

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE  
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**2010**

**Renata Růžičková**

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE  
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ**

ÚSTAV SOCIÁLNÍHO LÉKAŘSTVÍ

ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSTVÍ

## **KOMUNIKACE S PACIENTEM S AFÁZIÍ**

Bakalářská práce

Autor práce: **Renata Růžičková**

Vedoucí práce: **Doc. PhDr. Jana Kutnohorská, CSc.**

2010

**CHARLES UNIVERSITY IN PRAGUE  
FACULTY OF MEDICINE IN HRADEC KRÁLOVÉ**

INSTITUTE OF SOCIAL MEDICINE

DEPARTMENT OF NURSING

**COMMUNICATION WITH THE PATIENTS  
WITH APHASIA**

Bachelor's thesis

Author: **Renata Růžičková**

Supervisor: **Doc. PhDr. Jana Kutnohorská, CSc.**

2010

Prohlašuji, že předložená práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Hradci Králové .....  
(podpis)

### **Poděkování**

Chtěla bych touto cestou poděkovat Doc. PhDr. Janě Kutnohorské, CSc. za pomoc, odborné vedení a poskytnutí cenných informací při psaní této práce. Děkuji všem vyučujícím Ústavu sociálního lékařství Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Hradci Králové.

## OBSAH

|   |           |
|---|-----------|
| <b>ÚVOD</b> .....   | <b>7</b>  |
| <b>1 TEORETICKÁ ČÁST</b> .....                              | <b>8</b>  |
| 1.1 KOMUNIKACE .....  | 9         |
| 1.1.1 VERBÁLNÍ KOMUNIKACE.....                              | 12        |
| 1.1.2 NEVERBÁLNÍ KOMUNIKACE.....                            | 13        |
| 1.1.3 KOMUNIKACE V OŠETŘOVATELSKÉM PROCESU.....             | 17        |
| 1.1.4 NARUŠENÁ KOMUNIKAČNÍ SCHOPNOST .....                  | 20        |
| 1.1.5 KOMUNIKACE S PACIENTY SE SPECIFICKÝMI POTŘEBAMI ..... | 22        |
| 1.1.6 AUGMENTATIVNÍ A ALTERNATIVNÍ ZPŮSOBY KOMUNIKACE.....  | 25        |
| 1.2 AFÁZIE.....   | 32        |
| 1.2.1 ETIOLOGIE A PATOGENEZE AFÁZIE .....                   | 33        |
| 1.2.2 SYMPTOMATOLOGIE AFÁZIE .....                          | 35        |
| 1.2.3 KLASIFIKACE AFÁZIE.....                               | 38        |
| 1.2.4 DIAGNOSTIKA AFÁZIE.....                               | 40        |
| 1.2.5 TERAPIE AFÁZIE.....                                   | 42        |
| <b>2 EMPIRICKÁ ČÁST</b> .....                               | <b>45</b> |
| 2.1 CÍLE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ .....                           | 46        |
| 2.2 METODA VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....                          | 47        |
| 2.3 VÝZKUMNÝ VZOREK.....                                    | 47        |
| 2.4 REALIZACE VÝZKUMU .....                                 | 48        |
| 2.5 PŘÍPADOVÁ STUDIE - KAZUISTIKA .....                     | 48        |
| 2.6 ANALÝZA VÝSLEDKŮ KVANTITATIVNÍHO VÝZKUMU .....          | 51        |
| 2.7 DISKUZE.....  | 80        |
| <b>ZÁVĚR</b> .....  | <b>86</b> |
| <b>ANOTACE</b> .....  | <b>88</b> |
| <b>POUŽITÉ PRAMENY A LITERATURA</b> .....                   | <b>90</b> |
| <b>SEZNAM OBRÁZKŮ</b> .....                                 | <b>93</b> |
| <b>SEZNAM GRAFŮ</b> .....                                   | <b>94</b> |
| <b>SEZNAM TABULEK</b> .....                                 | <b>95</b> |
| <b>SEZNAM PŘÍLOH</b> .....                                  | <b>96</b> |
| <b>PŘÍLOHY</b> .....  | <b>97</b> |

## ÚVOD

Slovem vyjadřujeme tvůrčí schopnosti. Právě slovem vše vyjevíme. Nezávisle na jazyku, kterým hovoříme, se naše úmysly projevují slovem. To o čem sníme, co cítíme a co skutečně jsme, je vyjádřeno slovem. Slovo není jen zvukem nebo psaným symbolem. Slovo je síla, je to moc, kterou máme k vyjadřování a komunikaci, k přemýšlení a tudíž k vyjádření situací v našem životě. Někdy, ale v životě nastane okamžik, který vše změní a člověk, žijící každodenním životem, jako my ostatní, najednou příčinou nějakého úrazu, infekce nebo cévní mozkové příhody ztratí řeč. Ztráta nebo omezení komunikačních schopností (afázie) znamená obrovské trauma jak pro pacienta, tak pro jeho rodinu. Afázie je tedy poruchou řeči. Je to porucha již vybudované řeči, která vzniká následkem ložiskového poškození mozku při cévní mozkové příhodě, traumatu, nádoru, zánětlivých onemocněních apod. Neexistují dvě osoby trpící afázií, které lze srovnat - afázie je pro každého jiná. Potíže a rozsah afázie závisí, kromě jiného, na místě a vážnosti poškození mozku, původní schopnosti vyjadřování a na jeho vlastní osobnosti. Někteří afatici mohou jazyku dobře rozumět, ale mají problém s nalezením správných slov nebo s vytvářením vět. Jiní naopak mluví hodně, ale tomu, co říkají, nelze rozumět, případně lze porozumět s obtížemi; tyto osoby mají často velké potíže s pochopením jazyka. Jazykové schopnosti většiny osob s afázií leží někde mezi těmito dvěma extrémy. Neschopnost si slovo vybavit či mu rozumět, samo o sobě neznamená narušení mentálních schopností afatika. Ovšem mnohdy se takto postižený člověk cítí, hlavně v nestandardních životních situacích, jako je například pobyt v neznámém prostředí, ale i při komunikaci s neznámými lidmi. Lze sem zařadit i hospitalizaci afatika a s tím spojené vyšetření, případné zákroky, ale také komunikaci se zdravotníky. Cílem bakalářské práce je analyzovat poznatky o komunikaci s pacientem, poznatky o problematice afázie, získané studiem a analýzou odborné literatury.

Práce je rozdělena do teoretické a empirické části. Teoretická část obsahuje dvě kapitoly. První je věnovaná teoretickým poznatkům komunikace, narušené komunikační schopnosti, zabývá se komunikací s pacienty se specifickými potřebami a alternativními způsoby komunikace. Druhá kapitola je zaměřena na etiologii a symptomatologii afázie, zachycuje klasifikaci a diagnostiku a v neposlední řadě je zde zmíněna i terapie afázie.

Cílem empirické části práce je zjistit, metodou dotazníkového šetření, úroveň komunikace zdravotníků s afatiky a zda-li mají k tomu zdravotníci potřebné vybavení. Tato kapitola obsahuje také vyhodnocení dotazníkového šetření, které je graficky znázorněno.

# **1 TEORETICKÁ ČÁST**



## 1.1 KOMUNIKACE

*Nelze nekomunikovat. Každé chování je komunikace.*

*A proto, že neexistuje nechování, nemůže neexistovat komunikace.*

*(Paul Watzlawick)*

Slovo komunikace je latinského původu (*communicatio* - sdílet, radit se, od slova *communis* - společný), znamená obecně lidskou schopnost užívat výrazové prostředky k vytváření, udržování a pěstování mezilidských vztahů.

Komunikace významně ovlivňuje rozvoj osobnosti, je důležitá v mezilidských vztazích, je prostředkem vzájemných vztahů (Klenková, 2006, s. 25). Tento termín je používán v mnoha různých vědních disciplínách např. v pedagogice, psychologii, antropologii, ale i v dopravě a jiných oborech.

Každá komunikace má svůj účel a cíl. Nejobecněji slouží k tomu, abychom se vzájemně dorozuměli. Každá živá bytost má potřebu dorozumívání a sdělování. Člověk je tvor společenský, je schopen s ostatními lidmi komunikovat. Naše potřeba komunikace je jednou z nejdůležitějších potřeb života. A díky komunikaci uspokojujeme mnoho dalších životních potřeb.

Dle Linhartové (2007) jde o složitý a mnohvrstevný proces, závislý na individuální psychice, inteligenci, na vzdělání i na individuálních sociálních zkušenostech. Patří k základní bio-sociální výbavě člověka, ale individuálně se liší svou vyvinutostí, vycvičeností, dědičnými dispozicemi, rozvojem komunikačních dovedností, výchovou v rodině i způsobem, jímž je realizována.

V obecné rovině je definována jako sdělování informace prostřednictvím signálů a prostředků: ústně, písemně, mimikou, gesty a dalším neverbálním chováním. Probíhá mezi dvěma a více lidmi, dále pomocí tisku, internetu, rozhlasu, televize a jiných médií.

V psychologii není komunikace považována jen za pouhý přenos informací mezi sdělujícím a příjemcem. Jde o mnohem více: o sebereprezentaci, o sebepotvrzování, o vyjádření postojů k předmětu, ke komuniké, ale i k příjemci informace. Jde o různou úroveň působení, ovlivňování, znesnadňování, či usnadňování porozumění (Mikuláščík, 2003, s. 19).

Cílem komunikace je účinně, co nejefektivněji něco sdělit, zjistit, pobavit, přesvědčit, odradit ... (Linhartová, 2007, s. 11).

Komunikaci, nebo-li dorozumívání, lze chápat jako složitý proces výměny informací. Klenková (2006) definuje čtyři základní stavební prvky tohoto procesu, které se navzájem ovlivňují:

- *komunikátor* – osoba sdělující něco nového, zdroj informace
- *komunikant* – příjemce informace, který na ni nějakým způsobem reaguje
- *komuniké* – nová informace, obsah sdělení
- *komunikační kanál* – nezbytná podmínka úspěšné výměny informace, aby si obě strany rozuměly, musí používat předem dohodnutý kód

Na začátku komunikace musí komunikátor svoje sdělení, zprávu nebo-li komuniké zakódovat (to se děje přes jazyk nebo neverbální signály, jako jsou např. gesta, výrazy obličeje). Dalším elementem komunikačního procesu je komunikační kanál, tedy cesta, způsob přenosu informací. Prostor, v němž dochází ke komunikačním aktům - nejrůznější místa a místnosti, týká se také druhu přenosu komunikace, takovým kanálem je např. mluvené nebo psané slovo. Kanálem může být i dotek, či nějaký skutek. Na druhém konci kanálu je příjemce neboli komunikant, tedy člověk, kterému je sdělení určeno. Ten musí být schopen dekodovat, porozumět sdělení. Jakmile jsou zprávy přijaty a dekodovány, příjemce na ně nějakým způsobem reaguje. Dochází ke zpětné vazbě, ta vede k dalšímu sdělení, role komunikátora a komunikanta se obrací a komunikace „běží“ dál, dokud není ukončena. Je to tedy oboustanný proces a role komunikátorů a komunikantů se střídají. (Špatenková, Králová, 2009, s. 11)

Komunikační kanál nebývá obvykle čistý, naopak bývá plný šumů. *Komunikačním šumem* nazýváme, vše co správné komunikaci brání. Šumem může být jakékoliv rušení komunikace z původu fyzikálního - šum, hluk, nepříjemná teplota vzduchu, špatné osvětlení. Z původu psychického – únava, spěch, emoční vztahy, mentální vztahy, inteligenční úroveň a jiné. Původu fyzického – nedoslýchavost, nevidomost, bolest. Nositelem šumu může být stejně tak prostředí, jako i účastníci komunikace, dokonce i téma, o němž se mluví. Je na mluvčích, aby dokázali co nejvíce rušivých vlivů odstranit. V tom spočívá jedno z umění komunikace. (Linhartová, 2007, s. 13-14)

Význam a důležitost komunikace pro život lidí nelze nikdy dostatečně ocenit. Bez komunikace nemůže žádná společnost existovat, natož pak se vyvíjet. Jak pro existenci, tak pro organizaci každé společnosti je komunikace základním procesem, neboť každá

společná akce individuí je založena na významech, které poté co byly přeneseny prostřednictvím komunikace, jsou společně sdíleny (Klenková, 2006, s. 26).

Komunikaci, sdělování si vzájemných myšlenek, dělíme podle toho, *kdo, co, komu, jak, proč a s jakým výsledkem říká*, na:

- **osobní** - je to naše vnitřní řeč, myslíme pouze jejím prostřednictvím, permanentně k sobě mluvíme
- **mezilidskou (interpersonální)** - dialog mezi dvěma, popřípadě více, vzájemně svobodnými, nezávislymi osobami
- **masovou** - uskutečňuje se mezi společenskými a politickými organizacemi při velkých shromážděních, kdy se hromadně sděluje velkému počtu lidí, důležitou roli hrají média
- **neosobní (extrapersonální)** - je to zvláštní druh dorozumívání, např. komunikace s počítačem, bankomatem, automatem
- **biologickou** - přenos informací z organismu a mezi organizmy (bolest, předávání genetických informací, komunikace čichem)

(Linhartová, 2007, s. 15)

Mikuláščík (2003) dělí komunikaci dle záměrnosti na záměrnou, nezáměrnou, vědomou a nevědomou, kognitivní a afektivní, pozitivní a negativní či shodnou a neshodnou. Aserktivní a agresivní, manipulativní a pasivní, intropersonální a interpersonální.

V sociální komunikaci můžeme rozlišit tři skupiny kanálů – verbální komunikaci, neverbální komunikaci a komunikaci činem. Historicky nejstarší je zřejmě komunikace činem, doprovázená neverbální komunikací. Do skupiny verbální (slovní) komunikace patří všechny komunikační procesy, které se realizují za pomoci mluvené či psané řeči. Neverbální (neslovní, nonverbální) komunikace v sobě zahrnuje všechny dorozumívací prostředky neslovní podstaty a využívá se více při vyjadřování emocí, vůle, postojů než k přenosu výsledků myšlenkových operací. Neverbálně komunikujeme např. gesty, pohyby hlavou a dalšími pohyby těla, mimikou, pohledy očí, tónem hlasu apod. Základní rozdíl mezi verbální a neverbální komunikací je ten, že verbální komunikace je ve své ústní podobě vždy doprovázena neverbální komunikací, kdežto neverbální komunikace se může uskutečňovat samostatně (Klenková, 2006, s. 29-32).

### 1.1.1 VERBÁLNÍ KOMUNIKACE

Verbální (slovní) komunikací rozumíme dorozumívání se jedné, dvou a více osob pomocí jazyka anebo jinými znaky jazykového systému. Je to typicky lidská duševní funkce, kterou se odlišujeme od ostatních živých tvorů. Do skupiny verbální komunikace spadají všechny komunikační procesy, které se realizují za pomoci mluvené nebo psané řeči. Slovní komunikací rozumíme výběr, kombinování a produkci jazykových znaků (psaní projevu, rozmýšlení řeči, artikulaci, řečovou strategii a diplomacii, volbu stylu), proces vzájemného sdělování, percepce - vnímání a recepce – příjem (Vybíral, 2005, s. 106). Jde o sdělování obsahu zpráv a informací. Sestra používá dovednost komunikace s pacientem jako součást profesionálního vybavení. Schopnost komunikovat slouží k navázání a rozvíjení kontaktu s pacientem. Nemoc, věk, odloučení od rodiny, nemožnost pracovat, to vše může mít za následek zhoršení pacientových komunikačních dovedností. Zde se sestra podílí na rozvoji komunikačních dovedností nemocného. Komunikovat neznamená pouze „mluvit“. Při správně vedené komunikaci s pacientem musíme:

- Vědět, co chceme říci,
- mluvit zřetelně a srozumitelně, své sdělení nekomplikovat,
- zvolit přiměřené tempo a odpovídající tón řeči,
- sledovat a zaznamenávat reakce pacienta,
- brát v úvahu pocity pacienta,
- respektovat pacientovo soukromí,
- dát najevo svoji emoční podporu,
- udržovat v přiměřené míře oční kontakt s pacientem,
- umožnit pacientovi, aby se v dostatečné míře vyjádřil,
- kontrolovat, zda pacient informaci přijal a pochopil,
- upravený oděv je také prostředkem komunikace.

(Honzák, 1997, s. 9-14)

Verbální komunikaci lze rozdělit na pozitivní, nebo-li *evalvací* a negativní, která se v odborné terminologii nazývá *devalvací*. Evalvace je jednání, které pozitivně ovlivní adresáta, vyjadřuje projev úcty, uznání i pochvalu. Dojde-li v komunikaci k evalvací, zvýší to pacientovo sebevědomí. Devalvace je opakem evalvace, navozuje pocit snížení hodnoty člověka urážkou, neuctivým jednáním či odmítnutím komunikovat.

Chybná nebo nezvládnutá komunikace může být intenzivním zdrojem *sororigenie*, tedy poškození pacienta sestrou, resp. jiným zdravotnickým pracovníkem. Slovo pak nepůsobí jako lék, ale jako jed. Slovo, totiž, ač se to nezdá, má obrovskou moc. Slova dokážou utěšit, urazit, nebo dokonce ranit. Co bylo jednou vyřčeno, už nelze vzít zpátky (Šatenková, Králová, 2009, s. 37).

Role sestry v komunikaci s pacientem je zcela zásadní. Při poskytování odborné péče, při obsluhování má sestra mnoho příležitostí ke komunikaci. Je mu často lidsky blízká, protože s ním tráví hodně času. Z návštěv zná jeho rodinu, bývá častěji zasvěcována i do jeho osobních a intimních záležitostí. Proto sestra musí být velmi dobře připravena odpovídat na otázky, měla by umět naslouchat pacientovým potřebám a mít schopnost empatické podpory.

**Řeč** je specificky lidskou schopností. Jedná se o vědomé užívání jazyka jako složitého systému znaků a symbolů ve všech jeho formách. Slouží člověku ke sdělování myšlenek, pocitů a přání. Tato schopnost nám není vrozená, na svět si však přinášíme určité dispozice, které se rozvíjí při verbálním styku s mluvícím okolím. Řeč není pouze záležitostí mluvních orgánů, ale především mozku a jeho hemisfér, úzce souvisí s myšlením (Klenková, 2006, s. 27).

**Jazyk** je soustava zvukových a druhotných dorozumívacích prostředků znakové povahy, schopná vyjádřit veškeré vědění a představy člověka o světě a jeho vlastní vnitřní prožitky. Jestliže řeč je výkonem individuálním, pak jazyk je jevem a procesem společenským. Ovšem také řeč je společensky podmíněna. Čerpá podněty ze společenského prostředí a v něm se také realizuje (Klenková, 2006, s. 27).

### 1.1.2 NEVERBÁLNÍ KOMUNIKACE

Neverbální komunikace představuje druh sdělení, při kterém si předáváme informace beze slov. Je souhrnem mimoslovních (neverbálních) sdělení, které člověk vědomě nebo nevědomě vysílá do svého okolí. Je vývojově starší a existovala dávno před tím, než se vyvinula řeč. Lidé jsou schopni se na základní úrovni domluvit i bez použití slov. Řeč gest, mimiku, haptiku, kineziku, posturologii i proxemiku jsme schopni dešifrovat na velmi dobré úrovni i přes jazykovou a komunikační bariéru. Neverbálně sdělujeme 60-80% informací

(Kelnarová, 2009, s. 18). Neverbální signály jsou fyzické projevy organismu. Můžeme je analyzovat a interpretovat. Tyto signály mohou být naučené (vojenský pozdrav rukou), vrozené (mrknutí na druhou osobu) nebo jejich kombinací obojího např. smích v divadle (Leško, 2008, s. 24). Projevy neverbální komunikace se dají velmi těžce ovládat vůlí, obtížně skrývat.

Neverbální komunikace využívá člověk k tomu, aby:

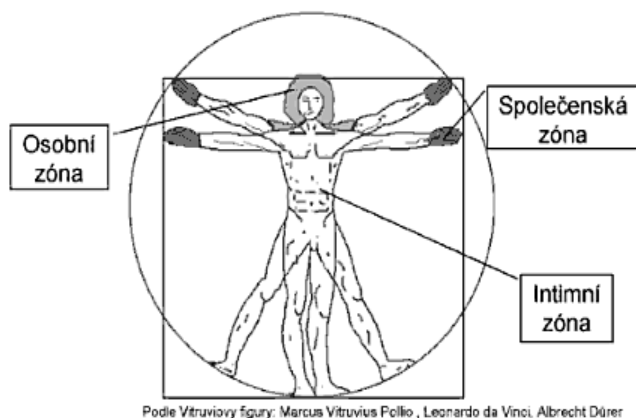
- Podpořil řeč (reguloval její tempo, podtrhl a zdůraznil vyslovené),
- nahradil řeč (ilustroval a symbolizoval),
- vyjádřil emoci – pocity, nálady, afekty,
- vyjádřil interpersonální postoj (např. sympatii k někomu, dominanci, pochybnost, naléhavost při přesvědčování),
- ji použil k sebe prezentaci. Sděloval „kdo jsem já“,
- se snažil cíleně ovlivnit postoj partnera,
- sděloval zájem o sblížení, navázání intimnějšího styku.

