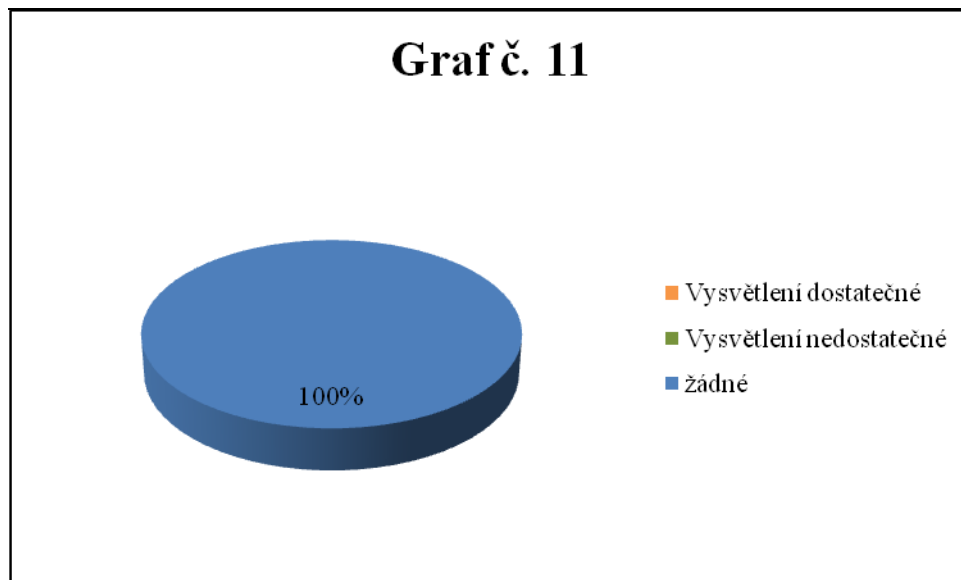
Výsledky tohoto průzkumu jsou uspokojivé. 7 sester (58%) z celkového počtu 12 dodržuje zásady péče u klientů po CMP. Tyto sestry přistupují ke klientům z postižené strany. Zbývající 3 sestry (42%) tuto zásadu nedodržují. Vypozorovala jsem však, že tato skutečnost může být ovlivněna nesprávným umístěním klientova lůžka v pokoji.

Otázka č. 11 Vysvětluje sestra klientovi po CMP s poruchou řeči důvod odběru krve?

Tabulka č. 11 Vysvětlení důvodu odběru krve

Vysvětlení důvodu odběru krve	Počet respondentů	Procenta %
Vysvětlení dostatečné	0	0,00%
Vysvětlení nedostatečné	0	0,00%
žádné	6	100,00%
<b>Celkem</b>	<b>6</b>	<b>100%</b>

Graf č. 11 Vysvětlení důvodu odběru krve



**Komentář:**

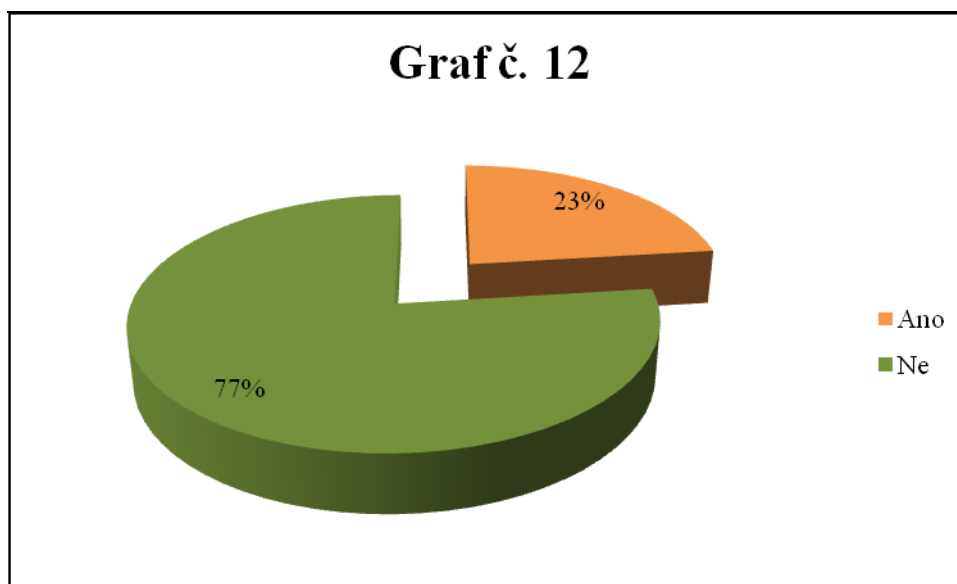
U otázky č. 11 jsem se zaměřila a to, jestli sestry vysvětlují klientovi důvod odběru krve. Vypozorovala jsem, že sestry klientům přesně popisují postup odběru. O důvodu, proč krev odebírá, se však nezmínila ani jedna ze sester.

Otázka č. 12 Ověří si sestra po nepolohování klienta, jak se mu v dané poloze leží?  
(Jak se v dané poloze cítí?)

Tabulka č. 12 Ověření si, zda daná poloha vyhovuje

Ověření si, zda daná poloha vyhovuje	Počet respondentů	Procenta %
Ano	3	23,08%
Ne	10	76,92%
<b>Celkem</b>	<b>13</b>	<b>100%</b>

Graf č. 12 Ověření si, zda daná poloha vyhovuje



#### Komentář:

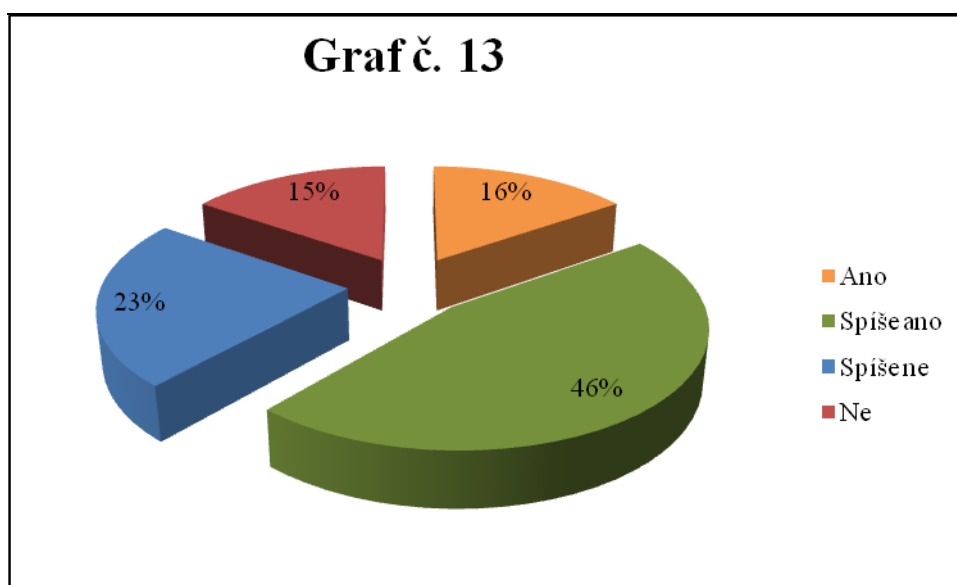
U následující výzkumné otázky jsem vyzorovala, že sestry při polohování klientů dávaly přednost tomu, aby bylo lůžko dobře upravené (hlavně vizuálně). V tomto případě už se sestry klientů dodatečně neptaly, jak se v dané poloze cítí, zda jim vyhovuje. To je případ 10- ti sester (77%). Tím nechci poukázat na to, že by ostatní 3 sestry (23%) nedbaly o úpravu lůžka. Mimo úpravy lůžka žádaly klienty také o sdělení toho, jestli se jim dobře leží.