Složky neverbální komunikace:

- **Vizika** – pohledem získáváme informace a naše oči jsou přijímačem. Vzájemný oční kontakt potvrzuje poznání druhého člověka a vůlí udržet komunikaci. Často začínáme kontakt s druhým člověkem pohledem, který upoutá jeho pozornost, ještě před tím, než začnou spolu komunikovat. Spojuje se zde doba zaměření pohledu, místo, úhel, dojem, četnost, mrkací pohyby apod. (Pokorná, 2008, s. 18).
- **Mimika** – jde o výraz obličeje. Je jedním z nejdůležitějších prostředků sociální komunikace. Lidská tvář má velice bohatý komunikační potenciál. Ve výrazu obličeje lze celkem spolehlivě vyčíst primární lidské emoce. Jako jsou štěstí, strach, radost, smutek, klid, rozčilení, zájem, nezájem, spokojenost nebo naopak nespokojenost a další. Za nejvýraznější neverbální projevy považujeme smích a pláč.
- **Kinezika** – pohyby těla v čase a prostoru. Jde o pohybové sledy a skupiny pohybů, koordinaci, plynulost, kompozici a souznění pohybů lidí v procesu komunikace. Udržuje zpětnou vazbu od příjemce informace, je signálem pro udržení pozornosti.
- **Gestika** – je součástí kineziky. Zahrnuje záměrné pohyby rukou, hlavy, někdy i nohou. Gesta mají výrazný sdělovací účel a doprovázejí slovní či mimoslovní projevy, nebo je zastupují. Umožňují lepší komunikaci, ale zároveň uvolňují napětí

např. zatnutá pěst při vzteku. Odrážejí aktuální emocionální stav (strach, úzkost, radost aj.). Gesta mají svůj význam, který je v dané kultuře srozumitelný pro všechny členy.

- **Haptika** – komunikace dotykem. Tělesný kontakt je nejprimitivnější formou sociální komunikace. Haptiku rozdělujeme na profesionální, sociální, přátelskou, milostnou a sexuální. Doteky mají různý význam. Projevujeme jimi emoce, upoutáváme jimi pozornost, jsou součástí rituálů (Leško, 2008, s. 28). Nemá-li člověk možnost dotýkat se druhého dochází k tzv. taktilní deprivaci. Nejčastěji se dotýkají ženy žen, méně často muži žen a naopak, nejméně taktilních projevů je mezi muži navzájem.



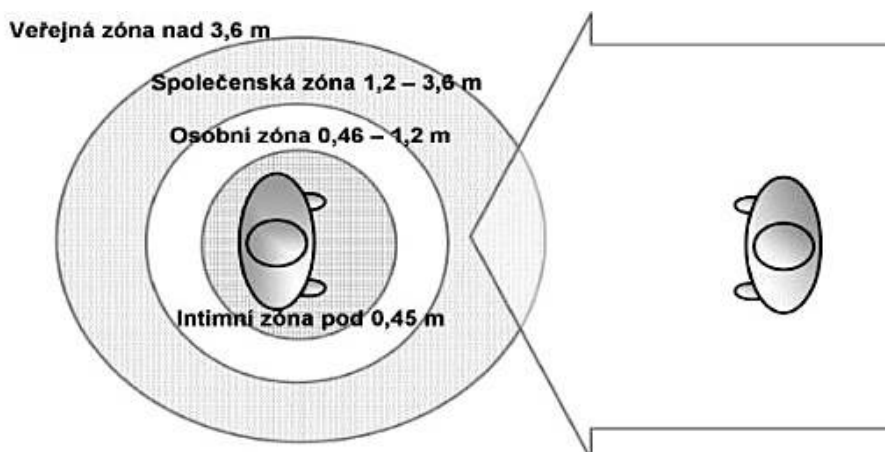
Obrázek 1 - *Haptické zóny* (Leško, 2008, s. 29)

- **Chronemika** – je charakterizována způsobem, jakým vyjadřujeme, užíváme a strukturujeme čas. Jedná se o to, jak člověk komunikuje v časových souvislostech. Je také významnou součástí verbální komunikace. Týká se vzájemné vyváženosti obou stran, tedy toho, jak každý z účastníků respektuje právo obou stran na stejné časové vstupy do rozhovoru (Pokorná, 2008, s. 26).
- **Proxemika** – nebo-li sdělování přiblížením a oddálením. Vzdálenost mezi dvěma osobami je v proxemice hodnocena z hlediska horizontální (vzdálenost mezi jednotlivými komunikujícími) a vertikální vzdálenosti (osoba, která má výše oči, může být v jednání považována za dominantní). Každý člověk má určitou stabilní distanci, kterou obvykle v kontaktu s jinými lidmi dodržuje a v níž se cítí bezpečně. Čím jsou si lidé sympatičtější, tím kratší vzdálenost při komunikaci dodržují.

**Teritorialita** – velikost prostoru, který si člověk okolo sebe vytváří a kam pustí jen toho, koho chce. Do konkrétní z níže uvedených zón je umožněn přístup jen určitým osobám. Pokud dojde k narušení například intimní zóny neznámým

člověkem, bývá tato situace velmi často spojena s nepříjemnými pocity až pocity agrese nebo paniky. Proxemika rozlišuje čtyři proxemické zóny:

- a) **intimní**: pod 45 cm
- b) **osobní**: 46 – 120 cm
- c) **sociální (společenskou)**: 120 – 360 cm
- d) **veřejnou**: nad 3,6 m



Obrázek 2 - Proxemické zóny (Leško, 2008, s. 31)

- **Posturologie** – neverbálně tak komunikujeme pomocí držení těla, napětím či uvolněním, nakloněním, polohou rukou, nohou, hlavy, postavením všech částí těla jako celku a nasměrováním těla (např. směrem k mluvčímu). Hodnotíme nejen postoje jedince, ale také postoje členů určité sociální skupiny (Pokorná, 2008, s. 29).
- **Paralingvistika** – paralingvistické aspekty verbálního projevu jsou přechodem od mimoslovních ke slovním způsobům sdělování. Osoby v pomáhajících profesích by si měly být vědomy, že správné využívání paralingvistických prvků uplatněných v projevu významně ovlivňuje vztahy v interpersonální komunikaci a tím i spolupráci jedince s nímž pracují (Pokorná, 2008, s. 30). V běžném toku řeči můžeme rozpoznat: hlasitost řeči, výšku tónu řeči, rychlost řeči, objem řeči, plynulost řeči, intonaci, chyby v řeči, správnost výslovnosti, kvalitu řeči a členění řeči. Pomocí artikulace a intonace vyjádříme širokou škálu významů od radosti přes nadšení až po hněv (Leško, 2008, s. 34).

Sestra by jednoznačně měla poznat význam projevů neverbální komunikace. Pomůžou jí ovlivnit komunikaci žádoucím směrem, zvýšit efektivitu vlastní komunikace, lépe zvládat



a překonávat komunikační překážky, kontrolovat a usměrňovat vlastní chování, ovlivňovat dojem, kterým působí na druhé, lépe pochopit prožívání, náladu, emocionální stavy a potřeby pacienta, lépe porozumět pacientovi, který nemůže komunikovat slovně a je odkázaný na řeč těla. Neverbální signály by sestra měla umět nejen vnímat, ale také je dešifrovat ve vztahu k situačním faktorům, typu a temperamentu osobnosti a aktuálnímu prožívání (Kristová, 2004, s. 24).

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

### **1.1.3 KOMUNIKACE V OŠETŘOVATELSKÉM PROCESU**

Ošetrovatelský proces je hlavní pracovní metoda ošetrovatelského personálu. Je to systematická, racionální metoda plánování a poskytování ošetrovatelské péče. Ošetrovatelský proces má 5 fází:

1. Zhodnocení/posouzení nemocného
2. Ošetrovatelská diagnóza
3. Plánování
4. Realizace
5. Vyhodnocení

Je to soubor plánovaných činností, které se používají:

- Ke zhodnocení stavu individuálních potřeb klienta, rodiny nebo komunity,
- ke stanovení ošetrovatelského problému (ošetrovatelských diagnóz),
- k realizaci ošetrovatelské péče,
- k vyhodnocení efektivity ošetrovatelské péče.

Komunikace je jedním ze základních pilířů ošetrovatelského procesu, sestra se s ní setkává ve všech jeho fázích – anamnestické, diagnostické, ve fázích plánování, realizace i hodnocení. Komunikace ve zdravotnictví je v mnoha ohledech specifická. V běžném životě zpravidla podléhá sociální kontrole, řídí se určitými pravidly, normami, etikou apod. Tyto stanovené

hranice se v okamžiku interakce sestry s pacientem bortí. Sestra v rámci ošetrovatelského procesu vyzívá pacienty, aby se svlékli, odhalili intimní části svého těla, ptá se na citlivé záležitosti, dotýká se nejrůznějších částí jejich těla, dokonce jim provádí bolestivé úkony. To jsou situace, které by za jiných okolností byly absolutně nepřístupné. Ošetrovatelský proces to však nejen umožňuje, ale přímo vyžaduje (Špatenková, 2009, s. 7). Dobrá komunikace je tedy základem úspěšné ošetrovatelské péče.

První fázi ošetrovatelského procesu představuje posuzování, zhodnocení nemocného. Zde sestra získává a následně hodnotí informace. Je to nepřetržitý proces, který se aplikuje ve všech fázích. V průběhu první fáze má sestra nejvíce příležitosti navázat užší osobní kontakt s nemocným, poznat ho nejen po stránce medicínské, ale i po osobní a sociální. Na základě shromáždění a vytřídění informací umožňuje sestře rozhodnout proč, kdy, jak a kdo může řešit individuální problém nemocného (Staňková, 2004, s. 5).

Získané informace se týkají nejen tělesného, emočního a psychického stavu pacienta, ale také běžných denních aktivit a zvyků a rovněž sociálních, kulturních, ekonomických a náboženských záležitostí. Sestra zjistí potřebná data užitím vhodných metod, převážně rozhovorem a pozorováním.

Metodu rozhovoru sestra uplatňuje ve všech fázích ošetrovatelského procesu. Rozhovor s nemocným je záměrný a organizovaný dialog mezi sestrou a pacientem, který je provázen pozorováním. V praxi rozlišujeme tři druhy profesionální komunikace, každý druh má své zákonitosti a význam.

**Sociální komunikace** – jedná se o běžný hovor, kontakt s nemocným. Pacient vnímá pozitivně možnost hovoru, neboť má v nemocniční péči omezenou možnost sociálního kontaktu.

**Specifická (strukturovaná) komunikace** – oblast komunikace, kdy sestra sděluje důležitá fakta, motivuje nemocného k další léčbě, působí edukačně, vysvětluje postup vyšetření atd. Mělo by být provedeno srozumitelnou, jasnou a stručnou formou, vzhledem k aktuálnímu stavu pacienta. Následně ověřujeme, zda nemocný porozuměl sdělovanému.

**Terapeutická komunikace** – jako terapeutický rozhovor se označuje rozhovor sestry s pacientem v rámci plánované komunikace s vytyčeným cílem jako je sběr dat, poskytnutí informací i rady. Má za úkol zvýšit účinnost jiných léčebných přístupů. Terapeutickým rozhovorem chceme na nemocného působit, ovlivnit jej, uklidnit, poučit.

(Veglářová, Mahrová, 2006, s. 12–13. Staňková, 2004, s. 17.)

V první fázi sestra posuzuje mimo jiné i stupeň řeči. Sestra hodnotí aspekty řečového projevu, jazykové zručnosti, adekvátnost jazykového projevu, vztahovou i obsahovou stránku komunikace, překážku rozvoje řeči (poruchy sluchu, zraku, artikulace, fatické poruchy, mentální retardace). Současně hodnotí i neverbální projev pacienta.

Pozorování je uvědomělou a zároveň cílenou činností, kterou sestra může rozvíjet pouze soustředěným úsilím a organizovaným přístupem. Pozorování musí být zorganizováno tak, aby sestra nic významného nepřehlédla. Soustavné sledování nemocného provází sestru při každé činnosti, kterou u něho provádí. Sestra si všímá nejen změn v celkovém stavu nemocného, v jeho chování, náladě, pozoruje objektivní i subjektivní příznaky, ale také by měla být schopna zhodnotit jejich závažnost. Proto musí mít sestra dostatek odborných znalostí, jinak vůči nim zůstane slepá.

Druhou fází procesu je ošetrovatelská diagnostika, která má jednotnou terminologii a klasifikaci. Sesterská diagnóza, na rozdíl od té lékařské popisuje, jak a do jaké míry nemoc zasahuje do života postiženého člověka, jak mění jeho soběstačnost, jaké problémy a trápení mu přináší. Ošetrovatelská diagnóza může popisovat jak současné problémy nemocného, tak problémy, které mohou teprve nastat, které lze očekávat. Sestra ji stanovuje na základě vyhodnocení získaných informací v první fázi ošetrovatelského procesu. Je to proces analýzy a syntézy získaných poznatků, při nichž se uplatňuje řada myšlenkových procesů, jako je objektivita, kritické myšlení a schopnost rozhodování. Ošetrovatelská diagnóza pomáhá při plánování vhodné ošetrovatelské péče za aktivní účasti pacienta. Diagnózy je třeba seřadit dle priorit, tzn. podle naléhavosti a pořadí, v kterém budou řešeny (Staňková, 2004, s. 24 – 41).

Třetí fází ošetrovatelského procesu je plánování. Je to fáze hledání reálných cílů péče a naplánování konkrétních ošetrovatelských činností, které povedou k dosažení těchto vytyčených cílů. Plánování je uvážený, systematický a nevyhnutelný proces, chceme-li dosáhnout kvalitní ošetrovatelské péče. Je to proces, ve kterém sestra rozhoduje a řeší problémy. Plán ošetrovatelské péče dává celkový obraz o individuální péči. Proces plánování je zodpovědností sestry, pokud však má být plán účinný, je třeba jej sestavovat za aktivního přispění pacienta a případně jiných podpůrných osob.

Realizace ošetrovatelského plánu je čtvrtou fází ošetrovatelského procesu. Je to ošetrovatelská činnost směřující k dosažení očekávaných výsledků. Sestra maximálně využívá spolupráce a schopností pacienta, pacient je prvořadým účastníkem v realizaci ošetrovatelské péče. Sestra i v této fázi uplatňuje nejen odborné znalosti a dovednosti, schopnost rozhodování, kritické jednání a myšlení, ale také interpersonální dovednosti jako jsou

např. laskavost, pozornost, empatie, umění naslouchat a v neposlední řadě zájem o druhého člověka.

Poslední pátá fáze ošetrovatelského procesu je hodnocení účinnosti péče. Hodnocení je nezbytné k uzavření každého cyklu ošetrovatelského procesu. Sestra se snaží získat objektivní hodnoty, které svědčí o pozitivním, žádném nebo negativním efektu péče. Hodnocení se provádí průběžně, během celého ošetrovatelského procesu a souhrnné závěrečné hodnocení provádí sestra např. před ukončením hospitalizace, nebo když sestra předává nemocného do péče jiné instituce. Účast pacienta na hodnocení poskytované péče je nezbytná. Je důležité mít zpětnou vazbu od člověka, který je příjemcem ošetrovatelské péče, jak on sám subjektivně vnímá, do jaké míry bylo cíle dosaženo (Staňková, 2004, s. 54).

#### 1.1.4 NARUŠENÁ KOMUNIKAČNÍ SCHOPNOST

Definovat narušenou komunikační schopnost je samo o sobě dosti nesnadné. Velmi komplikované je již vymezení normality, tzn. určení, kdy se jedná o normu a kdy už můžeme hovořit o narušení. Platí zde totiž určité jazykové zvláštnosti. Hodnotíme-li, zda je či není u určité osoby narušená komunikační schopnost, vždy zvážíme, v jakém jazykovém prostředí žije, jaké má hodnocená osoba vzdělání, je-li mluvním profesionálem. Nelze se orientovat pouze na narušenou formální stránku řeči, ale musíme si všimnout všech rovin jazykových projevů člověka (Klenková, 2006, s. 53).

Dle Lechty (2003) existují dva možné způsoby, jak je možné definovat narušenou komunikační schopnost: buď definovat narušenou komunikační schopnost jako odchylku od vžitých jazykových normy v určitém jazykovém prostředí, nebo při jejím definování vycházet ze všeobecných východisek – z komunikačního záměru jednotlivce.

Komunikační schopnost člověka je narušena tehdy, když některá rovina jeho jazykových projevů (příp. několik rovin současně) působí interferenčně vzhledem ke komunikačnímu záměru. Může jít o *foneticko-fonologickou* (zvukovou), *syntakticko-morfologickou* (gramatickou), *lexikálně-sémantickou* (obsahovou), *pragmatickou rovinu* (sociální uplatnění komunikační schopnosti), nebo o *verbální i nonverbální, mluvenou i grafickou* formu komunikace, její *expresivní i receptivní* složku (Lechta, 2003, s. 18. Klenková, 2006, s. 54).

Podle současného psycholingvistického pojetí jde o situaci, kdy produktor vysílá k příjemci řečový signál, přičemž při dekódování tohoto signálu působí aktuální projev narušené komunikační schopnosti produktora na příjemce interferenčně, rušivě. Je třeba zdůraznit,

že i v případě, existuje-li u produktora porucha v oblasti porozumění řeči, tj. v dostředivé složce reflexního okruhu, se zákonitě tato porucha sekundárně projeví i v oblasti odstředivé, tj. v oblasti promluvy, jazykového projevu (Lechta, 2003, s. 17).

Etiologie narušené komunikační schopnosti je různá. Při dělení příčin se využívá časové hledisko nebo hledisko lokalizační.

Z časového hlediska mohou být příčiny:

- prenatální – v období vývoje plodu, před narozením
- perinatální – v průběhu porodu
- postnatální – po narození

Z lokalizačního hlediska se k nejčastějším příčinám řadí:

- Genové mutace, aberace chromozomů, vývojové odchylky,
- orgánová poškození receptorů (receptivní nebo impresivní poruchy – poruchy rozumění řeči),
- poškození centrální části (poruchy fatické, narušení nejvyšších řečových funkcí),
- poškození efektorů (narušení expresivní složky řeči, poruchy řečové produkce),
- působení nevhodného, nepodnětného, nestimulujícího prostředí (může být příčinou např. opoždění ve vývoji řeči dítěte),
- narušení sociální interakce (může docházet k poruchám psychotické povahy).

Podle stupně může být narušení komunikační schopnosti úplné, totální nebo částečné parciální. Narušení může být hlavním, dominantním projevem, nebo může být symptomem jiného dominantního postižení. Potom se hovoří o symptomatických poruchách řeči (Klenková, 2003, s. 53–54).

**Klasifikace narušené komunikační schopnosti** – nejčastěji je užívána klasifikace podle symptomu, který je pro narušení nejtypičtější – symptomatická klasifikace (Lechta, 2003) uvádí 10 základních kategorií:

1. Vývojová nemluvnost (např. *vývojová dysfázie*),
2. získaná orgánová nemluvnost (např. *afázie*),
3. získaná psychogenní nemluvnost (např. *mutismus*),
4. narušení zvuku řeči (např. *rinolalie, palatolalie*),
5. narušení fluence (plynulosti) řeči (např. *tumultus sermonis, balbuties*),
6. narušení článkování řeči (např. *dyslalie, dysartrie*),
7. narušení grafické stránky řeči,
8. symptomatické poruchy řeči,

9. poruchy hlasu,
10. kombinované vady a poruchy řeči.

Člověk si jenom velmi obtížně dovede představit, jaké jsou možné následky např. při ztrátě hybnosti končetin nebo při poruchách motoriky. Daleko složitější je pro něj představa, že by ztratil možnost se s lidmi ve svém okolí domluvit, sdělit jim své myšlenky. U osob trpících náhlou ztrátou schopnosti řečové komunikace, bývá jejich řečový projev často mylně považován za projev snížené inteligenční či osobnostní schopnosti. Podceňování či nepochopení jejich potřeb se opakovaně odráží na způsobu vedení rehabilitační a medicínské péče (Neubauer, 2007, s. 11–12).

### **1.1.5 KOMUNIKACE S PACIENTY SE SPECIFICKÝMI POTŘEBAMI**

Pro zdravotnický personál, ale i pro pacienta i jeho blízké, jsou pravděpodobně nejnáročnější situace, kdy dochází ke komunikačnímu deficitu. Sestry by měli maximálně využívat stávajících pacientových komunikačních schopností a podporovat jeho nezávislost, a to i v oblasti komunikace (Šatenková, Králová, 2009, s. 99).

Pro styk s postiženým pacientem platí tatáž pravidla, jako pro všechny ostatní, jen si stále musíme být vědomi, že máme před sebou člověka, který svět kolem sebe vnímá jinak a komunikuje také jinak. Přesto bychom se neměli vyhýbat komunikaci s takto postiženými lidmi a měli bychom zvolit takovou komunikaci, která je v adekvátní formě a individuálně přizpůsobena jeho postižení.

**Pacienti s poruchami zraku** – Zrak má rozhodující vliv na utváření správných představ, získání vzorů a modelů nonverbální komunikace. Osoba s poruchou zraku se ocitá v prostředí, které je pro ni neznámé, má potíže s prostorovou orientací, vyznat se ve světě věcí. Nedostatečná orientace zvyšuje závislost na jiných lidech, zvláště v novém prostředí. Komunikace mezi personálem a pacientem s poruchou zraku není bezproblémová. Mezi doporučení v přístupu k osobám s poruchou zraku či nevidomým patří přirozené chování a taktní pomoc, nejlépe na vyžádání nebo po domluvě.

#### ***Zásady komunikace:***

- Nevidomí jsou zcela normální lidé, vyvarujte se projevů soucitu,

- jednejte vždy přímo s nevidomým, i když má s sebou průvodce,
- představte se a uveďte své funkční zařazení,
- popisujte, co a jak uděláte,
- informujte vždy předem o nepříjemném nebo bolestivém zákroku a současně vysvětlete, proč je nezbytný,
- vytvořte přijatelné akustické prostředí, odstraňte zdroje rušení a šumu,
- nepohybujte se tiše po místnosti – dávejte o sobě srozumitelně vědět,
- upravte ordinaci, odstraňte překážky a bariéry,
- při chůzi mu nabídněte paži k zavěšení (nevhodné je ho „tlačit“ před sebou či vléct za sebou).

(Honzák, 1997, s. 93)

**Pacienti s poruchami sluchu** – Jestliže nevidomost odděluje jedince od věcí, pak porucha sluchu odděluje postiženou osobu od jiných lidí. Neslyšící nebo ohluchlý člověk má omezený kontakt s okolním světem. Odlišný způsob komunikace nebo používání jiného komunikačního systému je nejvýznamnějším důsledkem sluchového postižení. Jejich postižení může vést ke komunikační bariéře mezi nimi a okolím. Sluch má v komunikaci naprosto nenahraditelnou roli. Osoba s těžkým sluchovým deficitem není pro ostatní „normální“ lidi plnohodnotným aktérem komunikace. Taková komunikace je nesmírně obtížná a vyčerpávající. Často je na lidi s poruchou sluchu nazíráno jako na hloupé nebo mentálně postižené. U sluchově postižených záleží na době vzniku omezení. Rozlišujeme vrozené nebo získané sluchové vady. Získané mohou vzniknout následkem úrazu, nemoci nebo jako součástí involučních procesů ve stáří. Vrozené těžké sluchové postižení ovlivňuje vývoj řeči. Zvláště při ošetřování nemocných je nutné zajistit kvalitní komunikaci. Po celou dobu rozhovoru by sestra měla zůstat s nemocným v očním kontaktu. Také by se měla opakovaně ujistit, zda pacient skutečně všemu porozuměl.

#### ***Zásady komunikace:***

- Zajistěte klidné prostředí s minimem rušivých podnětů,
- vyslovujte zřetelně, přesně a pomalu artikulujte, nekřičte,
- zajistěte, aby vám nemocný viděl do obličeje,
- obličej musí být osvětlen,
- udržujte kontakt očima, to poskytuje neslyšícímu zpětnou vazbu,

- používejte krátké věty s jednoznačným významem,
- pokud vás pacient požádá, abyste něco zopakovali, pokuste se najít jiná, vhodnější slova,
- vyhýbejte se odborné terminologii,
- sdělení doplňte názorem (ukázkou části těla, pomůcek),
- ptejte se, zda nemocný rozumí, zda vás stačí sledovat,
- všimněte si neverbálních projevů,
- buďte trpělivý,
- poskytněte možnost oddychu,
- vyjádřete uznání za ochotu spolupracovat.

(Honzák, 1997, s. 92. Veglářová, Mahrová, 2006, s. 126)

**Pacienti s poruchami řeči** – Sestra při své práci předává a získává velké procento informací právě formou mluveného slova. Poruchy řeči spočívají ve ztížené schopnosti mluvit, domluvit se, v neschopnosti porozumět mluvené řeči v různém rozsahu. Často se stává, že takový pacient ztrácí ochotu komunikovat, v cizím prostředí špatně navozuje sociální vztahy, je uzavřený. Nebo naopak nemožnost domluvit se, vede často k bouřlivým reakcím, jako je vysoká nervozita, agresivita, hněv. Komunikace s lidmi s poruchami řeči tedy klade velké nároky na trpělivost a pozornost. Je projevem selhání, pokud se sestra takové komunikaci vyhýbá s tím, že nemocnému stejně nerozumí a komunikovat tedy nelze. Porucha řeči je pro okolí nepřehlédnutelná, působí devalvačně a může být mylně pokládána za poruchu intelektu.

#### ***Zásady komunikace:***

- Zajistit vhodné prostředí, soukromí,
- dopřejte pacientovi dostatek času, aby dokázal obdržet informaci a formuloval myšlenku,
- používejte dostatečně neverbální komunikaci (dotyk, výraz obličeje apod.),
- vyjádřit vůli komunikovat, hledat možnosti co nejlepšího dorozumívání (symboly, obrázky, psaný projev),
- mluvit jasně, v krátkých větách,
- ověřit, zda nemocný porozuměl,
- objasnit nemocnému důvody, proč komunikuje obtížně,



- v oblasti poruchy řeči platí, neopravovat nemocného, nepřebírat jeho způsob vyjadřování, nenutit ho ke změně stylu řeči,
- pomoci pacientovi ve vyjadřování, nabízet slova,
- nenutit ho k hovoru, pokud nemá zájem.

(Veglářová, Mahrová, 2006, s. 131–134)

### 1.1.6 AUGMENTATIVNÍ A ALTERNATIVNÍ ZPŮSOBY KOMUNIKACE

Systémy augmentativní a alternativní komunikace (dále jen AAK) jsou určeny pro těžce zdravotně postižené, u nichž je verbální komunikace omezena nebo zcela nemožná. Mluvená řeč může být kompenzována ne vokálními (nehlasovými) způsoby sdělování. Pro užívání ne vokálních prostředků komunikace za účelem náhrady (či rozšíření) vokálních prostředků komunikace (mluvené řeči) je užíván termín augmentativní a alternativní komunikace ([Online]. [cit. 2009 – 11 – 23]. Dostupné z < ><http://epedagog.upol.cz>).

**Augmentativní komunikace** (z lat. *augmentare* - rozšiřovat) označuje doplňkové či rozšiřující užívání ne vokálních prostředků komunikace osobami, které jsou schopny užívat mluvenou řeč pouze částečně a takto užívaná řeč neplní plnohodnotně svou komunikační funkci.

**O alternativní komunikaci** hovoříme v případě, kdy jedinec užívá v komunikaci „tvář“ v tvář“ jako hlavní výrazový prostředek jiný prostředek, než je mluvená řeč. Alternativní – náhradní formy komunikace jsou určeny pro osoby, které nejsou schopny užívat mluvenou řeč ([Online]. [cit. 2009 – 11 – 23]. Dostupné z < ><http://epedagog.upol.cz>).

Cílem AAK je umožnit jedincům se závažnými poruchami komunikačního procesu aktivní dorozumívání a zlepšení dorozumívacích dovedností tak, aby se zvýšili možnosti jejich sociální integrace (rozvíjení sociálních kontaktů, zvýšení schopnosti samostatného jednání, uplatňování svých práv).

AAK jsou efektivně využívány jak u vrozených narušení komunikačního procesu jako důsledků handicapů smyslových, mentálních, centrálních poruch vývoje hybnosti, vývojových poruch řeči a kombinovaných postižení, tak u poruch získaných a degenerativních onemocnění (např. po úrazových stavech mozku, nádorech mozku, cévních mozkových příhodách, Parkinsonovy, Alzheimerovy nemoci apod. (Klenková, 2006, s. 207).

Při budování podpurných nebo náhradních komunikačních systémů je třeba využívat všech schopností uživatele. Zásadou je vždy to, aby způsob dorozumívání byl co nejpřirozenější, jak je to jen v dané situaci možné. Výběr komunikačního systému nebo zkombinování několika systémů je vždy nutné posuzovat individuálně, podle mnoha hledisek. Musí vycházet z aktuálního způsobu dorozumívání a úrovně porozumění řeči. Je třeba zohlednit předpokládaný vývoj dorozumívání, komunikační potřeby postiženého, pohybové a kognitivní možnosti, schopnost koncentrace a v neposlední řadě přístup nejbližšího okolí.

AAK tedy užívá metody:

- **bez pomůcek** – užití prostředků neverbální komunikace-cílené pohledy očí, mimika, gesta, vizuálně-motorické znaky.
- **s pomůckami** – předměty, fotografie, obrázky, symboly, piktogramy, písmena a psaná slova, komunikační tabulky, počítačové programy, technické pomůcky s hlasovým výstupem a počítače.

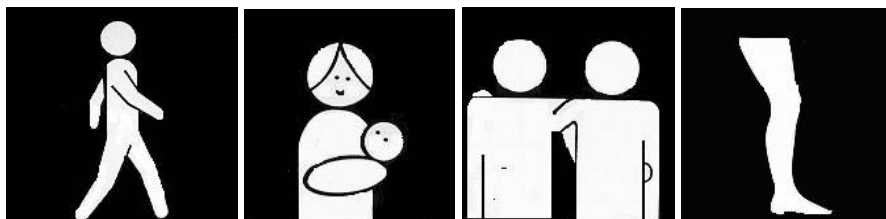
**Znak do řeči** – vytvořil jako systém AAK pod názvem Teng til tale (TTT) dánský speciální pedagog Larse Nygard. Tento systém užívá k doplnění mluvené řeči manuální znaky. V České republice je vytvořena metodická příručka pro užívání tohoto systému, která obsahuje i základní slovník české verze manuálních znaků. K tomuto systému byla také vytvořena videokazeta se znaky tohoto systému. Znak do řeči se používá u osob s nedostatečně vyvinutou nebo absentující expresivní složkou řeči.



Obrázek 3 - Vyjádření manuálních symbolů v systému Znak do řeči (Beerová, 2005, s. 9)

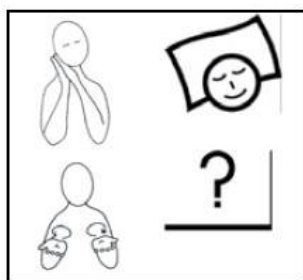
**Piktogramy** – (v zahraničí známý pod názvem PIC – Pictogram Ideogram Communication) je systém AAK užívající jako prostředku AAK grafické znaky-symboly. Grafické znaky užívané v rámci tohoto systému mají vzhled bílého obrazu na černém pozadí. Jsou

zjednodušená zobrazení skutečnosti (předmětů, činností, vlastností). Jsou snadno srozumitelné všem. Jednoduchým řazením piktogramů lze tvořit věty.



Obrázek 4 – Černobílé piktogramy

**Makaton** – vytvořila logopedka Margaret Walker ve Velké Británii, je to jazykový program, který poskytuje základní prostředky komunikace, podněcuje rozvoj mluvené řeči i porozumění pojmům u jedinců s poruchami komunikace. Tento systém užívá jako prostředky komunikace manuální znaky doplněné mluvnou řečí a grafickými znaky (symboly). Grafické znaky Makatonu jsou jednoduché černobílé kresby. Znaky jsou v každé zemi pečlivě vybírány a standardizovány.



Obrázek 5 - Manuální a grafické vyjádření slov spát a kde v systému Makaton

**Bliss** – je systém, který používá místo slov jednoduché obrázky. Vyvinul ho rakouský žid a inženýr chemie, Charles Bliss. Základem je slovník, který obsahuje asi 100 symbolů. Ty se kombinují a vytvářejí další významy. Symboly se sestavují do tabulek, které mohou postižení nosit sebou. V tabulce nad symbolem je umístěn nápis, díky kterému se mohou dorozumívat s lidmi, kteří systém Bliss neznají. Systém je možné zpracovat a upravit k počítačovému užití. Pro všechny je srozumitelný.



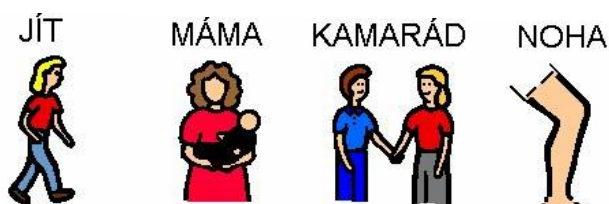
Obrázek 6 - Ukázka symbolů systému Bliss pro slova chodidlo, drak, pes, matka

**Komunikační tabulky** – používají se při komunikaci s lidmi s těžkým mentálním postižením a více vadami. Forma komunikačních tabulek vychází z potřeb uživatele. Jak je tabulka uzpůsobená záleží na možnostech uživatele. Podle svých motorických možností pak nemluvicí osoba vybraný symbol indikuje ukázáním. Počet symbolů je závislý na schopnostech uživatele.

| OBSAH  |  |   |   |
|--|--|---|---|
| Pozdravy<br>        | Cestování<br>           | Pošta, banka<br> | Domácnost<br>  |
| Doktoři, zdraví<br> | Lidé<br>                | Místa<br>        | Místa<br>      |
| Slovesa<br>         | Počítač, fotoaparát<br> | Věci<br>         | Oblečení<br>   |
| Čas<br>             | Pocity a potřeby<br>    | Počasí<br>       | Vlastnosti<br> |
| Předložky<br>      | Otázky<br>             | Jídlo<br>       | Pítí<br>      |

**Obrázek 7 – Komunikační tabulky – obsah**

**Obrazové komunikační symboly PCS** – dalším systémem využívajícím obrazové grafické znaky (piktogramy), jako prostředku AAK je tzv. PCS – Picture Communication Symbols, systém, který byl vyvinut společností Mayer-Johnson. Grafickými znaky tohoto systému jsou realistické obrysové kresby, které jsou dostupné v barevné i černobílé formě.



**Obrázek 8- Symboly PCS**

**Technické pomůcky** – jsou jednou z dalších možností, jak osobám s narušenou komunikační schopností poskytnout možnost vyjádřit své přání, myšlenky, pocity. S rozvojem výpočetní techniky se tyto pomůcky neustále zdokonalují a přizpůsobují se individuálním potřebám uživatele i komunikačních partnerů. Jednoúčelové komunikační pomůcky slouží pouze pro komunikaci. Může se jednat o komunikátory s hlasovým výstupem na jeden či více vzkazů nebo o pomůcky s tištěným výstupem. Vedle jednoúčelových komunikačních

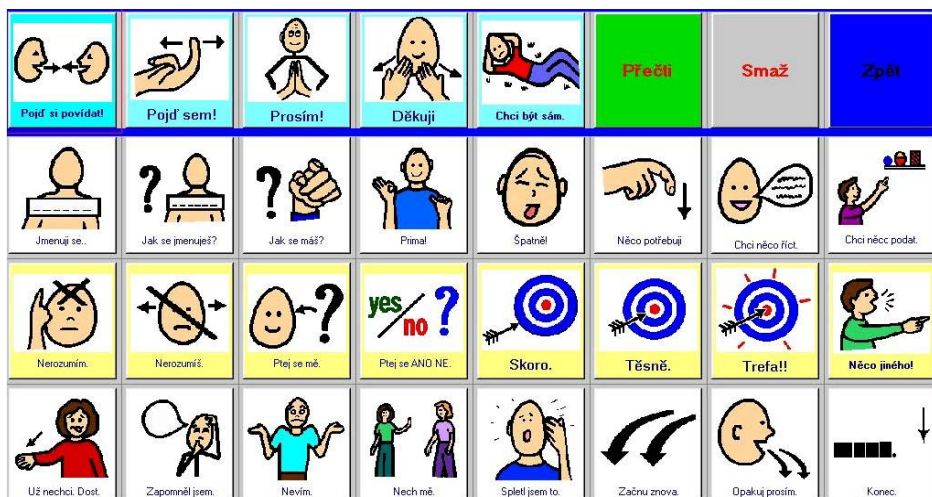
pomůcek se stále častěji využívají počítače doplněné o vhodné typy monitorů, klávesnic či myši a vybavené speciálním programem, určeným k tvorbě komunikačních tabulek či k vlastní komunikaci.



**Obrázek 9 – Komunikátory**

**Počítač** – využíváný pro alternativní komunikaci musí být vybaven speciálním softwarem. Při výběru jakéhokoli technického zařízení pro alternativní komunikaci je nezbytná jeho fyzická přístupnost pro uživatele.

**ACKkeyboard** – program je určen pro alternativní komunikaci pomocí osobního počítače. ACKkeyboard komunikuje s českým hlasovým syntezátorem CS-Voice, hlasový výstup tedy umožňuje hlasité čtení slov nebo vět podle výběru uživatele. Obsahuje klávesnici pro psaní a několik komunikačních tabulek na ukázkou, uživatel si však může sestavit libovolné množství vlastních tabulek s volitelnou velikostí kláves a s využitím jakýchkoliv obrázků.



**Obrázek 10 – Program ACKkeyboard**

**Psaní** – program je určen pro procvičování analýzy a syntézy při čtení a psaní. Lze na něm procvičovat správné řazení písmen či slabik do slova i věty a skládání slov do věty. Klient má

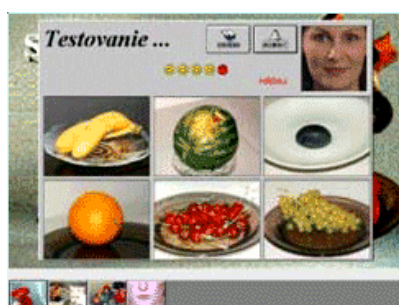
na výběr vždy všechna písmena, slabiky či slova, z kterých má daný celek složit. Procvičuje tedy jejich správné řazení. Pracovat může s předlohou i bez předlohy, se zvukovou nápovědou i bez ní. Program neobsahuje obrázky. Program *Psaní* byl vyvinut pro klienty s afázií, kteří mají obtíže s čtením a psaním. Alternativní možnost ovládání programu (pomocí klávesnice nebo jednoho spínače) ho zpřístupňuje i osobám s těžkým tělesným postižením.

**Mentio** – software vyvinutý pro osoby s narušenou komunikační schopností. Slouží jako stimulační a výukový prostředek pro rozvoj komunikace. Jeho struktura je rozdělena do několika úrovní, které lze vzájemně kombinovat (slovní zásoba, nakupování, slovesa...). Vedle toho obsahuje i cvičení na rozvoj krátkodobé paměti a pozornosti – Mentio MM (Memory Management), na trénink zrakové percepce – Skládačky.



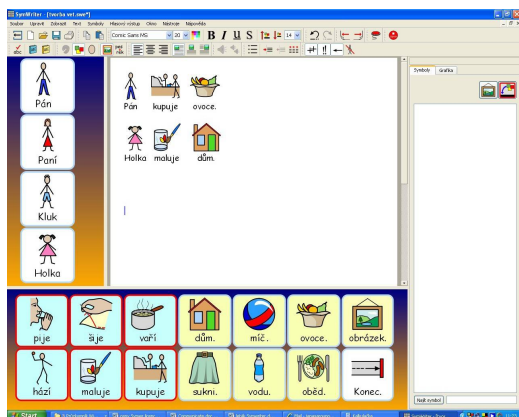
**Obrázek 11-** Program *Mentio* - slovesa, popis, cvičení

**Fono** – program je určen k využití v rehabilitačním i výukovém procesu, rozčleněn do čtyř samostatných skupin. Program *Zvuky běžného života* je založen na nácviku spojování jednotlivých zvuků s obrázky. *Slovní zásoba* je soubor asi 500 slov rozčleněných do 13 kategorií, vedle obrázku a popisu se na obrazovce objeví i videosekvence s pohybem artikulačních orgánů při výslovnosti. Rozcvička pomáhá s napodobováním správného postavení mluvidel, k výuce fonematické diferenciaci hlásek slouží program *Fonematický sluch*.



**Obrázek 12 – Program FONO – slovní zásoba**

**Symwriter**-funguje jako jednoduchý textový editor, v němž se ovšem při psaní textu automaticky objevují symboly. Ty se zobrazí rovnou nad napsané slovo v textu. Tak lze program využít např. pro jednoduché vytváření materiálů pro klienty, kteří špatně rozumí mluvené nebo psané řeči.



**Obrázek 13 – Program Symwriter – vytváření vět ze symbolů či slov**

### **Výhody alternativního způsobu komunikace:**

- Rozšiřují komunikační možnosti lidí se speciálními potřebami,
- snižují tendenci k pasivitě,
- zvyšují aktivitu během vzdělávacích činností i ve volném čase,
- napomáhají rozvoji kognitivních a jazykových dovedností,
- rozšiřují komunikační možnosti,
- umožňují osobám, které mají velké potíže při vyjadřování, aktivně se zúčastnit konverzace tam, kde doposud byly pouze pasivními a často opomíjenými posluchači.