Otázka č. 13 Projevuje sestra dostatek trpělivosti při komunikaci s klientem po CMP s poruchou řeči?

Tabulka č. 13 Trpělivost

Trpělivost	Počet respondentů	Procenta %
Ano	2	15,38%
Spíše ano	6	46,15%
Spíše ne	3	23,08%
Ne	2	15,39%
<b>Celkem</b>	<b>13</b>	<b>100%</b>

Graf č. 13 Trpělivost



#### Komentář:

Jednou ze zásad při komunikaci u klientů po CMP s poruchou řeči je i dostatečná trpělivost ze strany sestry. Jak vyplývá z grafu č. 13 a z mého pozorování, 16% sester projevovalo dostatečnou trpělivost. Čekaly na odpověď i delší dobu. 46% všeobecných sester při komunikaci také projevovalo dostatečnou trpělivost. Na další otázky, aby rozvedly komunikaci, už se ale neptaly. 3 sestry (23%) projevovaly dostatečnou trpělivost jen ze začátku rozhovoru. Po delší době s klientem přestávaly komunikovat, nesnažily se pochopit význam vět, slov. Zbývající 2 sestry z mého pohledu naprosto nezvládaly specifickou komunikaci s klientem po CMP.

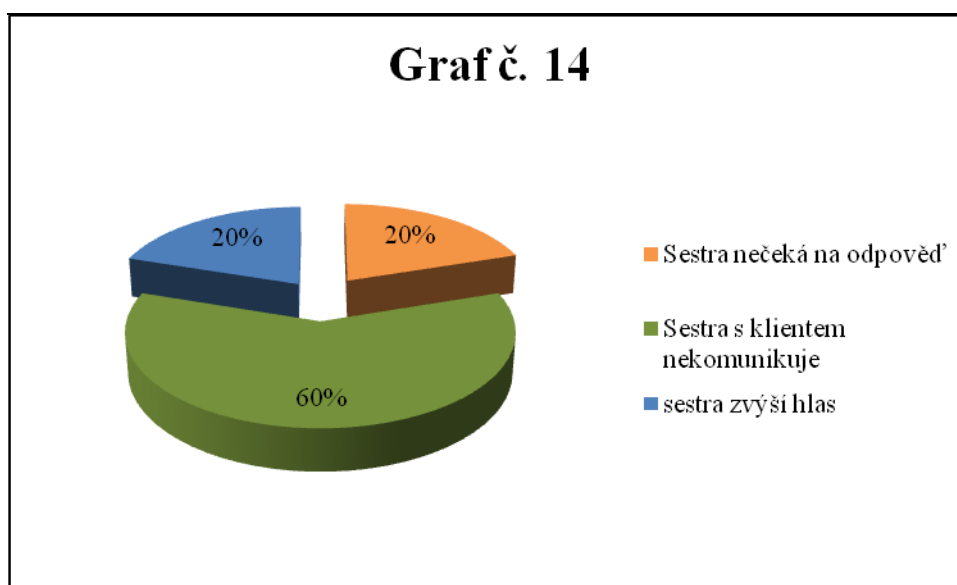


**Otázka č. 14** Jakým způsobem se u sestry projevuje nedostatek trpělivosti při komunikaci s klientem po CMP s poruchou řeči?

*Tabulka č. 14 Projev nedostatečné trpělivosti*

Projev nedostatečné trpělivosti	Počet respondentů	Procenta %
Sestra nečeká na odpověď	1	20,00%
Sestra s klientem nekomunikuje	3	60,00%
sestra zvýší hlas	1	20,00%
<b>Celkem</b>	<b>5</b>	<b>100%</b>

*Graf č. 14 Projev nedostatečné trpělivosti*



**Komentář:**

Jak vyplývá z grafu č. 13, některé všeobecné sestry nemají dostatek trpělivosti při komunikaci s klienty po CMP. To se u tří sester (60%) projevilo tím, že sestry s klienty přestaly komunikovat. 1 sestra (20%) na klienta zvýšila hlas a 1 sestra (20%) nevyčkala na odpověď a předčasně odešla z pokoje.

## DISKUSE

**H1:** *Domnívám se, že většina všeobecných sester zná zásady komunikace u klientů po CMP s poruchou řeči.*

**H2:** *Domnívám se, že většina všeobecných sester nepoužívá vhodné komunikační metody u klientů po CPM.*

Mezi charakteristické znaky při komunikaci s klientem po CPM s poruchou řeči patří například používání krátkých, srozumitelných vět. Dále by sestra měla mluvit na klienta pomalu, stručně. Podporovat klienta v komunikaci. Dopomoc klientovi s dokončením myšlenky, významu slova. Oslovovat klienta příjmením. Používat u klienta alternativní komunikační metody. Projevit trpělivost při obtížnější komunikaci.

Při svém pozorování jsem dospěla k závěru, že pokud sestry znaly zásady komunikace u klientů po CMP s poruchou řeči, tak je při pořízení videozáznamu u klientů aplikovaly. Dělo se tak z toho důvodu, že sestry předem podepsovaly souhlas s pořízením videozáznamu, kde muselo být uvedeno, na které úkony se konkrétně zaměřují. Přesto se vyskytly zásadní chyby, kterých se sestry při komunikaci (jednání) s klienty po CMP dopouštěly.