### **Nevýhody alternativních systémů komunikace:**

- Vzbuzují často negativní pozornost veřejnosti,
- jsou společensky méně využitelné než mluvená řeč,
- jejich uživatelé jsou oddělení od té (převažující) části společnosti, která tyto systémy neovládá,
- vyvolává nezbytnost osvojení systémů všemi potenciálními účastníky komunikace.

## 1.2 AFÁZIE

Termín afázie je odvozen z řeckého *phasis* – řeč, *a* – značí zápor. Afázie je získané organické narušení komunikační schopnosti. Jedná se o složitou systémovou poruchu, dochází k narušení nejen komunikačních schopností, ale celé psychické, emocionální, volní sféry postiženého člověka. Afázie je centrální porucha řeči, ke které dochází při orgánovém poškození, na základě lokálního poškození mozku. Řeč byla již plně vyvinuta a na základě poškození dominantní hemisféry mozku dochází k porušení komunikační schopnosti.

Afaziologie má kořeny již v devatenáctém století, kdy Broca (roku 1861) a Wernicke (roku 1874) popsali první případy pacientů s afázií, u nichž po jejich smrti zjistili různou lokalizaci mozkové léze. Problematikou afázie se zabývají odborníci různých oborů – neurologie, neurochirurgie, neurolingvistiky, neuropsychologie, logopedie a dalších. Pojetí afázie a její definice jsou ovlivněny odborným zaměřením autora pojednávajícího o dané problematice.

Afázie je získaná porucha produkce a porozumění řeči, která vzniká při ložiskovém postižení mozku. Afázie patří do souboru vyšších kortikálních poruch, k nimž řadíme také agnozie, apraxie, akalkulie, alexie, poruchy orientace v prostoru apod. (Klenková 2006, s. 78).

Je to úplná nebo částečná neschopnost přijímat a vysílat symbolické kódy mluvené nebo psané řeči, na podkladě jednostranného poškození mozku (Mimrová, 1997, s. 26).

Dle Neubauera (2007) afázie je poruchou individuálních jazykových schopností na bázi poškození centrálního nervového systému (dále jen CNS), je vždy vícemodálním jevem, který ovlivňuje percepce mluvního projevu, verbální expresi, lexikální a grafické dovednosti i verbálně-mnestické funkce. Dominující bývá zejména nemožnost srozumitelně se vyjádřit verbální řečí, narušení schopnosti chápat signální význam slov, obtíže s vyhledáváním adekvátních výrazů, závažné nedostatky při sestavování souvislých vět a užívání gramatických kategorií.

Rozlišujeme různé stupně afázie, rozhodujícím faktorem míry afázie je rozsah a lokalizace léze mozku. Nejzávažnější afázie vznikají u rozsáhlých lézí zasahujících fronto-temporo-parietální oblasti mozku, nejčastěji při okluzi anebo stenóze *arteria cerebri media*. Afázie vznikají při ložiskových postiženích mozku, spojených s korovými oblastmi participujícími na jazykových procesech (Cséfalvay, 2007, s. 15).

Podstatu afázie charakterizují tyto atributy: 1. jde o získané narušení komunikační schopnosti, 2. týkající se poruch symbolických procesů, 3. které vzniká při ložiskových poškozeních mozku, 4. jako důsledek systémového vlivu mozkové léze na vyšší psychické funkce člověka.



## 1.2.1 ETIOLOGIE A PATOGENEZE AFÁZIE

Tato problematika se dotýká významné části populace dospělých a stárnoucích osob. Afázie doprovází různá neurologická onemocnění, především ložiskové poškození korových a podkorových oblastí mozku. Poškození centrální nervové soustavy může být *ložiskové* (ohraničené) anebo *difúzní* (rozptýlené). Klinický obraz afázie závisí na tom, o jaké organické poškození CNS se jedná, na lokalizaci a také rozsahu léze, v neposlední řadě sehrává roli i věk jedince. Neurogenní poruchy řečové komunikace vznikající u dospělých osob vyplývají z nejčastějších mechanismů poškození činnosti CNS:

- Cévní onemocnění mozku a cévní mozkové příhody,
- traumatická poškození tkáně CNS,
- nádory a infekce CNS,
- intoxikace CNS,
- degenerativní onemocnění CNS.

**Cévní onemocnění mozku** – související především s náhlými cévními mozkovými příhodami. Klinický obraz cévní mozkové příhody záleží na lokalizaci léze. Rozlišujeme dvě základní skupiny:

1. *Cévní příhody hemoragické (krvácení)* – nejčastější příčinou krvácení je hypertenze (vysoký krevní tlak). Může prasknout aneurysma (tepenná výduť – vrozené zeslabení s výduť stěny cévní). Krvácení může vzniknout v kterékoli oblasti mozku, jsou ale oblasti, kde je výskyt častější:

- Krvácení do bazálních ganglií,
- krvácení do mozkových laloků, mozkového kmene a mozečku,
- intermeningeální krvácení (též se nazývá subarachnoideální) – výlev krve mezi mozkové pleny (často bývá, pokud praskne aneurysma).

2. *Cévní příhody ischemické (ischemický infarkt, snížené prokrvení mozku)* – jejich příčinou může být:

- systémová hypoperfuze – průtok krve je snížen, příčinou je srdeční choroba či pokles krevního tlaku
- trombóza mozkových cév – srážení krve v cévách, které se vyvíjí postupně, pozvolna, základní příčinou bývá arterioskleróza

- embolie – uzavření mozkové tepny uvolněnou krevní sraženinou, na rozdíl od trombózy je průběh a hlavně začátek rychlý, embolus (vmetek) se může rozpadnout, anebo jeho částičky uzavřou drobnější cévy.

**Traumatické postižení CNS** – úrazy mozku bývají vážnou a častou příčinou vzniku neurogenických poruch řečové komunikace. Nejčastějšími následky jsou otřes mozku (*comotio cerebri*), což je krátká ztráta vědomí, většinou nezpůsobí poruchu fatických funkcí. Zhmždění mozku (*contusio cerebri*) může mít několik podob. Středně těžké poranění – bývá přítomna afázie, její prognóza je dobrá. Těžký úraz hlavy – bezvědomí po dobu asi šesti hodin a dlouhodobé stavy bezvědomí – apalický syndrom. Vznik chronicky přetrvávajících poruch řečové komunikace na bázi poruch paměti, fatických poruch či motorických řečových poruch zapříčiňují především mozkové zhmždění a krvácivé stavy s tvorbou hematomů (Neubauer, 2007, s. 33).

**Nádory CNS** – záleží na lokalizaci a typu mozkového tumoru. Poruchy funkcí se zde většinou neobjevují náhle jako u cévních onemocnění mozku, ale spíše pozvolna nastupující či skokově progredující komplikace. Z této etiologie často vychází vznik tzv. primárně progresivní afázie (Neubauer, 2007, s. 33).

**Infekce CNS** - především při zánětu mozku (*encefalitidě*) se jedná většinou o akutně probíhající onemocnění. Postihuje nejen mozkovou tkáň, ale současně i mozkové pleny (*meningoencefalitida*). Při komplikovaném průběhu mohou zanechat reziduální chronické postižení i v oblasti řečové komunikace a verbální paměti.

**Degenerativní onemocnění CNS** – mezi ně řadíme *Alzheimerovu nemoc* projevující se postupnou deteriorací kognitivních funkcí a porušením adaptace pacienta na sociální prostředí. Její součástí může být i afázie, která má kolísavý průběh. Během nemoci může docházet k obdobím progrese a regrese příznaků fatické poruchy. Většinou začíná poruchami paměti a končí závažným postižením kognitivních funkcí. *Pickova nemoc* je charakterizována jako rozvoj demence s atrofií mozkových laloků. Příčiny všeobecně nejsou známy, domněnky jsou takové, že degeneraci nejspíše vyvolává metabolická odchylka, která je často podmíněná dědičně.

**Intoxikace mozku** – v poslední době se objevuje větší výskyt poškození mozku v souvislosti s nárůstem požívání drog a vyšší konzumace alkoholu. Objevují se poškození vlivem otravy centrálního nervového systému jedovatými plyny (nejvíce oxidem uhelnatým). Vlivem intoxikace dochází nejen k poruchám komunikace, ale i k deterioraci celé osobnosti člověka.

**Afázie u dětí** – s afázií se můžeme setkat i v dětském věku, ale není častým jevem. Vzniká jako náhlé přerušení a poškození dosud normálně se vyvíjející centrální nervové soustavy. Její příčiny jsou podobné jako u dospělých – úrazy hlavy a mozku, epilepsie, zánětlivá onemocnění mozku, intoxikace mozku, mozkové abscesy, nádorové onemocnění. U dětí nebývá příčinou cévní mozková příhoda (výjimkou jsou cévní malformace – prasklé aneurysma může způsobit krvácení do subarachnoideálního prostoru). Afázie u dětí postihuje vyvíjející se řeč. Objevují se deficity v oblasti porozumění řeči, nalézání vhodných slov, v sluchové krátkodobé paměti. Dítě může komunikovat, porucha se může projevit ve formě školních obtíží. Objevuje se afázie motorická, sensorická, globální (Klenková, 2006, s. 87). Jedná-li se o afázií sensorickou, pak se omezuje rozvoj řeči a hlavně slovně abstraktní myšlení. U takového dítěte se komunikační záměr realizuje pomocí nejrůznějších typů nonverbální komunikace, gest, posunků. Nutno dodat, že komunikaci spíše uplatňuje u vrstevníků, dospělých se spíše straní. Pokud se jedná o sensorickou afázií, i zde si může dítě vedlejšími cestami rozvíjet abstraktní myšlení. U dětské afázie je ale prokázána lepší reverzibilita organismu. Při vhodně zvolené reedukaci je prognóza příznivá. Nezafixované funkce řeči se v některých případech můžou přemístit do druhé mozkové hemisféry. Velmi také záleží na celkové a rozumové vyspělosti dítěte.

## 1.2.2 SYMPTOMATOLOGIE AFÁZIE

Příznaky afázie se projevují v různých kombinacích, množství a kvalitě. Důležitým příznakem je, zda je řeč *fluentní* (plynulá) nebo *nonfluentní*, zda je narušena receptivní či expresivní složka řeči (Klenková, 2006, s. 80). Nejčastějšími specifickými symptomy této poruchy dle Neubauera jsou dysnomie a parafrázie.

**Dysnomie** – obtíže v pojmenování určitého pojmu na základě obtíží ve výběru ze sémantické jazykové sítě, nikoli primárně na základě amnestického syndromu. Nejde o ztrátu paměťové informace, ale o obtíže v jejím vybavování (Neubauer, 2007, s. 53).

**Parafrázie** – náhrady určitého pojmu na základě obtíží a poruch ve vybavování pojmu z jazykového systému. Existují *fonemické parafrázie* – záměny fonémů (dům – dým), a *sémantické parafrázie* – záměny v pojmovém okruhu (židle – stolička). Slovní bezesmyslné tvary či novotvary jsou označovány jako *neologismy*, často však jde spíše o nesrozumitelné záměny – *slovní parafrázie* (Neubauer, 2007, s. 53).

Klenková cituje Čeháčkovou (2006, s. 80), která uvádí nejčastější symptomy afázie, a to:

**Parafázie** – deformace slov různého typu a stupně. Parafázie se dělí na:

- *fonemické* – slovní tvar je deformovaný, ale obsahuje některé správné prvky daného slova, lze tedy rozumět významu. Často se vyskytují pouze záměny fonému (papír – patír, kočka – kečke, dveře – dveřka);
- *žargonové* – těžká slovní deformace, slovo je změněné a nelze porozumět produkované řeči (žduchla – židle);
- *sémantické* – nemůže si vzpomenout na slovo, nahrazuje je významově podobným nebo opíše význam pojmu, například slovo „klíč“ nahradí parafázií (To mám doma, to mám taky doma. To je to, čím se odemyká.)

**Parafrázie** – znamená sníženou schopnost až nemožnost větného vyjádření. Je charakteristická pro expresivní typ afázie. (místo věty Budu muset odejít – řekne Já tam.)

**Perseverace** – afatik ulpívá na předchozím podnětu i při dalších odpovědích, kdy daný podnět už nepůsobí. Např. nejprve při pojmenování měsíců v roce, potom při pojmenování částí těla je afatik označuje jako měsíce.

**Logorhea** – projevuje se jako překotná mluva se sníženou srozumitelností pro častý výskyt žargonových parafázií. Většinou se vyskytuje u afázií percepčního typu.

**Anomie** – porucha pojmenování. Afatik není schopen označit určitý předmět adekvátním slovem. Bývá součástí amnestické afázie.

**Neologismy** – afatik tvoří slova, která jsou gramaticky chybně, zaměňuje hlásky, slabiky, slova jsou nesrozumitelná, vznikají nesmyslná sdělení.

**Poruchy rozumění** – někdy nejsou patrné při prvním kontaktu s afatikem. Často vykoná příkaz správně, i když se u něho vyskytují poruchy porozumění, neboť vyrozumí, pochopí

na základě dané situace. Vykoná jednoduchou výzvu správně, ale složitější příkaz neprovede, protože mu nerozumí nebo si ho nezapamatuje.

### **Symptomy vyskytující se při poruchách kortikálních funkcí:**

**Agrafie** je ztráta schopnosti psát i přes zachovanou motorickou funkci ruky. Nemocný může mít potíže s vybavováním a následnou realizací písmen a čísel. Afázie a s ní spojená agrafie vznikají při lézi dominantní hemisféry (ve většině případů levé), a proto mnoho nemocných má poruchu dominantní ruky (pravé). Agrafie totální – úplná ztráta schopnosti psát. Agrafie disociovaná – charakteristický je zánik jen některých výkonů psané řeči, jiné mohou zůstat neporušené (např. u sensorické afázie může být porušeno psaní pouze diktátů, ale schopnost spontánního psaní je zachována). Agrafie amnestická – jedná se o poruchu nebo ztrátu vybavování písmen či slov (nemocný při psaní slov vynechává písmena). Paragrafie je chybná záměna slabik, jejímž následkem je deformace slov. Grafická perseverace je opakování, ulpívání u téhož grafického znaku, nemocný užívá spojení písmen, která nedávají smysl, nebo komolí zkratky svého jména apod. Agrafie konstrukční je neschopnost napsat, nakreslit přímkou nebo křivku a zvolit správný směr, nebo jej změnit.

**Alexie** je totální nebo částečně vyjádřená ztráta schopnosti číst nebo rozumět psané řeči.

**Agnozie** je dle Neubauera (1997) ztráta nebo porucha poznávání objektivní reality. Agnozie optická – ztráta nebo porucha schopnosti pojmenovat předměty, obličeje, barvy a děje vnímané zrakem a to při zachovaném optickém vnímání. Nemocný pozná skutečnost objektivní reality jinými smysly. (Např. klíče nepozná zrakem, ale podle sluchového vjemu). Může být mnoho druhů agnozie – agnozie předmětů, objektů, nebo agnozie barev a např. prosopagnozie je ztráta schopnosti poznávat obličeje členů rodiny, známých osob. Agnozie akustická, auditivní – je porucha poznávání složitých akustických vjemů při alespoň částečně zachovaném sluchovém vnímání.

**Apraxie** je ztráta nebo porucha schopnosti provádět nacvičené pohybové výkony nebo napodobovat pohyby, které předvádí druhá osoba.

### 1.2.3 KLASIFIKACE AFÁZIE

Názorová nejednotnost v definování afázie se promítá i do roviny jejího třídění. Afázii klasifikují afaziologové dle různých medicínských, psychologických, lingvistických hledisek. Dodnes dominuje tzv. klasická typologie afázií, jejíž základy položili ještě v 19. století Broca a Wernicke. V logopedické praxi je časté užití nejelementárnějšího dělení, tj. dělení afázií na senzoryckou (receptivní, Wernickeho), motorickou (expresivní, Brocova) totální (globální).

V současné době je nejrozšířenější Bostonská klasifikace. Bostonská klasifikace se opírá o hodnocení spontánního projevu a jeho plynulosti, nebo neplynulosti. Dalším významným kritériem je opakování mluvené řeči, hodnotí se pojmenování viděného a rozumění mluvenému a vyšetřuje se grafie. V Bostonské klasifikaci převládá lingvistický aspekt, nevyšetřuje se gnozie, praxie, pravo-levá orientace, orientace v prostoru apod. Bostonská klasifikace akceptuje lokalizaci dané mozkové léze viz obr. č. 14:

| Nejčastěji uváděná topografie místa poškození mozkové kůry u jednotlivých typů afázie |  |
|---|--|
| Typ afázie  | Místo poškození mozkové kůry   |
| Brocova (motorická) afázie  | frontálně vlevo, tzv. Brocova oblast – Brodmanova area 44–45 a její okolí  |
| Wernickeova (percepční) afázie  | temporálně vlevo, tzv. Wernickeova oblast – Brodmanova area 22 a její okolí  |
| globální afázie (smíšená transkortikální afázie)                                      | okolí Sylviovy rýhy, rozsáhlé léze s frontálním i temporálním ložiskem, rozsáhlé léze v povodí levé arteria cerebri či carotis interna |
| kondukční afázie  | gyrus supramarginalis, sluchová kůra vlevo   |
| transkortikální motorická afázie  | okolí Brocovy oblasti či její část směrem k motorické oblasti mozkové kůry   |
| transkortikální senzorycká afázie   | okolí Wernickeovy oblasti, léze zadních částí spánkového laloku zasahující do týlního laloku   |
| anomická afázie   | dříve bylo udáváno temporo-parieto-okcipitální rozhraní, dnes není lokalizační hodnota tohoto typu afázie uznávána                     |

Obrázek 14 - Místa poškození mozkové kůry u jednotlivých typů afázie (Neubauer, 2007, s. 54)

Bostonská klasifikace zahrnuje tyto typy afázií:

**Brocova (motorická) afázie** – dominantní je porucha v plynulosti a v expresivní složce řeči. Objevuje se narušení řečové produkce s relativně dobře zachovaným porozuměním. Postižený mluví málo, se značným úsilím, ale s jasným komunikačním záměrem a sdělením informace. Jsou přítomné fonemické parafrázie a agramatismy. Opakování a pojmenování je postiženo, někdy s lepším výkonem než u spontánní řeči. Neplynulost řeči způsobuje také to, že pacienti mají potíže při vyhledávání slova z mentálního slovníku. Alexie a agrafie se u pacientů s Brocovou afázií vyskytují velmi často. V průběhu vývoje příznaků postižení často přechází do transkortikální, kondukční nebo anomické afázie.

**Wernickeova (senzorická) afázie** – u pacientů bývá dominantní špatné rozumění, pojmenování a opakování, verbální parafrázie, neuvědomění vlastní poruchy řeči, dobrá fluence (plynulost) řečového projevu. Někteří produkují množství neologických výrazů a parafrází s výrazně akcelеровaným projevem. To vytváří dojem inkoherentní, nepřiléhavé mluvy a obtíže těchto osob bývají také někdy mylně diagnostikovány jako psychiatrické onemocnění (zmatenost při demenci a deliriu, logorhea při psychotické atace), zvláště pokud si pacienti svou poruchu neuvědomují. Obsah informace v řečové produkci je nízký, protože se v řeči často vyskytují tzv. prázdná slova (jakoby to, no teda). Při snaze o zopakování i krátké věty pacienti nahrazují některá slova jinými. Lexie pacientů s Wernickeho afázií je výrazně narušena.

**Globální (totální) afázie** – velmi těžká porucha s postižením všech fatických funkcí. Plynulost projevu je špatná, pacient není schopen sdělit jakoukoli obsahovou informaci, porozumění verbálnímu projevu je významně narušeno. Slovní produkce je zcela znemožněna či omezena na opakování jedné slovní trosky, stereotypních spojení, často expresivních nadávek. Stav může přetrvávat nebo se upravovat do obrazu motorické afázie (Neubauer, 2007, s. 55). Při komunikaci se nemohou opřít o téměř žádnou efektivní strategii, často selhává i snaha o dorozumívání se kresbou či psaním.

**Kondukční (centrální) afázie** – vyznačuje se špatným opakováním a fonemickými parafrázemi, ale relativně dobrou úrovní plynulosti a porozumění verbálnímu projevu. Pacienti si jsou vědomi svého deficitu do té míry, nakolik je jejich sluchová zpětná vazba

intaktní. Tento typ afázie má dobrou prognózu, úprava může být kompletní nebo přetrvávají anomická rezidua.

**Transkortikální sensorická afázie** – osoba má fluentní řečový projev s dobrým opakováním, ale porušeným rozuměním. Komunikační hodnota je nízká kvůli množství parafrází, někdy až nesrozumitelné řeči (žargon). Pacienti jsou schopni reprodukovat občas i delší věty, aniž by rozuměli jejich významu. Prognóza vývoje příznaků bývá dobrá, často se zcela upravují nebo přecházejí v anomické potíže.