61% všeobecných sester nedávalo klientům dostatečný prostor ke komunikaci. Ve většině případů byly sestry velmi komunikativní, pokládaly klientům mnoho otázek, ale už si nevyčkaly na jejich odpověď. Od toho se odvíjí i skutečnost, že 46% všeobecných sester vůbec nenapomáhalo klientům s dokončením významu věty, myšlenky. To jsem však vyzorovala až po opětovném zhlédnutí videozáznamu. Mnohdy jsem si vůbec nevšimla, že se klient se sestrou snaží komunikovat. Což sestry neomlouvá. Jako osoby, které o klienty pečují, by měly být daleko více vnímavé i k sebemenším projevům komunikace, než já za videokamerou.

Nepříjemným zjištěním bylo, že většina sester (62%) u klientů nepoužívají žádné alternativní komunikační metody. Používá je pouhých 38 % sester. A to jen ve formě domluvené symboliky. Klienti při souhlasu na dotaz přikývli hlavou. Samozřejmě nemůže být každé oddělení vybaveno například komunikačními tabulemi, ale v některých případech by postačila tužka a papír. Jak pro klienta, tak i pro sestry je jednodušší a rychlejší, když klient při souhlasu přikývne. Ale cílem sestry by mělo být co nejvíce klienta podporovat v komunikaci.

62% všeobecných sester mluvilo na klienty klidně, srozumitelně, v krátkých, jednoduchých větách. V tomto případě si však nejsem jistá, jestli si sestry uvědomují, že je to jedna z důležitých zásad při komunikaci u lidí s afázií. Příjemným zjištěním bylo, že většina (58%) všeobecných sester přistupuje ke klientovi po CMP z postižené strany. A to konkrétně při podávání léků. Tato skutečnost, však mohla být ovlivněna prostorovým uspořádáním nábytku v pokoji. Jak jsem vyzozorovala, všechny sestry přistupovaly ke klientům z levé strany. Ani jedna ze sester neodůvodnila (klientovi, mně) proč přistupuje z postižené strany.

**H3:** *Domnívám se, že většina všeobecných sester nevyhodnocuje, jestli klient po CMP rozumí informacím, které mu podávají.*

Tato hypotéza se potvrdila. Celých 77 % všeobecných sester totiž nevyčkává při položení otázky klientovi na jeho odpověď. V mnohých případech sestry klientům nepokládaly vůbec žádné otázky a komunikovaly jen minimálně (38%). Zbývajících 62% všeobecných sester komunikovalo s klienty dostatečně. Náležitě jim vysvětlovaly, co zrovna provádějí. Stále si ověřovaly, zda jim klienti rozumí, ale jak už bylo zmíněno, na odpověď si nevyčkaly. Zajímavé bylo zjištění, že po napolohování klienta, si pouhých 23 % sester ověřilo, jak se klient v dané poloze cítí. Většinou jim sestry jen dokonale vysvětlily, proč je budou polohovat, žádaly je o spolupráci.

**H4:** *Domnívám se, že většina všeobecných sester se dopouští následujících chyb: sestry komunikují s klientem jen minimálně, sestry nepoužívají alternativní komunikační metody, sestry si neověří, jestli klient rozumí podaným informacím.*

Jak už bylo uvedeno výše, domněnka, že sestry ve většině případů s klienty komunikují jen minimálně, se nepotvrdila. Co se týká používání alternativních komunikačních metod, mají z mého pohledu sestry co dohánět. Samozřejmě to vyplývá i ze skutečnosti, že si sestry neustále stěžují na nedostatek času. Ale jelikož je snaha neustále se vyvíjet a posunovat vpřed, i všeobecné sestry by měly dělat pro klienty po CMP více, než je v osnovách jejich práce. A z vlastní iniciativy podporovat klienta co nejvíce v komunikaci. Za největší chybu

považuji, že 38% všeobecných sester neprojevílo při komunikaci u klientů po CMP dostatečnou trpělivost. Předpokládala jsem, že pokud jsou si sestry vědomy toho, na co se zaměřují, budou se při jednání s těmito klienty daleko více snažit. 1 ze sester nezvládla situaci a na klienta začala křičet (potom, co jsem vypnula kameru). U zbývajících sester se nedostatečná trpělivost projevila tím, že s klientem přestaly komunikovat a nereagovaly na jeho pokus o komunikaci. Jedna ze sester raději opustila pokoj.

Na závěr bych ráda uvedla, že ve většině případů se mi komunikace sester u klientů po CMP s poruchou řeči jevila na první pohled jako velmi dobrá. Po podrobném zkoumání videozáznamů jsem však došla na to, že všeobecné sestry používají při komunikaci s těmito klienty jen minimum doporučených zásad. Proto si myslím, že by bylo dobré, tyto zásady najít na každém oddělení, stejně jako například práva pacientů.

## ZÁVĚR

Ve své bakalářské práci jsem se zabývala tím, jak všeobecné sestry zvládají specifickou formu komunikace u klientů po CMP. Měla jsem možnost poznat, že v této oblasti je i nadále co zlepšovat, čemu se učit a co rozvíjet.

Teoretická část mé bakalářské práce se zaměřuje na samotnou komunikaci- rozdělení a její význam v povolání zdravotní sestry. Dále se zabývá cévní mozkovou příhodou a afázií. Poskytuje také ucelený přehled toho, podle jakých zásad by se měl řídit zdravotnický personál při komunikaci s klienty po CMP, kteří mají poruchu řeči.

V praktické části jsem vyhodnotila informace, které jsem získala svým výzkumem. Konkrétně se jednalo o kvalitativní výzkumnou metodu- pozorování (videozáznam). V této oblasti jsem se však z velké části setkala s neochotou spolupracovat, jak ze strany sester, tak i klientů. V literatuře je pozorování uváděno jako základní metoda výzkumu v ošetrovatelství. Sestry však s touto metodou nemají mnoho zkušeností. Po dobu provádění výzkumu jsem se setkala s mnohými problémy.

Neochota spolupráce ze strany instituce (nemocnic). Když už mi bylo povoleno pozorování na příslušném oddělení realizovat, setkala jsem se s neochotou ze strany sester nebo klientů. (Výzkum probíhal 6 měsíců a na některých odděleních se po celou dobu nenašel vhodný klient.) Pozorování bylo velmi časově náročné. Snažila jsem se videozáznam pořizovat ve dvou etapách. První probíhala časně ráno a druhá před obědem. Na sestrách jsem pozorovala, že během druhé etapy natáčení byly na mou přítomnou více zvyklé a chovaly se daleko přirozeněji. Další problém nastal, jestliže na oddělení neprobíhala skupinová péče o klienty. Setkala jsem se s tím, že například jedna sestra všem klientům aplikovala inzulin a odebírala krev. Druhá sestra prováděla u všech klientů ranní hygienu. V tomto případě bylo těžké, domluvit se se sestrami, aby během mé přítomnosti pracovaly jiným způsobem, než na jaký jsou zvyklé. Problém nastal také, když o oba klienty, kteří souhlasili s videozáznamem, pečovala jedna a ta samá sestra. V tomto případě jsem ji musela požádat, aby úkony, na které jsem se zaměřovala, přenechala u jednoho klienta jiné sestře.