**Transkortikální motorická afázie** – poruchy řečové iniciace způsobují, že osoba velmi málo spontánně hovoří, řeč je chudá s máloslovnými odpověďmi na otázky, často chybí přísudek. Opakování se daří na úrovni slov a krátkých víceslovných obrátů, rozumění je relativně dobře zachováno. Spontánní řečová produkce je minimální, v řeči pacientů se často vyskytují slova, která zazněla v otázce komunikačního partnera, což dává řeči echolalický charakter.

**Transkortikální smíšená afázie** – tato porucha bývá také nazývaná syndrom izolace řečových zón. Její klinický obraz je podobný globální afázií s výjimkou reprodukce slov či frází. Je charakterizovaná nonfluentním projevem s řečovými stereotypy, těžce porušeným rozuměním a zachovaným opakováním slov.

**Anomická amnestická afázie** – postižený má plynulou mluvu, která je přerušována tzv. anomickými pauzami. Nejvýraznějším příznakem je porucha vyhledávání slov v mentálním slovníku, u pojmenování předmětů a činností. Rozumění a pojmenování bývá dobré. Tento lingvistický fenomén je častý u všech typů afázie a často se vyskytuje jako reziduum po některých předchozím typu afázie.

(Neubauer, 2007, s. 54–56. Cséfalvay, 2007, s. 18–24)

## 1.2.4 DIAGNOSTIKA AFÁZIE

Pro plánování terapie pacienta s afázií je vyšetření klíčovým úkolem. Je k dispozici řada diagnostických postupů (metodik, testů), pomocí nichž může logoped zmapovat všechny aspekty afázie. Detailní mapování klinického obrazu pomáhá popsat předpokládaný deficit a vnitřní mechanismus poruchy. Při diagnostice afázie můžeme sledovat různé cíle:



- Zhodnotit, je-li anebo není-li v klinickém obraze přítomna afázie (screening afázie), diagnostikovat afázii v akutním stadiu onemocnění,
- určit typ a stupeň afázie, zjistit mechanismus narušení (kvantitativně a kvalitativně orientované testy afázie),
- zmapovat úroveň každodenní komunikace pacienta při existujícím narušení (diagnostikovat tzv. funkční komunikaci pacientů s afázií),
- analyzovat některé specifické symptomy afázie (pojmenování podstatných jmen a sloves) nebo vyšetřit specifickou populaci (bilingvní pacienti).

(Cséfalvay, 2007, s. 34)

Orientační vyšetření afázie mohou realizovat lékaři (nejčastěji neurologové), detailní a komplexní vyšetření afázie patří do kompetence klinického logopeda. Diagnostikování řeči afatika se má soustředit na vyšetření a hodnocení spontánní řeči, porozumění řeči, opakování a pojmenování. Hodnocení je komplexní tehdy, neomezí-li se pouze na mluvenou řeč, ale zahrne-li také psanou formu řeči.

V akutním stadiu onemocnění je cílem diagnostiky v krátké době zmapovat charakter a míru afázie. Stupeň afázie je v prvních dnech nezřídka velmi těžký, mnozí pacienti nejsou schopni při vyšetření spolupracovat déle, často jen několik minut. Ve většině existujících testů pro akutní afázii se hodnotí spontánní řečová produkce pacienta a jeho schopnost porozumět mluvené řeči. Mezi nejznámější screeningové testy afázie, které se používají především ve vyspělých státech Evropy a v Severní Americe, patří např. *Frenchay Aphasia Screening Test* – FAST (Enderby a kol., 1987), *Bedside Evaluation Screening Test* – BEST-2 (West a kol., 1998), *Sklar Aphasia Scale (Revised)* – SAS (Sklar, 1983). Standardizovaným testem zhodnocení afázie je *Aphasia Schnell Test* – AST (Kroker, 2006). K rychlé diagnostice v akutním stadiu poruch fatických funkcí je test *Mississippi Aphasia Screening Test* – MAST (Nakase – Tompson, 2004). Dva screeningové testy byly adaptovány také na naše podmínky. Slovenskou pracovní adaptaci AST (Cséfalvay, 2006). V České republice je používána experimentální verze *Aphasia Scening Test* (Preiss a kol., 1999).

U pacientů v subakutním a v chronickém stadiu onemocnění je možné použít komplexnější diagnostické testy afázie. Klinický obraz afázie se víceméně ustálí a pacienti jsou již schopni spolupracovat déle. Nejpoužívanějšími diagnostickými postupy jsou standardizované testové baterie afázie, v nichž se kromě afázie hodnotí nejen lexie a grafie, ale také praxie i kalkule. Jsou to např. MTDDA (*Minnesota Test for Differential Diagnosis of Aphasia*), PICA (*Porch*

*Index of Communication Ability*), BDAE (*Boston Diagnostic Aphasia Examination*), WAB (*Western Aphasia Battery*), AAT (*Achener Aphasia Test*). U nás se setkáváme s modifikacemi *Token testu*, který slouží ke kvantifikaci poruch receptivní složky řeči (porozumění řeči) a krátkodobé paměti afatiků.

| Název testu, autor/autoři  | Charakteristika  |
|--|--|
| <b>Western Aphasia Battery – WAB</b> (Kertesz, 1982)   | Komplexní testová baterie afázie. Hodnotí se mluvená řeč (produkce a porozumění řeči, souhrnem je kvocient afázie – AQ), psaná řeč (čtení a psaní, souhrnem je kvocient jazykového narušení – LQ), praxie, konstrukční, vizuoprostorové a kalkulační schopnosti (souhrnem je CQ-kvocient kortikálního narušení). |
| <b>Lurijovo neuropsychologické vyšetření</b> (Christensenová; česká verze 1977)                              | Kvalitativní vyšetření jazykových schopností (impresivní a expresivní řeč, lexie, grafie), gnózie, praxie, kalkulie, mnestické a intelektové funkce. Identifikuje se patologický mechanismus poruchy, který stojí v pozadí rozpadu různých funkcí.   |
| <b>Psycholinguistic Assessment of Language Processing in Aphasia – PALPA</b> (Kay, Lesser a Coltheart, 1992) | Kvalitativní vyšetření afázie, alexie a agrafie vycházející z kognitivně-neuropsychologické koncepce jazykových procesů. Zjišťují se intaktní a narušené moduly v rámci modelu jazykových procesů (60 subtestů, lingvisticky kontrolovatelné položky, např. délka a frekvence slov).                             |
| <b>Conversation Analysis Profile of People with Aphasia – CAPP</b> (Withworth, Perkins a Lesser, 1997)       | Vyšetření vycházející z teorie konverzační analýzy. Kromě analýzy transkriptu desetiminutové konverzace pacienta s afázií a jeho konverzačního partnera se realizuje i interview zaměřené na zjištění premorbidního a současného interakčního stylu a konverzačních příležitostí.                                |
| <b>Communicative Activities in Daily Living – CADL-2</b> (Holland, Frattali a Fromm, 1999)                   | Standardizovaný test mapující komunikační schopnost pacientů s mozkovým poškozením v každodenních životních situacích. Hodnocení funkční komunikace umožňuje i kvantifikaci výkonů.  |
| <b>Vyšetření fatických funkcí – VFF</b> (Cséfalvai, Košťálová a Klimešová, 2003)                             | Komplexní vyšetření afázie, alexie a agrafie vycházející ze specifik českého jazyka, opírající se o kognitivně-neuropsychologickou teorii (na úrovni slov). Vyšetření je doplněno o hodnocení produkce a porozumění komplexnějším celkům (věty, souvislý text). Některé subtesty umožňují kvantifikaci výkonů.   |
| <b>Vyšetření získaných neurogenních poruch řečové komunikace – VZNPŘK</b> (Neubauer, 2007)                   | Vyšetření fatických funkcí, lexie, grafie, kalkulie, praxie horní končetiny a orální praxie, motorických poruch řeči, kognitivně-komunikačních poruch. Vyšetření slouží k diferenciaci diagnostice neurogenních poruch komunikace, odhalení koexistujících poruch.   |

Obrázek 15 - *Charakteristika komplexních testů afázie* (Cséfalvai, 2007, s. 38)

## 1.2.5 TERAPIE AFÁZIE

Terapie afázie je velmi individuální záležitost. Pacienti s afázií vyžadují vhodně zvolenou a komplexní terapii, sestávající z lékařské, fyzioterapeutické, psychologické i logopedické terapie. Léčba by měla zahrnovat somatickou, kognitivní a sociální rehabilitaci, na které se podílí celý multidisciplinární tým - neurochirurg, neurolog, klinický logoped, fyzioterapeut, klinický psycholog, sociální pracovník a v neposlední řadě zdravotní sestry a ošetřovatelky.

Velmi důležité je začít s terapií co nejdříve. Terapie se dělí z více hledisek na terapii akutní a chronickou, dále na terapii individuální a skupinovou. Skupinová terapie je velmi důležitou součástí, kde individuálně získané dovednosti lze ve skupině zautomatizovat, a zařadit je tak do spontánního řečového projevu. Je důležitá taktéž z hlediska motivace k lepšímu řečovému projevu. Dříve byl kladen důraz především na postižení samotné jako na nemoc, kterou je nutno co nejrychleji a nejefektivněji odstranit (řečový deficit, dezintegrace psychických sfér), dnes jsou akcentovány i psychosociální rozměry afázie. Jedná se především o zhodnocení kvality života osoby s afázií a možností jejího pozitivního ovlivnění (Klenková, 2006, s. 85).

Dělení terapie podle tzv. IDH klasifikace Světové zdravotnické organizace (WHO). Dle této IDH klasifikace (I – impairment, angl. poškození, narušení; D – disability, angl. narušená schopnost; H – handicap, angl. postižení) se může terapie rozdělit do tří rovin:

- Terapie, která je zaměřena na obnovení narušené funkce, soustředění se na určité izolované funkce, např. pojmenování, čtení, psaní, porozumění řeči. Takovým přístupem je kupříkladu kognitivně – neuropsychologický přístup k terapii afázie, alexie, agrafie.
- Terapie zaměřená na narušenou komunikační schopnost, postupy jsou orientovány více komplexněji. Předmětem je podpoření kompenzačních mechanismů, navzdory tomu, že některé izolované funkce zůstanou narušeny. Příkladem může být používání kresby jako komunikačního nástroje, trénink konverzace osoby s afázií a jeho partnerem, trénink multimodální komunikace (mluvená řeč doplněná a podpořená psaním, gesty, kresbou atd.).
- Terapie zaměřená na maximální zmírnění psychosociálních důsledků afázie a sociální izolace. Příkladem může být skupinová terapie. Je důležité afatika co nejdříve zařadit do fungování společnosti, poskytnout mu adekvátní možnost komunikace a učinit ho soběstačným.

(Cséfalvay, 2007, s. 54)

Úspěšnost dlouhodobého terapeutického procesu je výrazně ovlivněna motivací a snahou pacienta, podporou rodiny a osob pečujících o něj. Také v odpovídajícím přístupu k pacientovi a vhodném způsobu dorozumívání, eventuálně zavedení náhradní formy komunikace blíže viz kapitola 1.1.6 Augmentativní a alternativní způsoby komunikace. Všeobecně platí, že každý řečově postižený pacient by měl mít okolo sebe stimulující prostředí vybízející ke komunikaci, které ovšem respektuje zdravotní stav a celkové rozpoložení pacienta. Je důležité, abychom takto postiženého člověka neizolovali od okolí. Tito lidé jsou výrazně

omezení ve svých společenských aktivitách, mnohé z toho je dáno netolerantním přístupem zdravé populace.

V počátku terapie je nezbytné navázat s pacientem kladný a produktivní vztah. Pečující osoby by měly pozitivně reagovat i na sebemenší snahu pacienta a podpořit jeho pozitivní myšlení. Velmi důležitým faktorem je i modifikovaný přístup ošetřujícího lékaře, logopeda, psychologa a dalších členů ošetřujícího personálu. Nevhodné jednání, bez úcty k jedinečnosti člověka, bez vhodného projevu empatie je pro afatika velmi traumatizující, naopak empatický přístup může být pro něho určitou „*hnací silou*“.

## **2 EMPIRICKÁ ČÁST**

## 2.1 CÍLE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Pro zpracování empirické části bakalářské práce jsem si stanovila pět cílů a k tomu odpovídající pracovní hypotézy.

### **CÍL 1: Zjistit úroveň vzdělání zdravotnického personálu v oblasti komunikace**

Hypotéza 1: Předpokládám, že více jak 50 % zdravotníků je alespoň minimálně vzdělaná v oblasti komunikace s pacientem.

Hypotéza 2: Předpokládám, že alespoň 25% respondentů považuje vzdělání v komunikaci s pacientem za dostatečné.

Hypotéza 3: Předpokládám, že minimálně 25 % respondentů bude uvádět nedostatek teoretických, či praktických dovedností v oblasti komunikace s pacientem.

Hypotéza 4: Předpokládám, že délka praxe pozitivně ovlivní nedostatky v komunikaci s pacientem.

### **CÍL 2: Zjistit úroveň komunikace zdravotníků s pacientem se smyslovou poruchou**

Hypotéza 5: Předpokládám, že více jak polovina (tj. více než 50%) respondentů se za dobu své praxe setkala s pacientem se smyslovou poruchou.

Hypotéza 6: Předpokládám, že maximálně pro 25% respondentů bude komunikace s pacientem se smyslovou poruchou obtížná.

Hypotéza 7: Předpokládám, že alespoň 75% zdravotníků uvede, že na svém oddělení mají potřebné pomůcky ke komunikaci s pacientem se smyslovou poruchou.

### **CÍL 3: Zjistit úroveň komunikace zdravotníků s pacientem s afázií.**

Hypotéza 8: Předpokládám, že více jak polovina (tj. více jak 50%) respondentů se setkala pacientem s afázií a tuto komunikaci zvládla.

### **CÍL 4: Zjistit zda-li jsou vybraná oddělení schopna zajistit afatikům komplexní péči v oblasti komunikace.**

Hypotéza 9: Předpokládám, že alespoň 50% oslovených respondentů uvede, že mají na svém oddělení postupy a pomůcky usnadňující komunikaci s afatikem a tyto pomůcky využívají.

Hypotéza 10: Předpokládám, že méně jak polovina (tj. méně jak 50%) respondentů by uměla pacientovi nebo jeho příbuzným doporučit další postup kompenzace a léčby afázie

Hypotéza 11: Předpokládám, že 50% oslovených respondentů uvede, že jejich oddělení spolupracuje s klinickým logopedem u zjištění afázie.

**CÍL 5: Vytvořit edukační materiál pro zdravotnické pracovníky v přístupu a komunikaci s pacientem s afázií.**

## **2.2 METODA VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ**

Pracovala jsem metodou triangulace, tj. kvalitativní a kvantitativní výzkum. Formu kvalitativního výzkumu jsem zvolila kazuistiku u pacienta postiženého afázií navíc s poúrazovou poruchou sluchu. Jako základní nástroj kvantitativního výzkumu, pomocí kterého jsem získávala a shromažďovala informace ke zkoumanému tématu, jsem zvolila anonymní dotazník, který jsem sestavila sama po prostudování příslušné problematiky. Dotazník vychází především z mého kvalitativního výzkumu – kazuistiky. Téma je zpracováno na základě informací z odborné literatury a dat získaných z vyplněných dotazníků. Získaná data jsou zpracována ve formě tabulek s absolutní a relativní četností z celkového statistického souboru, doplněné grafy. Při zpracování celé práce jsem respektovala zákon č. 101/2000 sb., který upravuje ochranu osobních údajů.

Dotazník obsahuje 28 položek, přičemž jsem zvolila otázky uzavřené dichotomické a polytomické. Polytomické otázky jsou s výběrem jedné alternativy odpovědi i s výběrem několika alternativ odpovědí. Otázky č. 1 – 5 jsou informativní, ke zjištění demografických skutečností. Otázky č. 6 – 27 se zaměřují na konkrétní zkoumanou problematiku a otázka č. 28 je polootevřená, doplňujícího charakteru. Plné znění dotazníku viz příloha č. 2 str. 108.

## **2.3 VÝZKUMNÝ VZOREK**

Analytickou jednotkou kvalitativního výzkumu byl dospělý pacient, který v roce 2004 utrpěl vážný úraz mozku. Následkem tohoto úrazu je postižen afázií s kombinací získané poruchy sluchu. V poúrazovém období hospitalizován v nemocnici v České Lípě.

Zkoumaným vzorkem kvantitativního výzkumu byli zdravotníci, kteří pracují na vybraných odděleních nemocnice v České Lípě viz níže. Jednalo se o zdravotníky různého

věku, vzdělání i pracovního zařazení. Jediné kritérium bylo, ochota vyplnit dotazník. Výzkum probíhal v nemocnici s poliklinikou (dále jen NsP) v České Lípě na třech odděleních chirurgie, včetně jednotky intenzivní péče. Na neurologickém oddělení, včetně jednotky intenzivní péče a na třech odděleních následné péče dlouhodobě nemocných. Oddělení byla vybrána záměrně, z důvodu větší pravděpodobnosti hospitalizací dospělých pacientů s afázií a zdravotníci se na výše uvedených odděleních při své práci setkávají s afatickými pacienty.

## **2.4 REALIZACE VÝZKUMU**

Kazuistiku jsem vytvořila studiem lékařských zpráv pacienta, rozhovorem s pacientem a jeho rodinou.

U kvantitativního výzkumu jsem provedla předvýzkum na malé skupině zdravotníků a následně přeformulovala některé položky v dotazníku tak, aby byly otázky i odpovědi srozumitelné a jednoznačné. Dne 6.10. 2009 jsem požádala hlavní sestru NsP Česká Lípa o povolení k distribuci dotazníků, této žádosti bylo následně vyhověno, viz příloha 4. str. Samotné výzkumné šetření pomocí dotazníků proběhlo v době od 2.11. 2009 do 30.11. 2009. Na výše jmenovaná oddělení jsem celkem rozdala 100 dotazníků, vybráno zpět bylo 68 dotazníků. Návratnost tedy je 68%. Z vybraných 68 dotazníků, jsem vyřadila 16 nesprávně vyplněných nebo nevyplněných ve všech bodech. Celkový počet použitelných dotazníků k mému šetření bylo tedy 52. Toto množství bylo při zpracování bráno za 100% vzorek.

## **2.5 PŘÍPADOVÁ STUDIE - KAZUISTIKA**

Pan Lukáš R., narozen 1978, svobodný, bezdětný, vyučen, pravák.

RA: bezvýznamná

OA: vážněji nestonal, prodělal běžná onemocnění, 1x zlomenina klíční kosti vlevo, léčeno konzervativně. Nekuřák.

25. 5. 2003 byl sražen osobním automobilem, utrpěl těžké kraniocerebrální poranění. Hospitalizován na ARO Česká Lípa, poté přeložen do Masarykovy nemocnice v Ústí nad Labem a na žádost rodiny převezen do ÚVN Praha Střešovice. Pacient utrpěl mnohočetné zlomeniny kostí lebky, lebeční spodiny a obou čelistí. Ložiskové poškození mozku v oblasti spánkového laloku vlevo, subdurální hematom temporálně vlevo s nutností intervence



neurochirurga a evakuace hematomu. Traumatický difusní edém mozku s nutností provedení dekompresivní kraniotomie. Klinicky vedlo poškození mozku k sedmitýdennímu stavu bezvědomí, s potřebou přechodné tracheostomie k umělé plicní ventilaci a perkutánní gastrostomie. Opakovaně rozvoj septického stavu, 17. 6. 2003 zahájena hyperbarická oxygenoterapie, celkem 9 expozií.

V následujícím období byl nemocný postupně převeden na spontánní ventilaci, v neurologickém obraze přetrvával psychomotorický neklid, pravostranná hemiparéza, zrakem fixoval, adekvátní kontakt byl však nenavoditelný. Intenzivně rehabilitoval, posazován do křesla.

Po domluvě přeložen na ARO NsP Česká Lípa a poté na chirurgické oddělení tamtéž. Zde byl pan Lukáš R., hospitalizován k doléčení a intenzivní rehabilitaci, od 30. 7. 2003 do 1.9. 2003. Z neurologické zprávy z 31. 7. 2003 – neurologicky nyní vigilní stav, centrálně středně těžká pravostranná hemiparéza s rozvinutou spasticitou, rozvoj flekčních kontraktur. Další vývoj těžko odhadnout.

Pacient byl na jednolůžkovém pokoji, bez stálého dohledu zdravotníků, čili převážnou část dne bez jakýchkoli vnějších stimulů. Pro pacientovu bezpečnost, dle rodiny i pro nedostatek času a zájmu zdravotníků, zajištěn kurty. Pro poskytnutí maximální péče si rodina pana Lukáše R zajistila možnost 24 hodinových návštěv u lůžka nemocného. Snahou rodinných příslušníků a fyzioterapeutů, nastalo zlepšení stavu pacienta, ale ani po dekanylaci tracheostomie nedošlo k navození spontánní mluvy. Logopedem byla diagnostikována těžká kombinovaná afázie s doporučením logopedické péče.

Pan Lukáš R. byl propuštěn do domácího ošetřování 1.9.2003, kde pokračoval v intenzivní rehabilitaci, pomocí rodiny a agentury domácí péče. Byla mu zajištěna soukromá logopedická péče a zároveň pravidelně navštěvoval klinického logopeda. Logoped po vstupním vyšetření diagnostikoval těžkou motorickou afázi s projevy těžké řečové dyspraxie a mírnou dyspraxií mluvidel. *Individuální logopedická terapie* byla zaměřena především na zlepšení artikulace, porozumění, cílené pojmenování, opis či napsání slov a později ke zvýšení úspěšnosti komunikace s okolím, mluvě, čtení a psaní. K reedukaci využívá logoped, mimo jiné, také počítačový výukový program Mentio ke stimulaci zpětné zvukové vazby a pro rozvoj větného vyjádření. Program Mentio, rodina pacienta pořídila domů, pro každodenní procvičování.

S postupem času bylo u pacienta zjištěno i těžké postižení sluchu, dle audio vyšetření se jedná o sensorineurální postižení s centrální složkou a prodlouženým vedením kmenem. Toto sluchové postižení, i když částečně kompenzováno naslouchadly, výrazně limituje reedukaci řeči.

V domácím prostředí, kde má pacient dobré zázemí, se původně velmi těžký neurologický deficit pozvolna regreduje, přetrvává ale nadále významnou měrou postižení řeči, méně v sensorické složce, výrazněji v expresivní složce. Během domácí péče bylo dosaženo celkového zlepšení ve všech oblastech. Již od prvních měsíců po návratu z nemocnice pacient zvládl základní hygienické návyky, samostatně docházel na toaletu, čistil si zuby, holil se, samostatně se oblékal, bez problémů se obsluhoval a najedl levou rukou. Nynější stav pacienta, je takový, že zvládá běžné denní činnosti sebeobsluhy, v rámci rodiny komunikuje jednoduchými větami a snaží se aktivně zapojit do komunikace i mimo domov. Je v dobré psychické kondici, zajímá se o dění kolem sebe, začleňuje se do aktivního života.

Z logopedického vyšetření v r. 2009: přetrvávající středně závažná motorická afázie s koexistující těžkou nedoslýchavostí, kompenzovanou binaurálními závěsnými sluchadly. Mluví v krátkých obratech s frekventovanými dysgramatismy a obtížným překonáváním řečové dyspraxie. Mluvní projev zpomalují četné autokorekce při překonávání projevů řečové dyspraxie v počátcích slov a autokorekce dysgramatismů. Tyto projevy jsou ovšem z hlediska další prognózy spíše nadějně a dokazují zlepšení úrovně sebekontroly vlastního řečového projevu.

Pan Lukáš R. byl od úrazu roku 2003 opakovaně hospitalizován v nemocnici v České Lípě, hospitalizace proběhla vždy s doprovodem rodinného příslušníka, neboť afázie byla nepřekonatelnou bariérou v komunikaci se zdravotníky. Pacient díky svému kombinovanému postižení řeči a sluchu nerozuměl pokynům, výzvám a informacím zdravotníků. Zdravotníci na druhou stranu nepřizpůsobili komunikaci pacientovi se specifickou potřebou, nevyužili žádnou pomůcku usnadňující komunikaci s těmito pacienty. Největší chybou, dle pana Lukáše R. a jeho rodiny, byla rychlost mluvy, užívání odborných termínů, neochota věnovat delší čas pacientovi s afázií. Pro něho bylo nejvíce traumatizující to, že zdravotníci ve snaze lepší srozumitelnosti, nepřiměřeně zvyšovali hlas, což pacient chápal jako slovní útok na jeho osobu a potřebnému stejně nerozuměl, výzvě nevyhověl a mylně byl pokládán za mentálně postiženého. Nakonec vždy skončila komunikace prostřednictvím doprovodu, rodinného příslušníka pana Lukáše R.

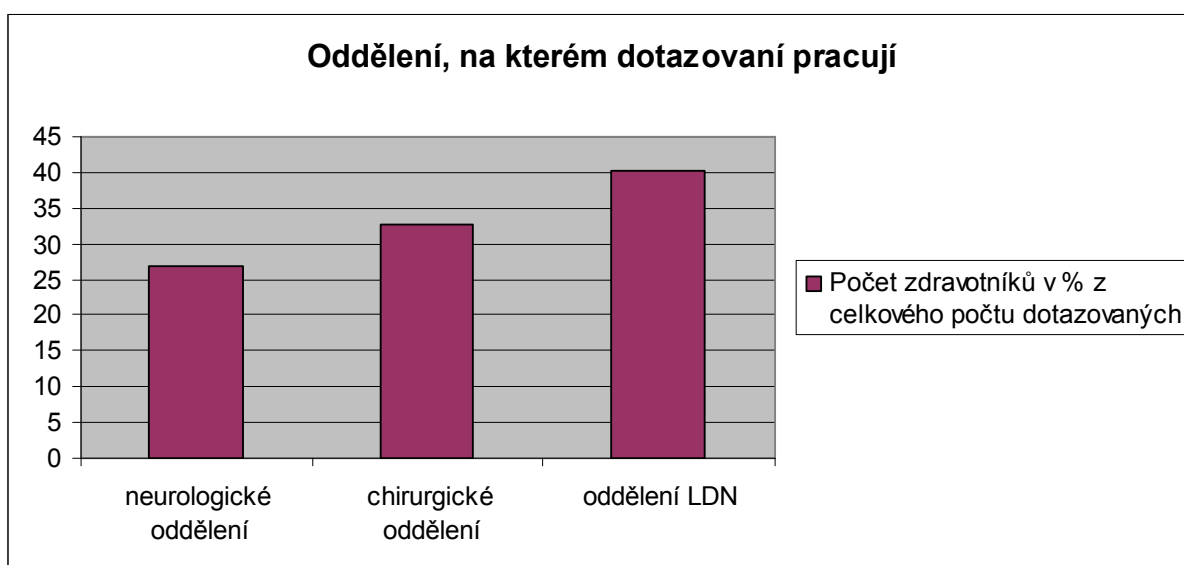
Bylo by dobré, kdyby si zdravotníci uvědomili tyto, pro pacienta, traumatizující situace a profesionálním přístupem, alespoň minimálně potlačili komunikační bariéry s afatikem.

## 2.6 ANALÝZA VÝSLEDKŮ KVANTITATIVNÍHO VÝZKUMU

### 1. Oddělení, na kterém dotazovaní pracují:

tabulka 1 - Oddělení, na kterém dotazovaní pracují

| Oddělení:             | Počet zdravotníků | Počet zdravotníků v % z celkového počtu dotazovaných |
|-----------------------|-------------------|--|
| neurologické oddělení | 14                | 27   |
| chirurgické oddělení  | 17                | 33   |
| oddělení LDN          | 21                | 40   |
| celkem                | 52                | 100  |



graf 1 - Oddělení, na kterém dotazovaní pracují v %

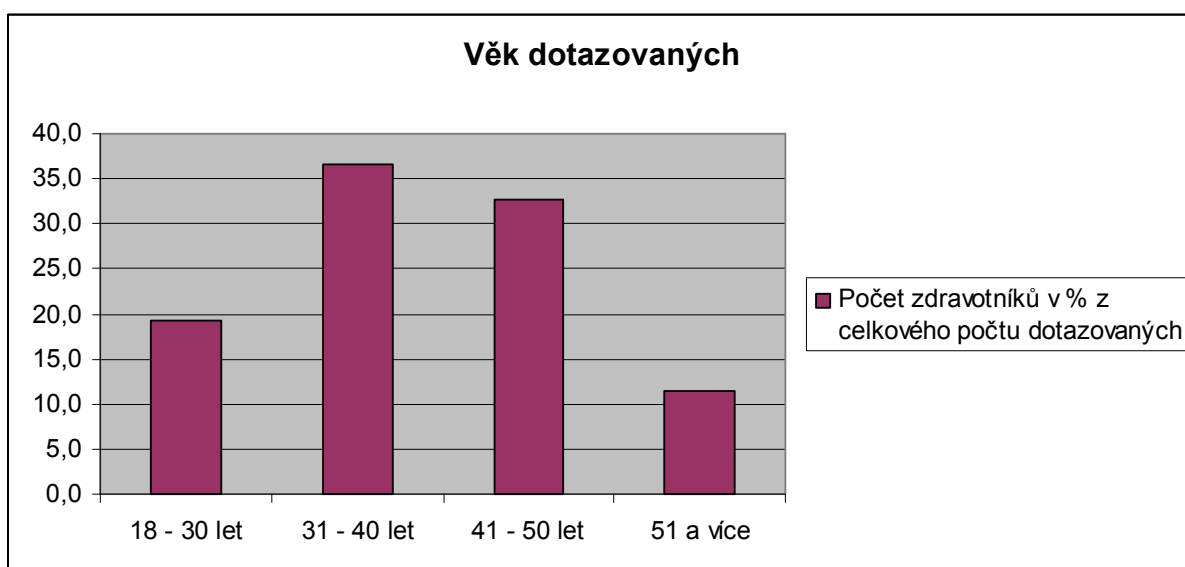
#### Komentář:

Šetřením jsem zjistila, že z celkového počtu 52 dotazovaných 14 zdravotníků, čili 27% pracuje na oddělení neurologie, 17 zdravotníků, čili 33% na oddělení chirurgie a 21 zdravotníků, čili 40% na oddělení dlouhodobě nemocných (dále jen LDN).

## 2. Věk respondentů:

tabulka 2 - Věk dotazovaných

| Věk           | Počet zdravotníků | Počet zdravotníků v % z celkového počtu dotazovaných |
|---------------|-------------------|--|
| 18 - 30 let   | 10                | 19,2   |
| 31 - 40 let   | 19                | 36,5   |
| 41 - 50 let   | 17                | 32,7   |
| 51 a více     | 6                 | 11,5   |
| <b>celkem</b> | <b>52</b>         | <b>100</b>   |



graf 2 - Věk dotazovaných v %

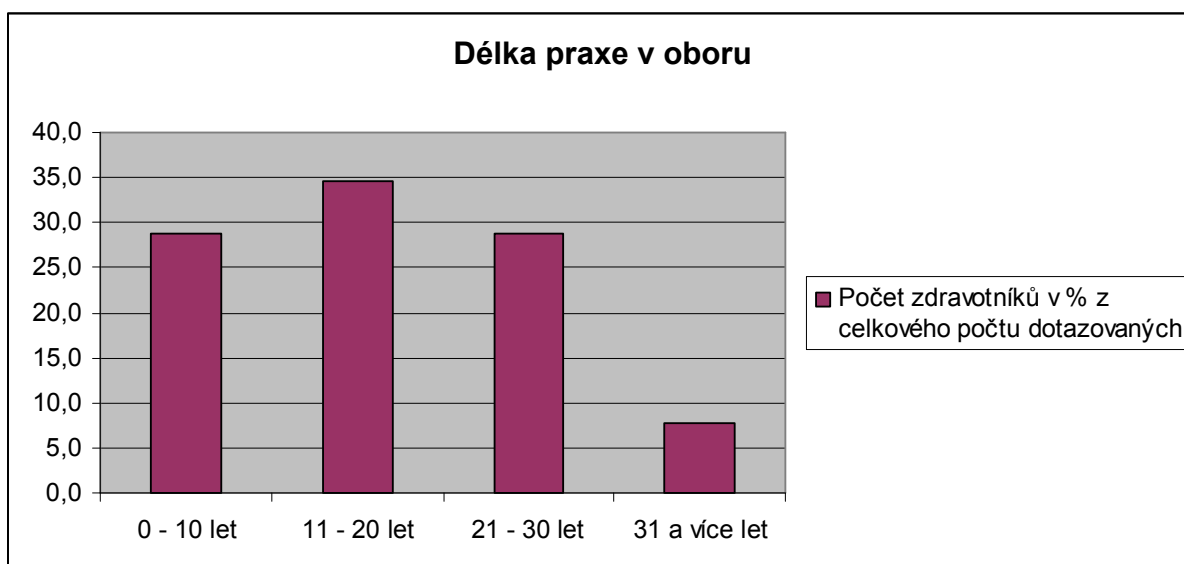
### Komentář:

Šetřením jsem zjistila, že z celkového počtu 52 dotazovaných zdravotníků je 10, čili 19,2% ve věkovém rozmezí od 18 – 30 let, 19 zdravotníků, čili 36,5% ve věkovém rozmezí od 31 – 40 let, 17 zdravotníků, čili 32,7% v rozmezí od 41 – 50 let a 6 zdravotníků, čili 11,5% ve věku 51 a více let.

### 3. Praxe v oboru:

tabulka 3 - Délka praxe v oboru

| Délka praxe v oboru: | Počet zdravotníků | Počet zdravotníků v % z celkového počtu dotazovaných |
|----------------------|-------------------|--|
| 0 - 10 let           | 15                | 28,8   |
| 11 - 20 let          | 18                | 34,6   |
| 21 - 30 let          | 15                | 28,8   |
| 31 a více let        | 4                 | 7,7  |
| <b>celkem</b>        | <b>52</b>         | <b>100</b>   |



graf 3 - Délka praxe v oboru v %

..

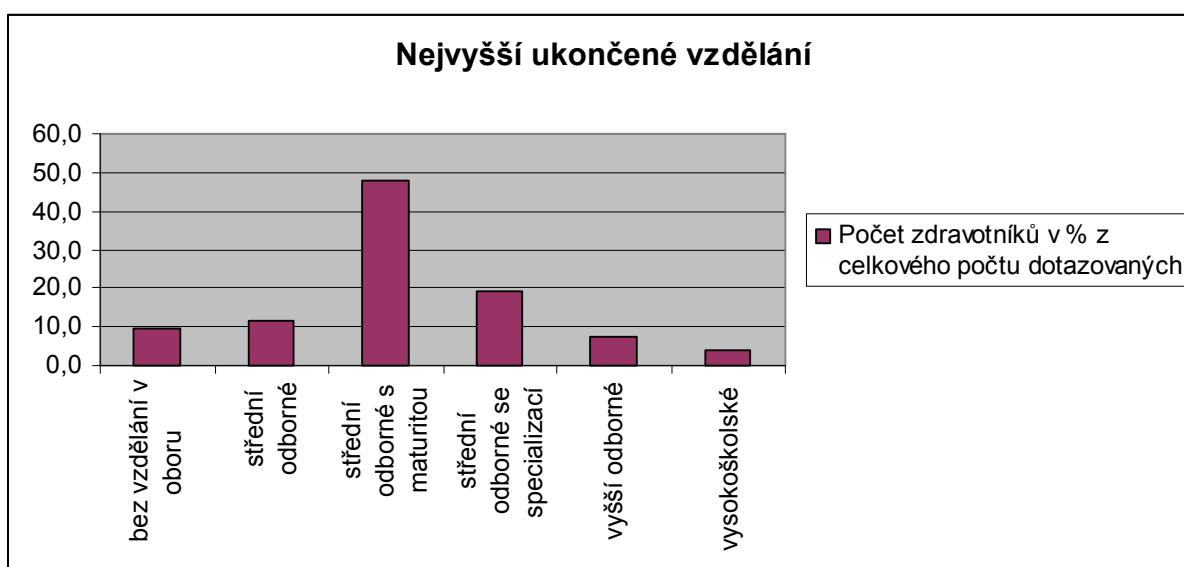
#### Komentář:

Z šetření vyplývá, že z celkového počtu 52 dotazovaných má 15 zdravotníků, čili 28,8% praxi v oboru v rozmezí od 0 – 10 let, 18 zdravotníků, čili 34,6% má praxi v rozmezí od 11 – 20 let, 15 zdravotníků, čili 28,8% má praxi v oboru v rozmezí od 21 – 30 let a 31 a více let praxe v oboru mají 4 zdravotníci, čili 7,69%.

#### 4. Nejvyšší ukončené vzdělání v oboru:

tabulka 4 - Nejvyšší ukončené vzdělání

| Vzdělání                        | Počet zdravotníků | Počet zdravotníků v % z celkového počtu dotazovaných |
|---------------------------------|-------------------|--|
| bez vzdělání v oboru            | 5                 | 9,6  |
| střední odborné                 | 6                 | 11,5   |
| střední odborné s maturitou     | 25                | 48,1   |
| střední odborné se specializací | 10                | 19,2   |
| vyšší odborné                   | 4                 | 7,7  |
| vysokoškolské                   | 2                 | 3,8  |
| <b>celkem</b>                   | <b>52</b>         | <b>100</b>   |



graf 4 - Nejvyšší ukončené vzdělání v %

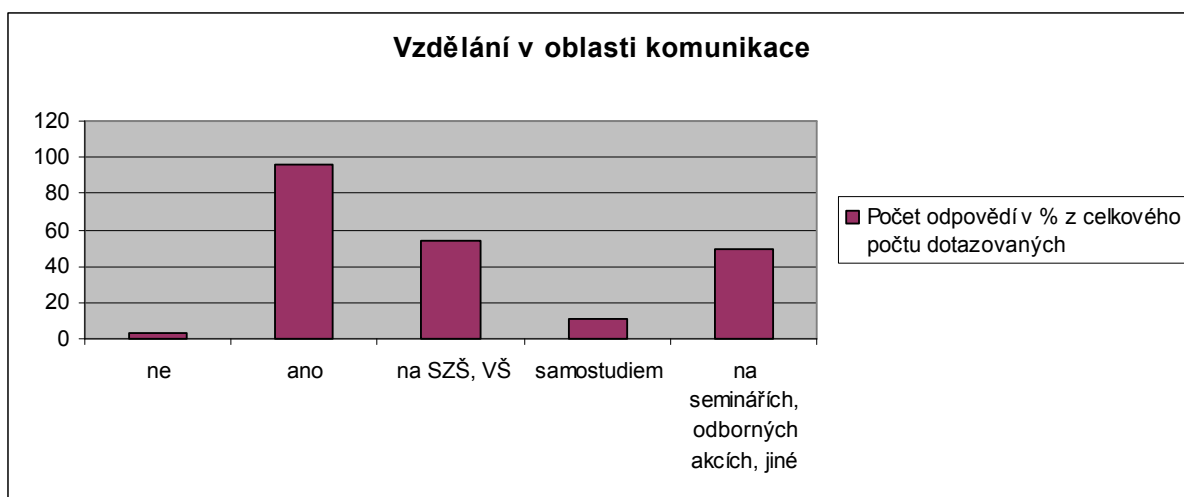
#### Komentář:

Šetřením jsem zjistila, že z celkového počtu 52 dotazovaných je 5 zdravotníků, čili 9,6% bez vzdělání v oboru, 6 zdravotníků, čili 11,5% má odborné vzdělání bez maturity, 25 zdravotníků, čili 48,1% má ukončené středoškolské vzdělání s maturitou, 10 zdravotníků, čili 19,2% má úplné střední odborné vzdělání se specializací. Z šetření dále vyplynulo, že 4 zdravotníci z celkového počtu dotazovaných, čili 7,7% jsou absolventi vyšší odborné školy a 2 zdravotníci, čili 3,8% mají vysokoškolské vzdělání.

## 5. Vzdělání v oblasti komunikace s pacientem:

tabulka 5 - Vzdělání v oblasti komunikace

| Vzdělání v oblasti komunikace         | Počet odpovědí | Počet odpovědí v % z celkového počtu dotazovaných |
|---------------------------------------|----------------|---|
| ne                                    | 2              | 3,8   |
| ano                                   | 50             | 96,2  |
| na SZŠ, VŠ                            | 28             | 53,8  |
| samostudiem                           | 6              | 11,5  |
| na seminářích, odborných akcích, jiné | 26             | 50  |



graf 5 - Vzdělání v oblasti komunikace v %

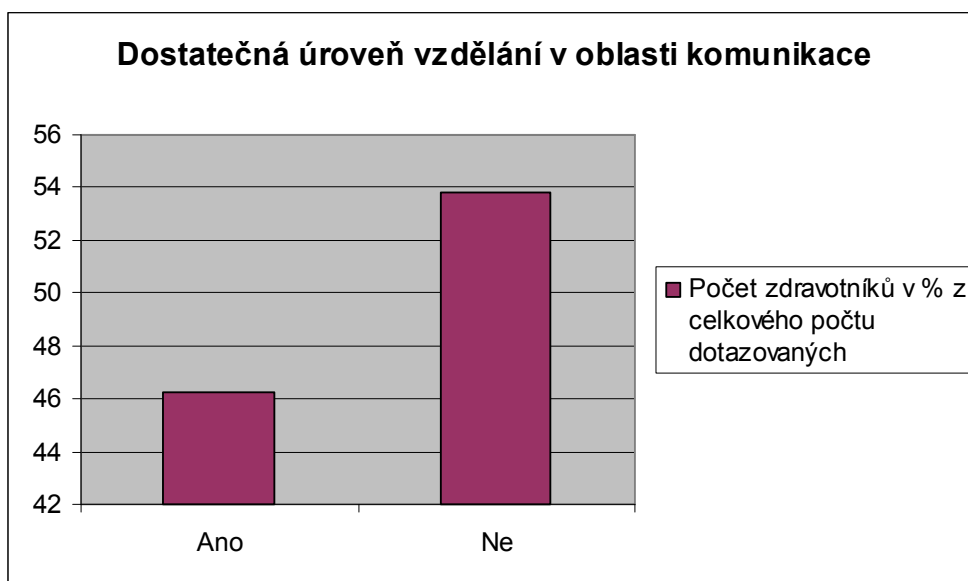
### Komentář:

Na otázku, zda byli zdravotníci vzděláni v komunikaci s pacientem, mi z celkového počtu 52 dotazovaných odpověděli 2 zdravotníci, čili 3,8%, že nebyli nikdy vzděláni v oblasti komunikace s pacientem a 50 zdravotníků tj. 96,2%, že vzděláni byli. Z možnosti výběru více odpovědí, mělo 28 zdravotníků, čili 53,8% vzdělání na střední zdravotnické škole (SZŠ) nebo na vysoké škole (VŠ), 6 zdravotníků, čili 11,5% se vzdělávalo pouze samostudiem a 26 zdravotníků, čili 50% se zúčastnilo vzdělání na seminářích, odborných kurzech a jiných akcích. Z šetření vyplynulo i to, že někteří zdravotníci absolvovali více forem vzdělávání.