Videozáznam má ale také své nepřehlédnutelné výhody. Možnost dokonale pozorovat verbální a neverbální projevy sester a klientů. Například polohování klientů je záležitostí pár vteřin a až po opětovném zhlédnutí videozáznamu jsem si všimla chyb, které jsem při pozorování pouhým okem nezaznamenala. Videozáznam přináší možnost postupně se zamě-

řovat na jednotlivé oblasti výzkumu- výraz obličeje, postoj, pozdrav, tón hlasu, obsah sdělení...

I přes mnohé komplikace jsem velmi ráda, že jsem si toto téma vybrala. Překvapilo mě, kolika zásadních chyb se sestry při komunikaci s klienty po CMP dopouštějí. Tyto chyby jsem však odhalila až po opětovném zhlédnutí videozáznamu. A to je taky možná důvod, proč na tyto chyby nikdo nepoukazuje. Někdy je na první pohled ani nezaznamenáme.

Samozřejmě sestry nekomunikovaly a nejednaly s klienty jen chybně. Z velké části se nechaly natáčet sestry, které byly už od pohledu temperamentní, „upovídáné“. A při prvních pozorováních jsem měla pocit, že sestry jednájí téměř bezchybně.

Doufám, že výsledky praktické části mé práce budou přínosem pro mnohé z vás. I já osobně jsem během svého výzkumu zjistila, že jsou věci při komunikaci s klienty po CMP, na kterých budu muset ještě zapracovat.

**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**

Monografie:

- [1] HOZÁK, R. *Komunikační pasti v medicíně*. 2. vyd. Praha: Galén, 1999. 169 s. ISBN 80- 7262- 032- 0.
- [2] DEVITO, J. *Základy mezilidské komunikace*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2001. 420 s. ISBN 80- 7169- 988- 8.
- [3] JUŘENÍKOVÁ, P., HŮSKOVÁ, J. *Ošetrovatelství- učební text pro IV. ročník SZŠ, Ortopedie, kožní, infekční, stomatologie, neurologie, psychiatrie- 2. část*. Uherské Hradiště: Středisko služeb školám UH, 2001. 174 s.
- [4] NEVŠÍMALOVÁ, S., RŮŽIČKA, E., TICHÝ, J. *Neurologie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2002. 368 s. ISBN 80- 7262- 160- 2.
- [5] LEJSKA, M. *Poruchy verbální komunikace a foniatrie*. Brno: Paido, 2003. 158 s. ISBN 80- 7315- 038- 7.
- [6] TEGZE, O. *Neverbální komunikace*. Praha: Computer Press, 2003. 484 s. ISBN 80- 7226- 429- X.
- [7] FIALA, P., VALENTA, J., EBERLOVÁ, L. *Anatomie pro bakalářské studium ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2004. 137 s. ISBN 80- 246- 0804- 9.
- [8] KRISTOVÁ, K. *Komunikácia v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta, 2004. 212 s. ISBN 80- 8063- 160- 3.
- [9] ŠECLOVÁ, S. *Rehabilitace po cévní mozkové příhodě. Průvodce nejen pro rehabilitační pracovníky*. 1. vyd. Praha: Graga Publishing, 2004. 200 s. ISBN 80- 247- 0592- 3.
- [10] MOUREK, J. *Fyziologie- učebnice pro studenty zdravotnických oborů*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. 204 s. ISBN 80- 247- 1190- 7.
- [11] TYRLÍKOVÁ, I. a kol. *Neurologie pro sestry*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. 287 s. ISBN 80- 7013- 287- 6.
- [12] FARKAŠOVÁ, D. a kol. *Výzkum v ošetrovatelství*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2006. 88 s. ISBN 80- 8063- 229- 4.
- [13] KALITA, Z. a kol. *Akutní cévní mozkové příhody. Diagnostika, patofyziologie, management*. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2006. 226 s. ISBN 80- 85912- 26- 0.

- [14] VLČEK, V. *Psychologie a doteková povolání*. 2. vyd. Olomouc: Pozvání, 2006. 300 s. ISBN 80- 866006- 52- X.
- [15] BÁRTLOVÁ, S., SADÍLEK, P., TÓTHOVÁ, V. *Výzkum v ošetrovatelství*. 2. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2008. 185 s. ISBN 978- 80- 7013- 467- 2.

Články z časopisů:

- [16] BOHÁČEK, P., POLCAROVÁ, D. (Neuro)psychologické následky cévní mozkové příhody. *Sestra*. 2007, roč. 17, č. 4, s. 41- 42.
- [17] MLČOCHOVÁ, R. Kazuistika u pacientky s afázií. *Sestra*. 2007, roč. 17, č. 12, s 32- 34.

Internetové zdroje:

- [18] *Léčba akutní CMP*. [online]. [cit. 2008- 03- 19]. Dostupná z WWW: <[http://www.mozkovaprihoda.cz/jnp/cz/lecba\\_cmp/lecba\\_cevni\\_mozkove\\_prihody.html](http://www.mozkovaprihoda.cz/jnp/cz/lecba_cmp/lecba_cevni_mozkove_prihody.html)>
- [19] *ICTKP pro mentálně postižené*. [online]. [cit. 2008- 04- 22]. Dostupná z WWW: <[http://www.helpnet.cz/data/articles/down\\_18079.pdf](http://www.helpnet.cz/data/articles/down_18079.pdf)>
- [20] *Glasgow coma scale- hodnocení bezvědomí a jeho hloubky*. [online]. [cit. 2008- 05- 02]. Dostupná z WWW: <[http://www.zbynekmlcoch.cz/info/neurologie/glasgow\\_coma\\_scale\\_hodnoceni\\_bezvedomi\\_a\\_jeho\\_hloubky.html](http://www.zbynekmlcoch.cz/info/neurologie/glasgow_coma_scale_hodnoceni_bezvedomi_a_jeho_hloubky.html)>
- [21] *Formulář k vyplňování NIHSS*. [online]. [cit. 2008- 05- 04]. Dostupná z WWW: <[http://www.cmp.cz/registr\\_sits/formular\\_k\\_vyplnovani\\_nihss.pdf](http://www.cmp.cz/registr_sits/formular_k_vyplnovani_nihss.pdf)>



**SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK**

aa	Arterioly
atd.	A tak dále
cm	Centimetr
CMP	Cévní mozková příhoda
CT	Computer Tomography, počítačová tomografie
č.	Číslo
DK	Dolní končetiny
DM	Diabetes Mellitus
DSA	Digitální subtrakční angiografie
EEG	Elektroencefalograf
EKG	Elektrokardiograf
FW	Fahraeus- Westergrenova metoda, vyšetření sedimentace
g	Gram
HDL	High density lipoproteins
HK	Horní končetina
ICH	Intracerebrální hemoragie
i.v.	Intravenózně
KO	Krevní obraz
LDL	Low density lipoproteins
LSD	Diethylamid kyseliny lysergové, halucinogen
m	Metr
ml	Mililitr
mm	Milimetr
MRI	Magnetická rezonance
např.	Například

---

NIHSS	National Institutes of Health stroke scale
Obr.	Obrázek
PET	Pozitronová emisní tomografie
PRIND	Prolongovaný reverzibilní ischemický neurologický deficit
RTG	Rentgen
SAH	Subarachnoideální hemoragie
s.c.	Subkutální
SPECT	Single photon emission computer tomography
TIA	Tranzitorní ischemická ataka
WHO	World Health Organization

**SEZNAM OBRÁZKŮ**

Obr. 1. Leh na zádech .....	31
Obr. 2. Leh na boku na postižené straně .....	32
Obr. 3. Leh na boku na nepostižené straně .....	33
Obr. 4. Sed v lůžku .....	33
Obr. 5. Sed s nohama spuštěnými z lůžka .....	34
Obr. 6. Uchopení klienta při posazování na lůžko .....	35
Obr. 7. Vstávání z lůžka .....	35
Obr. 8. Přesunutí klienta na židli .....	35
Obr. 9. Úprava sedu .....	36
Obr. 10. Omývání zdravé horní končetiny postiženou končetinou .....	38
Obr. 11. Osobní hygiena u umyvadla .....	39
Obr. 12. Oblékání trika .....	39

**SEZNAM TABULEK**

Tabulka č. 1 Komunikuje sestra s klientem? .....	60
Tabulka č. 2 Jakým způsobem sestra s klientem komunikuje? .....	61
Tabulka č. 3 Použití jednoduchých vět .....	62
Tabulka č. 4 Poskytnutí prostoru ke komunikaci .....	63
Tabulka č. 5 Oslovování příjmením .....	64
Tabulka č. 6 Používání zdrobnělin .....	65
Tabulka č. 7 Pomoc při dokončení myšlenky .....	66
Tabulka č. 8 Vyčkání na odpověď .....	67
Tabulka č. 9 Alternativní komunikační metody .....	68
Tabulka č. 10 Přístup z postižené strany .....	69
Tabulka č. 11 Vysvětlení důvodu odběru krve .....	70
Tabulka č. 12 Ověření si, zda daná poloha vyhovuje .....	71
Tabulka č. 13 Trpělivost .....	72
Tabulka č. 14 Projev nedostatku trpělivosti .....	73

**SEZNAM GRAFŮ**

Graf č. 1 Komunikuje sestra s klientem? .....	60
Graf č. 2 Jakým způsobem sestra s klientem komunikuje? .....	61
Graf č. 3 Použití jednoduchých vět .....	62
Graf č. 4 Poskytnutí prostoru ke komunikaci .....	63
Graf č. 5 Oslovování příjmením .....	64
Graf č. 6 Používání zdrobnělin .....	65
Graf č. 7 Pomoc při dokončení myšlenky .....	66
Graf č. 8 Vyčkání na odpověď .....	67
Graf č. 9 Alternativní komunikační metody .....	68
Graf č. 10 Přístup z postižené strany .....	69
Graf č. 11 Vysvětlení důvodu odběru krve .....	70
Graf č. 12 Ověření si, zda daná poloha vyhovuje .....	71
Graf č. 13 Trpělivost .....	72
Graf č. 14 Projev nedostatku trpělivosti .....	73

## SEZNAM PŘÍLOH

- P I Glasgow coma scale
- P II NIH škála
- P III Žádosti o umožnění přístupu k informacím
- P IV Souhlas pacienta s pořízením videozáznamu
- P V Souhlas zaměstnance s pořízením videozáznamu
- P VI Potvrzení o vydání článku v časopise Sestra
- P VII Článek do časopisu Sestra
- P VIII Leták: Zásady komunikace u klienta s afázií

## PŘÍLOHA P I: GLASGOW COMA SCALE

<b>Otevření očí</b>	
spontánní	4
na oslovení	3
na bolest	2
bez reakce	1
<b>Slovní odpověď</b>	
orientovaná	5
zmatená	4
nekomunikuje	3
nesrozumitelné zvuky	2
žádná odpověď	1
<b>Reakce na bolest</b>	
provede na příkaz pohyb	6
lokalizuje podnět (pohyb k podnětu)	5
úniková reakce (pohyb od podnětu)	4
necílená flexe končetiny (dekortikační reakce)	3
necílená extenze končetiny (decerebrační reakce)	2
nereaguje	1

<b>Hodnocení</b>	
Lehká porucha vědomí	13-15 bodů
Střední porucha vědomí	9-12 bodů
Závažná porucha vědomí	3-8 bodů

## PŘÍLOHA P II: NIH ŠKÁLA

Datum.....	
<b>1a.</b>	<b>Úroveň vědomí</b>
zvolit takový testovací impuls, aby obešel event. překážky (orotracheální trauma – OTI, jazyková bariéra, intubace), testuje se vždy	0 – plně při vědomí, spolupracující 1 – spavý, po mírné stimulaci vyhoví, odpoví 2 – nutná opakovaná stimulace k pozornosti, sopor 3 – kóma (reflexní či žádná odpověď)
<b>1b.</b>	<b>Slovní odpovědi</b>
ptáme se pacienta na věk a který je měsíc, počítá se první a pouze zcela správná odpověď, bez nápovědy	0 – obě odpovědi jsou zcela správné 1 – jedna odpověď je správná, těžká dysartrie či jiná bariéra (OTI) 2 – obě špatně, afázie, kóma
<b>1c.</b>	<b>Vyhovění výzvam</b>
požádáme o otevření a zavření očí a stisknutí a otevření neparetické ruky, úkon lze pacientovi předvést	0 – oba úkoly správně 1 – jeden úkol správně 2 – žádný správně, kóma
<b>2.</b>	<b>Okulomotorika</b>
testuje se pouze horizontální pohyb, pacient s bariérou (slepota, bandáž, trauma) je testován reflexními pohyby (ne kalorické testování!), testujeme i pacienta v kómatu	0 – bez patologie 1 – izolovaná paréza okohybného nervu, deviace či pohledová paréza potlačitelná OC manévry 2 – nepotlačitelná (nucená) deviace či pohledová paréza
<b>3.</b>	<b>Zorné pole</b>
vyšetřujeme i simultánní pohyb prstů pro možnost fenoménu extinkce. Testujeme i u pacienta s poruchou vědomí pomocí mrkacího reflexu	0 – bez postižení 1 – částečná hemianopsie, fenomén extinkce 2 – kompletní hemianopsie 3 – oboustranná hemianopsie (slepota, včetně kortikální slepoty)
<b>4.</b>	<b>Faciální paréza</b>
cenění zubů, zavření očí, elevace obočí	0 – symetrický pohyb, bez postižení 1 – lehká paréza (např. asymetrie NL rýhy) 2 – úplná nebo částečná paréza dolní větve, centrální paréza 3 – kompletní plegie jednostranná či bilaterální, kóma