## 6. Dostatečná úroveň vzdělání v oblasti komunikace

tabulka 6 – Dostatečná úroveň vzdělání v oblasti komunikace

|        | Počet zdravotníků | Počet zdravotníků v % z celkového počtu dotazovaných |
|--------|-------------------|--|
| Ano    | 24                | 46,2   |
| Ne     | 28                | 53,8   |
| celkem | 52                | 100  |



graf 6 - Dostatečná úroveň vzdělání v oblasti komunikace v %

### Komentář:

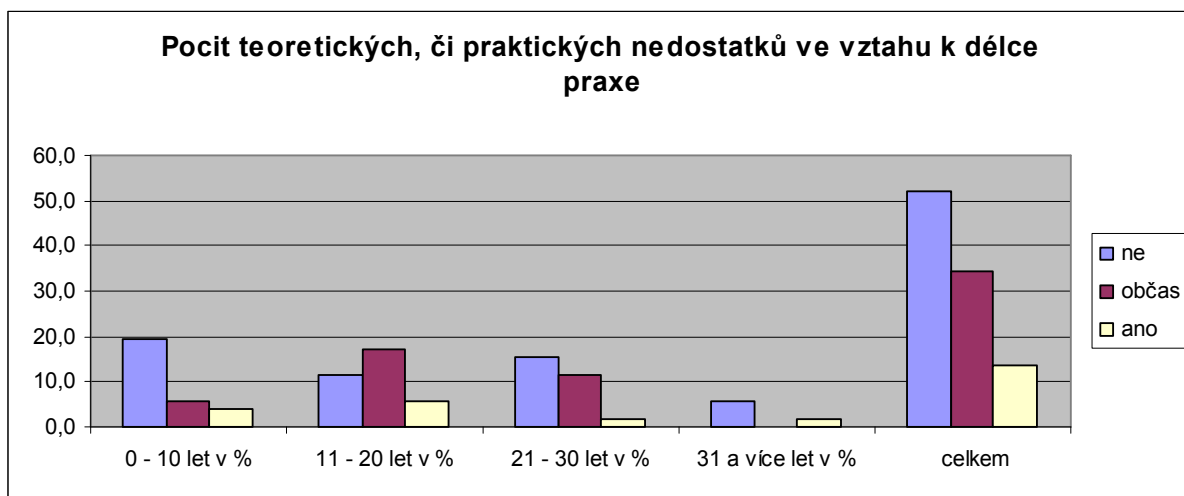
Na otázku, zda dotazovaní považují své vzdělání v oblasti komunikace s pacientem za dostatečné, mi z celkového počtu 52 dotazovaných odpovědělo 24 zdravotníků, čili 46,2%, a 28 zdravotníků, čili 53,8% považuje své vzdělání za nedostatečné.



## 7. Teoretické, či praktické nedostatky v komunikaci s pacientem

tabulka 7 - Pocit teoretických, či praktických nedostatků ve vztahu k délce praxe

| Teoretické, praktické nedostatky |                     | Počet zdravotníků |             |               |                | Počet zdravotníků v % z celkového počtu dotazovaných |                 |                   |  |
|----------------------------------|---------------------|-------------------|-------------|---------------|----------------|--|-----------------|-------------------|--|
| ne                               |                     | 27                |             |               |                | 51,9   |                 |                   |  |
| občas                            |                     | 18                |             |               |                | 34,6   |                 |                   |  |
| ano                              |                     | 7                 |             |               |                | 13,5   |                 |                   |  |
| celkem                           |                     | 52                |             |               |                | 100  |                 |                   |  |
| Pocit nedostatků v komunikaci    | Délka praxe v oboru |                   |             |               |                |  |                 |                   |  |
|                                  | 0 - 10 let          | 11 - 20 let       | 21 - 30 let | 31 a více let | 0 - 10 let v % | 11 - 20 let v %                                      | 21 - 30 let v % | 31 a více let v % |  |
| ne                               | 10                  | 6                 | 8           | 3             | 19,2           | 11,5   | 15,4            | 5,8               |  |
| občas                            | 3                   | 9                 | 6           | 0             | 5,8            | 17,3   | 11,5            | 0                 |  |
| ano                              | 2                   | 3                 | 1           | 1             | 3,8            | 5,8  | 1,9             | 1,9               |  |
| celkem                           | 15                  | 18                | 15          | 4             | 28,8           | 34,6   | 28,8            | 7,7               |  |



graf 7 - Pocit teoretických, či praktických nedostatků ve vztahu k délce praxe v %

**Komentář:**

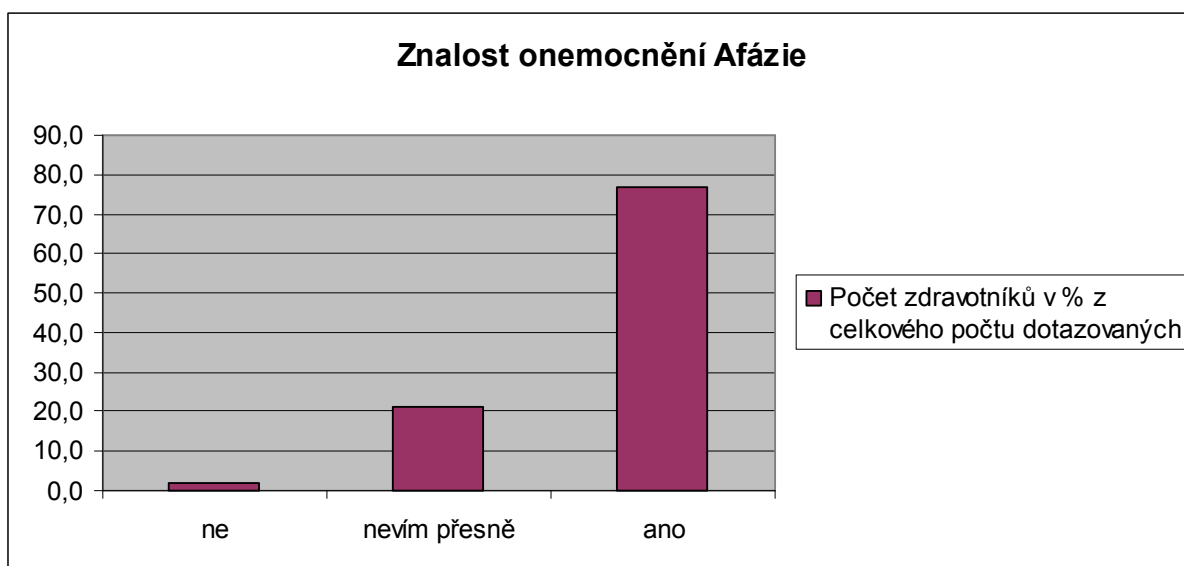
Šetřením jsem zjistila, že z celkového počtu 52 dotazovaných 27 zdravotníků, čili 51,9% nepocítují žádné teoretické ani praktické nedostatky v komunikaci s pacientem, 18 zdravotníků, čili 34,6% občas pocítují nedostatky a 7 zdravotníků, čili 13,5% má teoretické, či praktické nedostatky v komunikaci s pacientem.

Dále jsem porovnávala vztah délky praxe s teoretickými, či praktickými nedostatky v oblasti komunikace zdravotníků. Nejméně nedostatků pocítují zdravotníci s délkou praxe od 0 – 10 let a to 19,2% z celkového počtu 52 respondentů a zdravotníci s praxí od 21 – 30 let a to 15,4%. Občasné nedostatky pocítují nejčastěji zdravotníci s praxí trvající od 11 – 20 let a to v 17,3% a zdravotníci s praxí od 21 – 30 let a to v 11,5%. Nejvíce z respondentů pocítuje nedostatky a to v 5,8% z celkového počtu, skupina od 11 – 20 let praxe. Zdravotníci s praxí 31 let a více byli pouze 4, ale 3 z nich nepocítují nedostatky v oblasti komunikace s pacientem.

## 8. Znalost onemocnění afázie

tabulka 8 - Znalost onemocnění Afázie

| Znalost onemocnění Afázie | Počet zdravotníků | Počet zdravotníků v % z celkového počtu dotazovaných |
|---------------------------|-------------------|--|
| ne                        | 1                 | 1,9  |
| nevím přesně              | 11                | 21,2   |
| ano                       | 40                | 76,9   |
| celkem                    | 52                | 100  |



graf 8 - Znalost onemocnění Afázie v %

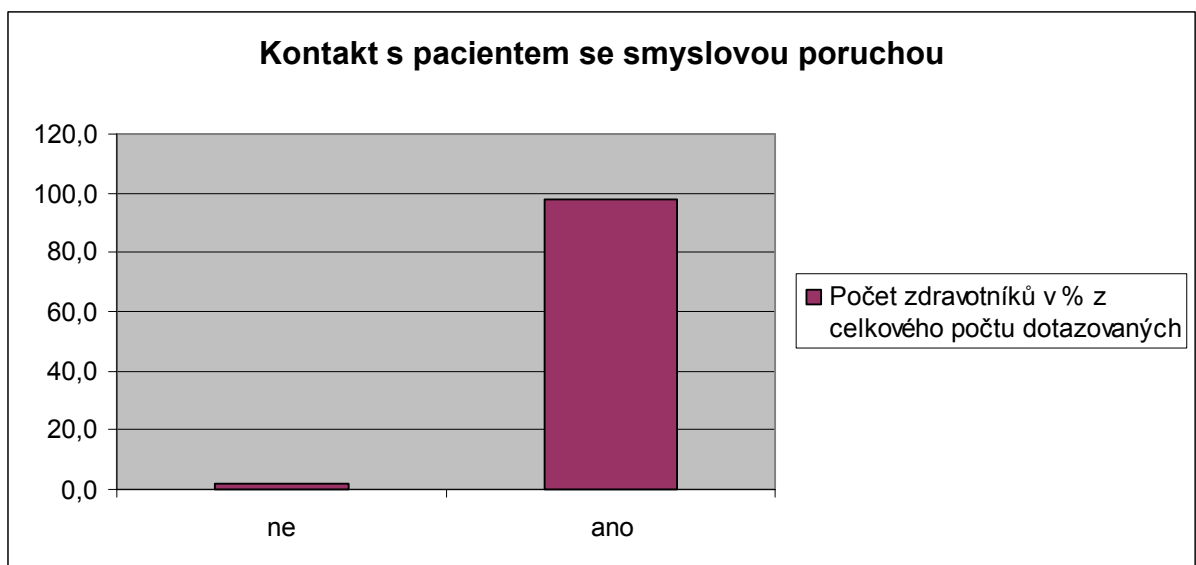
### Komentář:

Šetřením jsem zjistila, že z celkového počtu 52 dotazovaných 1 zdravotník, čili 1,9% neví, co je to onemocnění afázie a jaké jsou její formy, 11 zdravotníků, tedy 21,2% už tento termín slyšelo, ale neví přesně a 40 zdravotníků, tedy 76,9% ví, co je afázie a zná její formy.

## 9. Kontakt s pacientem se smyslovou poruchou

tabulka 9 - Kontakt s pacientem se smyslovou poruchou

| Kontakt s pacientem se smyslovou poruchou | Počet zdravotníků | Počet zdravotníků v % z celkového počtu dotazovaných |
|---|-------------------|--|
| ne  | 1                 | 1,9  |
| ano                                       | 51                | 98,1   |
| celkem                                    | 52                | 100  |



graf 9 - Kontakt s pacientem se smyslovou poruchou v %

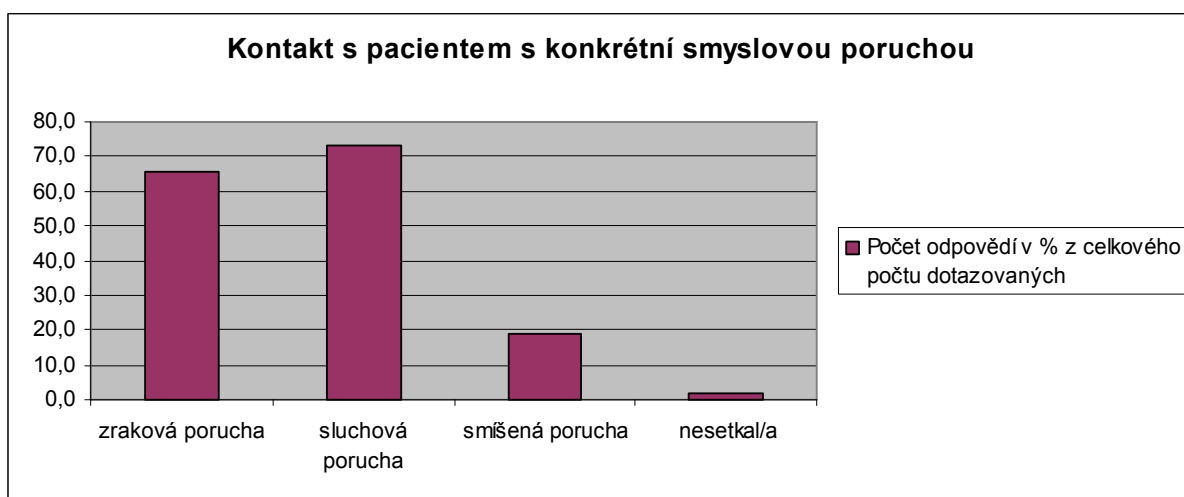
### Komentář:

Šetřením jsem zjistila, že z celkového počtu 52 dotazovaných se 1 zdravotník, čili 1,9% se za dobu své praxe nikdy nesetkal s pacientem se smyslovou poruchou a 51 zdravotníků, tedy 98,1% mělo za dobu své praxe již kontakt s pacientem se smyslovou poruchou.

## 10. Kontakt s pacientem s konkrétní smyslovou poruchou

tabulka 10 - Kontakt s pacientem s konkrétní smyslovou poruchou

| Smyslová porucha | Počet odpovědí z celkového počtu dotazovaných | Počet odpovědí v % z celkového počtu dotazovaných |
|------------------|---|---|
| zraková porucha  | 34  | 65,4  |
| sluchová porucha | 38  | 73,1  |
| smíšená porucha  | 10  | 19,2  |
| nesetkal/a       | 1   | 1,9   |



graf 10 - Kontakt s pacientem s konkrétní smyslovou poruchou v %

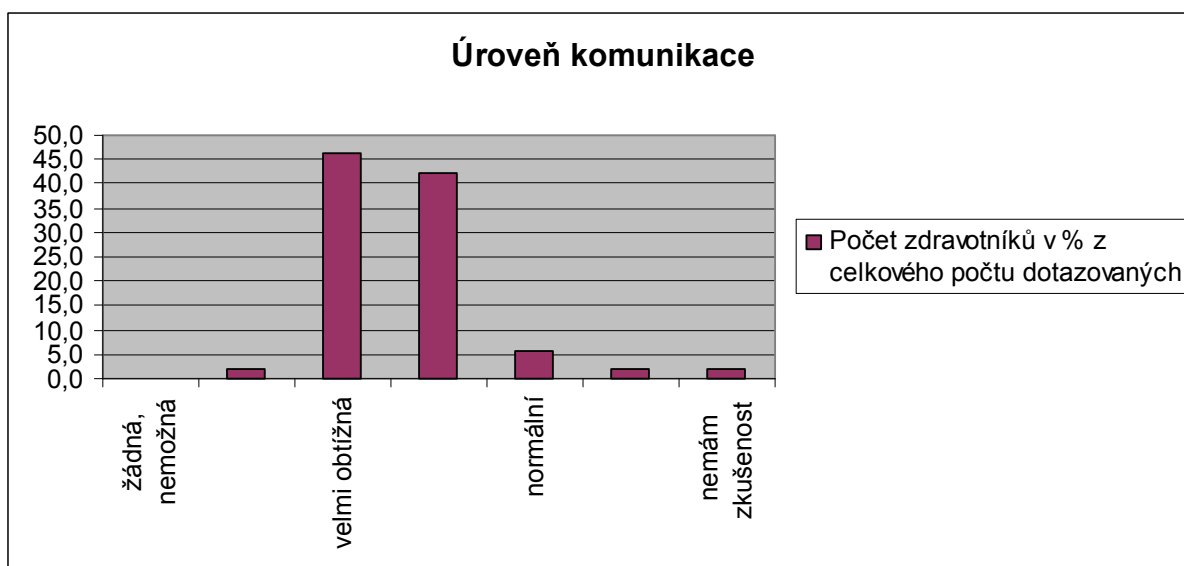
### Komentář:

Šetřením jsem zjistila, že většina zdravotníků se setkala, během své praxe, s vícero smyslovými poruchami u pacientů. Respondenti mohli vybírat z více odpovědí. Nejvíce 38 respondentů se setkala s pacienty s poruchou sluchu, a to 73,1% z celkového počtu 52 dotazovaných. 34 zdravotníků se setkala se zrakovou poruchou, tedy 65,4%. Se smíšenou poruchou 10 zdravotníků, tj.19,2% a 1 zdravotník se nesetkal s žádným pacientem postiženým smyslovou poruchou.

## 11. Úroveň komunikace s pacientem se smyslovou poruchou

tabulka 11 - Úroveň komunikace s pacientem se smyslovou poruchou

| Úroveň komunikace  | Počet zdravotníků | Počet zdravotníků v % z celkového počtu dotazovaných |
|--|-------------------|--|
| žádná, nemožná   | 0                 | 0,0  |
| žádná, komunikace byla prostřednictvím doprovodu (tlumočnicka) | 1                 | 1,9  |
| velmi obtížná  | 24                | 46,2   |
| obtížná  | 22                | 42,3   |
| normální   | 3                 | 5,8  |
| jiná   | 1                 | 1,9  |
| nemám zkušenost  | 1                 | 1,9  |
| <b>celkem</b>  | <b>52</b>         | <b>100</b>   |



graf 11 – Úroveň komunikace s pacientem se smyslovou poruchou v %

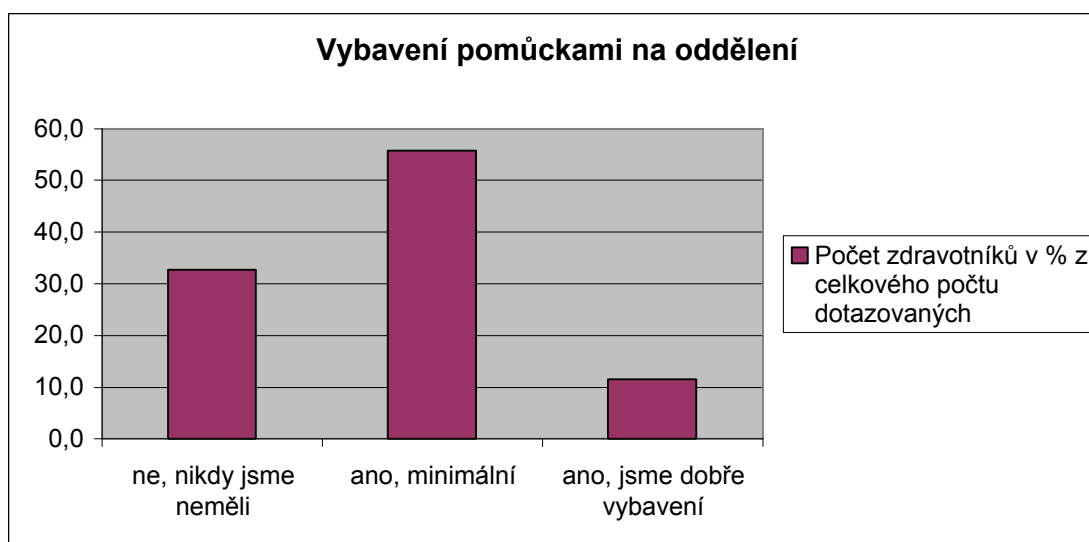
### Komentář:

Na otázku, jaká byla komunikace s pacientem se smyslovou poruchou, mi odpovědělo z celkového počtu 52 dotazovaných tak, že pro 24 zdravotníků, čili 46,2% byla komunikace velmi obtížná, pro 22 zdravotníků, čili 42,3% obtížná, pro 3 zdravotníky, tedy 5,8% byla komunikace normální. Komunikaci prostřednictvím doprovodu uvádí 1 zdravotník, čili 1,9% z celkového počtu dotazovaných, 1 zdravotník, tedy také 1,9% považuje komunikaci za jinou, 1 zdravotník, čili 1,9% nemá zkušenost s komunikací s pacientem se smyslovou poruchou a žádný zdravotník nepovažoval komunikaci za nemožnou.