<b>5. a 6.</b>	<b>Motorika</b>	
<p>vyšetřovací poloha: HK do 90° vsedě resp. 45° vleže. DK do 30°. Hodnocení: kolísání na HK jen tehdy, pokud klesá dříve než za 10 sekund a na DK dříve než za 5 sekund.</p> <p>Testují se všechny končetiny samostatně.</p> <p>9 se uděluje při jiném postižení končetiny – vysvětlit</p>	<p>0 – bez kolísání</p> <p>1 – kolísání nebo pokles, bez úplného pádu na podložku</p> <p>2 – určitý pohyb proti gravitaci, neudrží končetinu nad podložkou</p> <p>3 – pohyb po podložce</p> <p>4 – plegie, bez pohybu, kóma (pro všechny končetiny)</p> <p>9 – amputace, ankylóza a jiné příčiny patologického nálezu nesouvisející s příhodou</p>	<p>PHK</p> <p>LHK</p> <p>PDK</p> <p>LDK</p>
<b>7.</b>	<b>Ataxie končetin</b>	
<p>testování prst-nos-prst na HK a na DK pata-koleno.</p> <p>Nehodnotí se u pacienta, který nerozumí. U slepých: nos-natažená HK. V kómatu, při plegii atd. se hodnotí 0</p>	<p>0 – nepřítomna nebo jen důsledek parézy; kóma</p> <p>1 – na jedné končetině</p> <p>2 – přítomna na více končetinách</p> <p>9 – amputace, ankylóza aj.</p>	
<b>8.</b>	<b>Senzitivita</b>	
<p>zkouší se ostřejším předmětem, u nespolupracujících algickým podnětem (úniková reakce, grimasa), kóma hodnotíme 2</p>	<p>0 – bez poruchy čítí</p> <p>1 – lehká a střední porucha citlivosti (hypestezie, hypalgezie)</p> <p>2 – těžká porucha citlivosti až anestezie (jednostranná nebo bilaterální); kóma</p>	
<b>9.</b>	<b>Řeč</b>	
<p>testovací slova: MÁMA, PÍSEK, TRÁVA, DĚKUJI, ELEKTRINA, FOTBALOVÝ MÍČ.</p> <p>přečíst věty: Víte jak. Dolů na zem. Jsem už z práce doma. U stolu v jídelně. Slyšeli ho včera mluvit v rádiu.</p> <p>popis obrázku</p>	<p>0 – bez afázie</p> <p>1 – lehčí až střední fatická porucha, lze porozumět</p> <p>2 – těžká fatická porucha</p> <p>3 – globální afázie, mutismus, kóma</p>	
<b>10.</b>	<b>Dysartrie</b>	
<p>hodnotí se přečtením několika předložených slov</p> <p>při fatické poruše hodnotíme výslovnost při hodnocení 9 vysvětlit (např. OTI)</p>	<p>0 – nepřítomna</p> <p>1 – setřelá řeč, je mu rozumět</p> <p>2 – výrazně setřelá výslovnost, není rozumět, mutismus, kóma</p> <p>9 – intubace, jiná bariéra</p>	

<b>11.</b>	<b>Neglect (vyšetření pozornosti a percepce)</b>	
použijte simultánní stimulaci zraku a citlivosti hodnotí se, pouze pokud je přítomen	0 – nepřítomen 1 – neglect 1 kvality, anozognozie 2 – neglect více než 1 kvality, kóma	
CELKOVÉ NIHSS		
<b>12.</b>	<b>Distální motorika – nezapočítává se do celkového skóre</b>	
testujeme extenzi rukou a prstů horních končetin v předpažení hodnotí se pouze první odpověď	0 – extenduje plně na 5 sekund 1 – schopen částečné extenze po dobu 5 sekund 2 – žádná extenze po 5 sekund; kóma	levá HK  pravá HK
Vyšetřující.....		

## PŘÍLOHA P III: ŽÁDOSTI O UMOŽNĚNÍ PŘÍSTUPU K INFORMACÍM

### ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ PŘÍSTUPU K INFORMACÍM

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění přístupu k informacím na Vašem pracovišti, které níže uvedený student bude realizovat při zpracování bakalářské práce. Bakalářská práce bude realizována v rámci ukončení studia a její součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetřovatelství, oboru Všeobecná sestra.

Jméno a příjmení studenta	Eva Chrástková
Téma bakalářské práce	Komunikační dovednosti sester u klientů po cévní mozkové příhodě s poruchou řeči
Pracoviště	Krajská nemocnice Tomáše Bati ve Zlíně, NEUROLOGICKÉ ODDĚLENÍ, 4. etáž

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 5.12.2023

.....  
Mgr. Helena Fremlová  
ředitelka Ústavu zdravotnických studií

Krajská nemocnice T. Bati, a. s.  
Vojtěšského nábřeží 600  
752 75 Zlín (9)

.....  
Razítko a podpis zástupce zařízení

## ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ PŘÍSTUPU K INFORMACÍM

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění přístupu k informacím na Vašem pracovišti, které níže uvedený student bude realizovat při zpracování bakalářské práce. Bakalářská práce bude realizována v rámci ukončení studia a její součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, oboru Všeobecná sestra.

Jméno a příjmení studenta	Eva Chrástková
Téma bakalářské práce	Komunikační dovednosti sester u klientů po cévní mozkové příhodě s poruchou řeči
Pracoviště	Krajská nemocnice Tomáše Bati ve Zlíně, GERONTOLOGICKÉ CENTRUM, 7. etáž

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 5. 12. 2008

.....  
Mgr. Helena Fremlová  
ředitelka Ústavu zdravotnických studií

Krajská nemocnice T. Bati, a. s.  
Havlíčkovo nábřeží 600  
762 75 Zlín

.....  
Razítko a podpis zástupce zařízení



## ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ PŘÍSTUPU K INFORMACÍM

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění přístupu k informacím na Vašem pracovišti, které níže uvedený student bude realizovat při zpracování bakalářské práce. Bakalářská práce bude realizována v rámci ukončení studia a její součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetřovatelství, oboru Všeobecná sestra.

Jméno a příjmení studenta	Eva Chrástková
Téma bakalářské práce	Komunikační dovednosti sester u klientů po cévní mozkové příhodě s poruchou řeči
Pracoviště	Nemocnice Milosrdných sester sv. Vincence de Paul- Kroměříž

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 9.4.2009

.....  
Mgr. Michaela Karafiátová  
zástupce ředitele Ústavu ošetřovatelství

Česká provincie Kongregace Milosrdných sester sv. Vincence de Paul  
**NEMOCNICE MILOSRDNÝCH SESTER**  
767 01 Kroměříž, Malý Val 1553  
tel. 573 340 504

.....  
Razítko a podpis zástupce zařízení

## **PŘÍLOHA P IV: SOUHLAS PACIENTA S POŘÍZENÍM VIDEOZÁZNAMU**

**Souhlas pacienta s pořízením videozáznamu ze strany osoby získávající způsobilost k výkonu zdravotnického povolání**

Já, níže podepsaný(á),

ve smyslu ustanovení § 55 odst. 2 písm. d) a § 67b odst. 11 zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, § 9 zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a § 11 a násl. zákona č. 40/1964 Sb., občanského zákoníku

**uděluji souhlas** k tomu, aby

- studentka Eva Chrástková, UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ, FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ, Ústav ošetrovatelství, Institut zdravotnických studií, 760 01 ZLÍN, narozena dne 5.12.1986, bytem Kudlovice, 239, která získává způsobilost k výkonu zdravotnického povolání, pořídila pro účely vypracování bakalářské/diplomové práce na téma Komunikační dovednosti sester u klientů po cévní mozkové příhodě s poruchou řeči videozáznam mé osoby při podávání léků, polohování, odběru krve, aplikování s.c. injekcí. Pořízený videozáznam může být použit pouze ve shora vymezeném rozsahu.

**- prohlašuji, že jsem významu tohoto souhlasu v plném rozsahu rozuměl (a) a nečiním jej v tísni.**

Ve Zlíně, dne 2009

-----  
Podpis pacienta,

rodné číslo:

adresa:

## **PŘÍLOHA P V: SOUHLAS ZAMĚSTNANCE S POŘÍZENÍM VIDEOZÁZNAMU**

**Souhlas zaměstnance s pořízením videozáznamu ze strany osoby získávající způsobilost k výkonu zdravotnického povolání**

Já, níže podepsaný(á),

ve smyslu ustanovení § 11 a násl. zákona č. 40/1964 Sb., občanského zákoníku

**uděluji souhlas** k tomu, aby

- studentka Eva Chrátková, UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ, FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ, Ústav ošetřovatelství, Institut zdravotnických studií, 760 01 ZLÍN, narozena dne 5.12. 1986, bytem Kudlovice 239, která získává způsobilost k výkonu zdravotnického povolání, pořídila pro účely vypracování bakalářské/diplomové práce na téma Komunikační dovednosti sester u klientů po cévní mozkové příhodě s poruchou řeči videozáznam mé osoby při podávání léků, polohování, odběru krve, aplikování s.c. injekcí. Pořízený videozáznam může být použit pouze ve shora vymezeném rozsahu.

**- prohlašuji, že jsem významu tohoto souhlasu v plném rozsahu rozuměl (a) a nečiním jej v tísni.**

Ve Zlíně, dne 2009

-----

podpis zaměstnance

osobní číslo:

adresa:

datum narození:

## **PŘÍLOHA P VI: POTVRZENÍ O VYDÁNÍ ČLÁNKU V ČASOPISE SESTRA**



**MLADÁ FRONTA**

### **Potvrzení redakce časopisu Sestra**

Předpokládané vydání článku s názvem „Komunikační dovednosti sester u klientů po CMP s poruchou řeči“, autorky článku Eva Chrástková, Mgr. Renata Mlčochová, bude v čísle: 7/8 2009, v tematickém sešitě: „Chronicky nemocný“, ev. v čísle 11/2009, v tematickém sešitě „Geriatrie“.

V Praze 13. května 2009

Ester Kopecká, DiS.

redaktorka

---

Sestra

Mladá fronta a. s.  
Mezi Vodami 1952/9

143 00 Praha 4 - Modřany

Mobil: +420- 777 024 100

Tel.: +420-225 276 358

Fax: +420-225 276 333

E-mail: [kopecka@mf.cz](mailto:kopecka@mf.cz)

web: <http://www.mf.cz>

<http://www.sestra.cz>

**Sestra**   
MLADÁ FRONTA



## **PŘÍLOHA P VII: ČLÁNEK DO ČASOPISU SESTRA**

**Souhrn:** Bakalářská práce, kterou představuje tento příspěvek, je zaměřena na zjištění komunikačních dovedností sester u klientů s afázií. Teoretická část bakalářské práce vysvětluje pojmy komunikace, cévní mozková příhoda, afázie. Praktická část se věnuje výzkumné části, ve které používám netradiční metodu – pozorování. Konkrétně videozáznam.

**Summary:**

### **Komunikační dovednosti sester u klientů po CMP s poruchou řeči**

**Eva Chrátková<sup>1</sup>, Mgr. Renata Mlčochová<sup>2</sup>**

studentka oboru Všeobecná sestra, 3. ročník, Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií, Institut zdravotnických studií<sup>1</sup>

Klinický logoped, Gerontologické centrum KNTB Zlín<sup>2</sup>

(chevicka@seznam.cz, mlcochova@bnzlin.cz)

**Cévní mozkové příhody nejsou jen druhou nejčastější příčinnou mortality, ale i významnou příčinou invalidizace. Hlavní příčinou invalidizace jsou u žen již ve věkové kategorii nad 45 let a u obou pohlaví nad 60 let.**

Pokroky v diagnostice a léčbě nesporně zlepšily přežití po CMP. Cévní mozkové příhody avšak stále představují závažný zdravotní a společensko-sociální problém. Nemocní nejsou postiženi jen ve smyslu fyzickém, ale i duševním. Nejčastějšími příznaky u CMP jsou porucha hybnosti končetin částečná (paréza) nebo úplná (plegie) na jedné polovině těla (hemiparéza, hemiplegie), spolu s poruchou čítání (hemihypestezie). Postižení schopnosti číst (alexie), psát (agrafie), počítat (akalkulie).

Jedním s nejvýznamnějších problémů je také afázie. Afázie znamená ztrátu již vyvinuté řeči. Je to úplná nebo částečná neschopnost přijímat a vysílat symbolické kódy mluvené nebo psané řeči, na podkladě poškození mozku. Afázie se dělí na totální, u které dochází ke kompletnímu narušení všech součástí řeči, postižený se navenek projevuje jako „dementní“. Dále pak afázii motorickou, kdy postižený všemu rozumí, ale nic nedokáže vyslovit. A nakonec afázii senzorickou, při které je postižený jako v zemi, jejíž řeč neovládá. Ví, že se na něho mluví, ale ničemu nerozumí.

Neexistuje žádná forma života bez schopnosti a potřeby komunikovat. Komunikace (ať probíhá na úrovni verbální nebo neverbální) je jednou z nejsilnějších potřeb živé hmoty. A proto by se sestry měly zaměřovat především na komunikaci s klienty takto postiženými. Nebát se u nich strávit více času „než je nezbytně nutné“. Ukázat jim alternativní způsoby komunikace. Tyto činy můžou být mnohdy pro klienty jako pohlazení na duši.

### **Zásady komunikace u klienta s afázií:**

- zabezpečit primární prostředí (někteří klienti nechtějí komunikovat před ostatními klienty)
- komunikovat tváří v tvář
- vysvětlit klientovi, proč nemůže komunikovat
- mluvit pomalu a stručně
- chybnou řeč nenapodobovat
- neopravovat chybnou řeč, ale nebát se klientovi říct: „Promiňte, teď jsem přesně nerozuměl/a, zkuste to říct jinak.“

- projevit trpělivost, dokud se klient verbálně neprojeví
- vyzvat klienta, aby mluvil klidně
- nenutit klienta, aby se rychle vyjádřil („nátlak“ zhoršuje řečovou chybu)
- podporovat klienta v komunikaci
- pomoci klientovi dokončit větu nebo myšlenku
- vyslovovat pravděpodobné přání klienta
- nenutit klienta do rozhovoru, pokud sám nechce hovořit
- nebát se klienta odpoutat od monologu, pokud je neproduktivní
- neskákat klientovi do řeči, pokud mluví k věci
- sledovat reakce klienta
- nevést rozhovor „o něm, bez něho“
- hledat jakoukoli formu porozumění, zavést tzv. komunikační pravidlo (souhlas = přikývnutí atd.)
- klást otázky zjišťovací, umožňující odpověď ano/ne
- umožnit alternativní způsob komunikace prostřednictvím symbolů, obrázků
- oslovovat klienta příjmením
- nepoužívat zdvořilky
- přistupovat ke klientovi z jeho postižené strany
- pozitivní ladění obličeje, vyjadřující empatii, trpělivost

### **Cíle práce**

- 1) Zjistit, zda sestry znají zásady komunikace u klientů po CMP.
- 2) Vypozorovat, zda sestry používají vhodné komunikační metody u klientů po CMP.
- 3) Zjistit, zda sestry vyhodnocují, jestli klient po CMP rozumí informacím, které mu podávají.
- 4) Vypozorovat, jakých chyb v komunikaci u klientů po CMP se sestry nejčastěji dopouštějí.

### **Charakteristika výzkumného vzorku a metodika výzkumu**

Výzkumným vzorkem jsou sestry ze tří různých pracovišť, gerontologického oddělení, neurologického oddělení nebo oddělení LDN. Celkem vzorek obsahuje 13 sester. V kvalitativním výzkumu používám pro získání informací metodu pozorování. Konkrétně videozáznam. Při videozáznamu se zaměřuji na 3 oblasti – polohování klienta, podávání léků a provádění invazivního zákroku u klienta (odběr krve nebo aplikace inzulínu). Před pořízením záznamu musí každá sestra i klient podepsat souhlas s videozáznamem. Originál si ponechává klient/sestra, kopie si zakládám.

Výhody videozáznamu: možnost dokonale pozorovat verbální a neverbální projevy sester i klientů. Například polohování klienta je záležitostí pár vteřin a až po opakovaném zhlédnutí videozáznamu si člověk všimne chyb, kterých by si při pouhém pozorování v místnosti nevšiml. Videozáznam přináší možnost postupně se zaměřovat na jednotlivé oblasti výzkumu – výraz obličeje, gesta, postoj, pozdrav, oslovení, mluva, tón, výška hlasu, obsah sdělení...

Nevýhody videozáznamu: neochota sester pracovat před kamerou. Nesouhlas klientů s pořízením videozáznamu. Časová náročnost. Narušení přirozeného prostředí – sestry předem podepisují souhlas s videozáznamem, kde si přečtou, na které situace se konkrétně zaměřujeme. Sestry se proto mohou předem připravit a u výkonů nepracují přirozeně.

### **Nejčastější chyby, kterých se sestry dopouštějí:**

- chybí oslovování klientů příjmením

- sestry používají zdobněliny. Například: hlavička, ručka, papat
- sestry nedávají klientovi dostatečný prostor ke komunikaci. Příklad: sestry se klienta zeptají, jestli se mu dobře leží, ale už si nepočkají na verbální nebo neverbální odpověď.
- když klient/ka nekomunikuje, ze strany sestry chybí například nějaká všeobecná otázka: „Už máte hlad? Jak se Vám dnes spalo?“
- některé sestry působily chladně, odměřeně
- když se klient/ka snažila komunikovat, něco sdělit, ze strany sestry se vyskytla naprostá ignorace toho, že se klient/ka snaží komunikovat
- sestry nevyužívají u klientů alternativní komunikační metody (tužka, papír, komunikační tabule)
- některé ze sester neprojevovaly při komunikaci s klientem po CMP dostatečnou trpělivost. To se projevovalo například zvýšením hlasu, přerušением komunikace a odchodem z pokoje.

### **Závěr**

Na závěr bych ráda uvedla, že ve většině případů se mi na první pohled komunikace sester u klientů po CMP s poruchou řeči jevila jako velmi dobrá. Po podrobném zkoumání videozáznamů jsem však došla na to, že všeobecné sestry používají při komunikaci s těmito klienty jen minimum doporučených zásad. Proto si myslím, že by bylo dobré, tyto zásady najít na každém oddělení, stejně jako například práva pacientů.

### **LITERATURA**

**Kalita, Z., a kol.:** *Akutní cévní mozkové příhody. Diagnostika, patofyziologie, management.* Praha, Maxdorf 2006, 626 s.

**Kristová, J.:** *Komunikácia v ošetrovatelstve.* Martin, Osveta 2004, 212 s.

**Lejska, M.:** *Poruchy verbální komunikace a foniatric.* Brno, Paido 2003, 158 s.

**Tyrlíková, I., a kol.:** *Neurologie pro sestry.* Brno, NCO NZO 2005, 288 s.