## 12. Pomůcky usnadňující komunikaci s pacientem se smyslovou poruchou na oddělení

tabulka 12 - Vybavení pomůckami na oddělení

| Pomůcky na oddělení      | Počet zdravotníků | Počet zdravotníků v % z celkového počtu dotazovaných |
|--------------------------|-------------------|--|
| ne, nikdy jsme neměli    | 17                | 32,7   |
| ano, minimální           | 29                | 55,8   |
| ano, jsme dobře vybavení | 6                 | 11,5   |
| celkem                   | 52                | 100  |



graf 12 - Vybavení pomůckami na oddělení v %

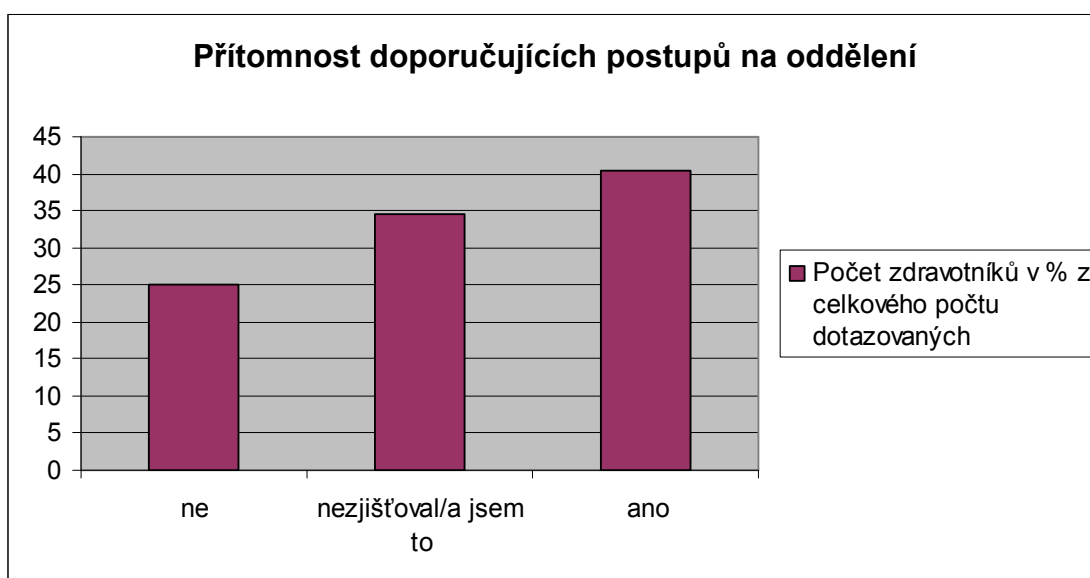
### Komentář:

Šetřením jsem zjistila, že z celkového počtu 52 dotazovaných nemělo 17 zdravotníků, čili 32,7% na svém oddělení pomůcky usnadňující komunikaci, 29 zdravotníků, tedy 55,8% má alespoň minimální vybavení a 6 zdravotníků, tedy 11,5% uvedlo, že jsou dobře vybaveni pomůckami, které usnadňují komunikaci s pacientem se smyslovou poruchou.

### 13. Doporučující postupy v komunikaci s pacientem se smyslovou poruchou na oddělení

tabulka 13 - Přítomnost doporučujících postupů na odděleních

| Přítomnost doporučujících postupů na odděleních | Počet zdravotníků | Počet zdravotníků v % Z celkového počtu dotazovaných |
|---|-------------------|--|
| ne  | 13                | 25   |
| nezjišťoval/a jsem to                           | 18                | 34,6   |
| ano   | 21                | 40,4   |
| celkem  | 52                | 100  |



graf 13 - Přítomnost doporučujících postupů na odděleních v %

#### Komentář:

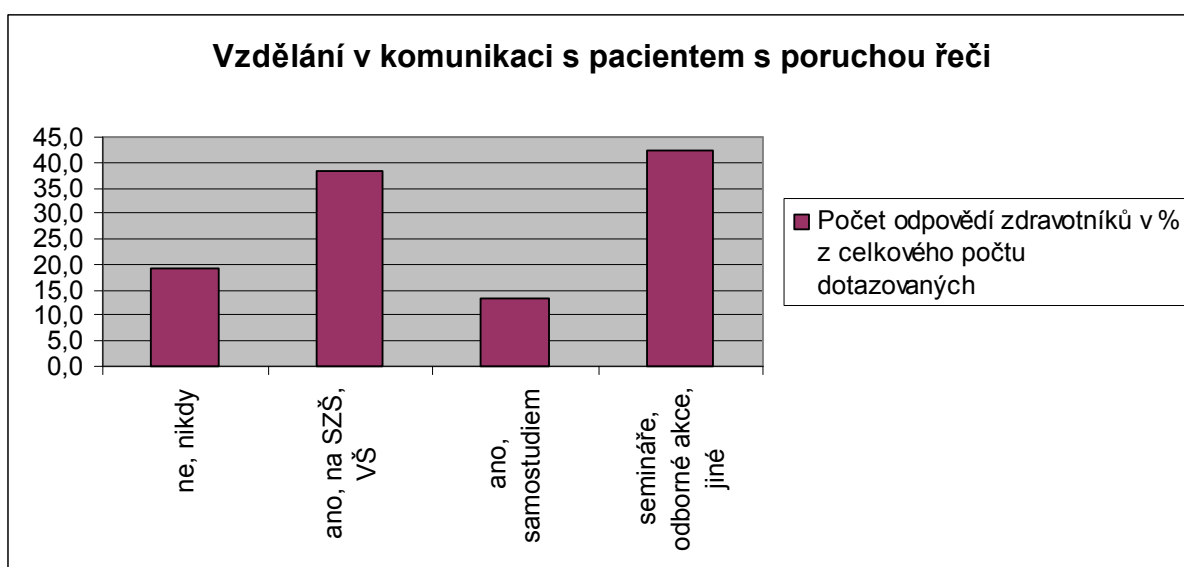
Šetřením jsem zjistila, z celkového počtu 52 dotazovaných uvádí 13 zdravotníků, tj. 25% respondentů, že nemají na oddělení doporučující postupy ke komunikaci s pacientem trpícím smyslovou poruchou, 18 zdravotníků, čili 34,6% uvedlo, že přítomnost postupů na oddělení nezjišťovalo a nejvíce tedy 21 zdravotníků, tj. 40,4% uvedlo, že mají určité doporučující postupy.



## 14. Vzdelání v komunikaci s pacientem s poruchou řeči

tabulka 14 - Vzdelání v komunikaci s pacientem s poruchou řeči

| Vzdelání v komunikaci s pacientem s poruchou řeči | Počet odpovědí zdravotníků | Počet odpovědí zdravotníků v % z celkového počtu dotazovaných |
|---|----------------------------|---|
| ne, nikdy   | 10                         | 19,2  |
| ano, na SZŠ, VŠ                                   | 20                         | 38,5  |
| ano, samostudiem                                  | 7                          | 13,5  |
| semináře, odborné akce, jiné                      | 22                         | 42,3  |



graf 14 - Vzdelání v komunikaci s pacientem s poruchou řeči v %

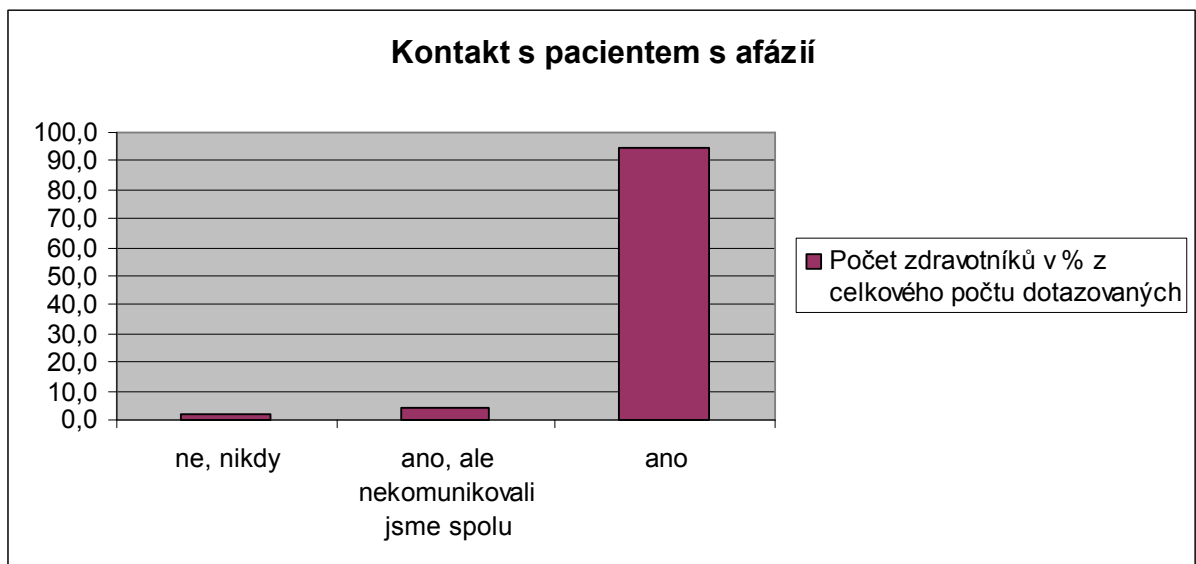
### Komentář:

Na otázku, zda byli zdravotníci vzdeláni v komunikaci s pacientem s poruchou řeči, mi z celkového počtu 52 dotazovaných odpovědělo 10 zdravotníků, čili 19,2%, že nebyli nikdy vzdeláni v této oblasti komunikace. Z možnosti výběru více odpovědí, má 20 zdravotníků, čili 38,5% vzdelání na střední zdravotnické škole (SZŠ) nebo na vysoké škole (VŠ), 7 zdravotníků, čili 13,5% se vzdelalo samostudiem a 22 zdravotníků, čili 42,3% se zúčastnili vzdelání na seminářích, odborných kurzech a jiných akcích. Z šetření vyplynulo i to, že někteří zdravotníci absolvovali více forem vzdelávání.

## 15. Kontakt s pacientem s afázií

tabulka 15 - Kontakt s pacientem s afázií

| Kontakt s pacientem s afázií       | Počet zdravotníků | Počet zdravotníků v % z celkového počtu dotazovaných |
|------------------------------------|-------------------|--|
| ne, nikdy                          | 1                 | 1,9  |
| ano, ale nekomunikovali jsme spolu | 2                 | 3,8  |
| ano                                | 49                | 94,2   |
| celkem                             | 52                | 100  |



graf 15 - Kontakt s pacientem s afázií v %

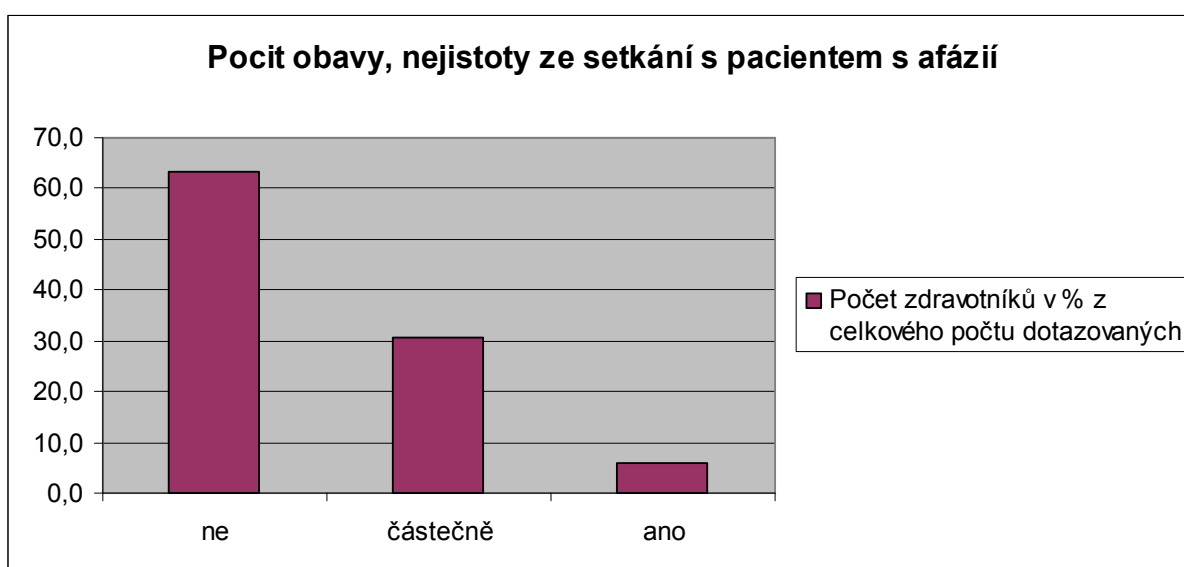
### Komentář:

Šetřením jsem zjistila, že z celkového počtu 52 dotazovaných se 1 zdravotník, tedy 1,9% nikdy nesetkal s osobou trpící afázií, 2 zdravotníci, čili 3,8% se již setkali s afatikem, ale nekomunikovali spolu a 49 zdravotníků, tedy 94,2% se s afatikem setkalo.

## 16. Pocit obavy, nejistoty ze setkání s pacientem s afázií

tabulka 16 - Pocit obavy, nejistoty ze setkání s pacientem s afázií

| Pocit obavy, nejistoty ze setkání s pacientem s afázií | Počet zdravotníků | Počet zdravotníků v % z celkového počtu dotazovaných |
|--|-------------------|--|
| ne   | 33                | 63,5   |
| částečně   | 16                | 30,8   |
| ano  | 3                 | 5,8  |
| celkem   | 52                | 100  |



graf 16 - Pocit obavy, nejistoty ze setkání s pacientem s afázií v %

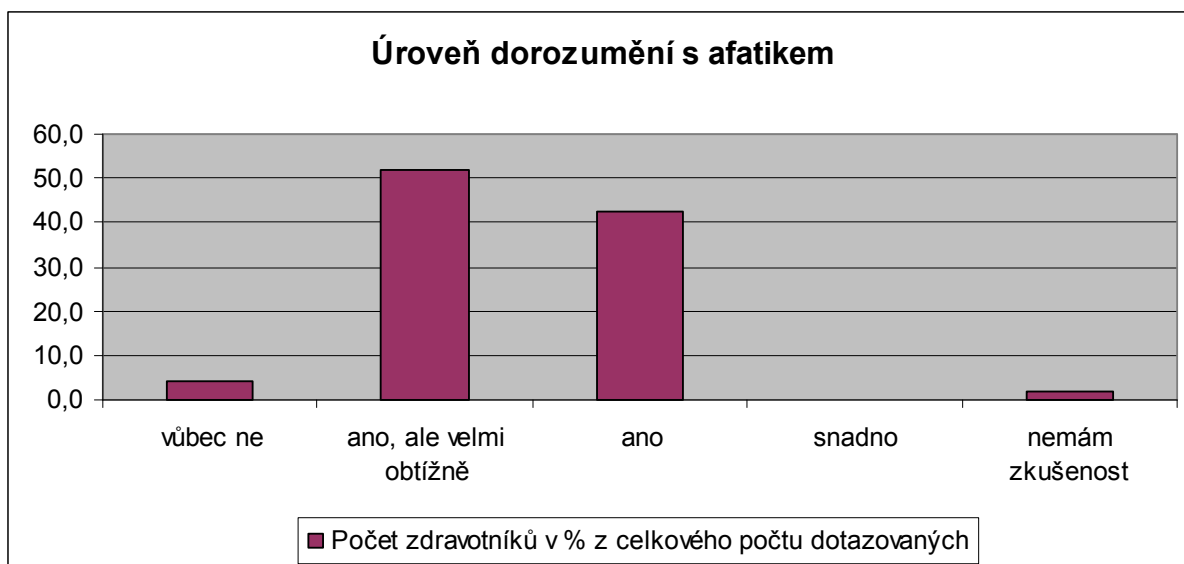
### Komentář:

Na otázku, zda-li dotazovaní pocítili obavu, či nejistotu setkat se s pacientem s afázií, mi z celkového počtu 52 dotazovaných odpovědělo 33 zdravotníků, tedy 63,5%, kteří nepocítili obavu a nejistotu ze setkání, 16 zdravotníků, čili 30,8% pocítilo částečnou obavu a 3 zdravotníci, čili 5,8% mělo obavu a nejistotu se setkat s afatikem.

## 17. Úroveň dorozumění zdravotníků s afatikem

tabulka 17 - Úroveň dorozumění s afatikem

| Úroveň dorozumění s afatikem | Počet zdravotníků | Počet zdravotníků v % z celkového počtu dotazovaných |
|------------------------------|-------------------|--|
| vůbec ne                     | 2                 | 3,8  |
| ano, ale velmi obtížně       | 27                | 51,9   |
| ano                          | 22                | 42,3   |
| snadno                       | 0                 | 0,0  |
| nemám zkušenost              | 1                 | 1,9  |
| celkem                       | 52                | 100  |



graf 17 - Úroveň dorozumění s afatikem v %

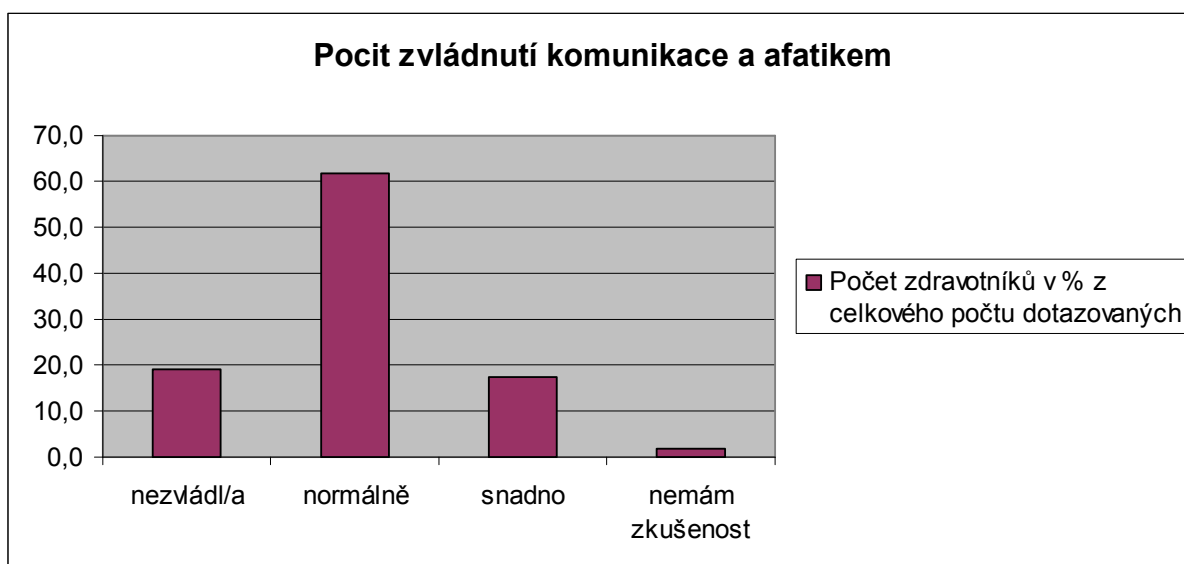
### Komentář:

Na otázku, zda se dotazovaní dorozuměli s afatikem, mi z celkového počtu 52 dotazovaných odpověděli 2 zdravotníci, čili 3,8%, že se vůbec nedorozuměli, 27 zdravotníků, tj. 51,9% s velkými obtížemi. Dorozumělo se 22 zdravotníků, tedy 42,3%, snadno se nedorozuměl žádný respondent a 1 zdravotník, tedy 1,9% z celkového počtu dotazovaných nemá zkušenost s pacientem trpícím afázií.

## 18. Pocit zvládnutí komunikace s afatikem

tabulka 18 - Pocit zvládnutí komunikace a afatikem

| Pocit zvládnutí komunikace s afatikem | Počet zdravotníků | Počet zdravotníků v % z celkového počtu dotazovaných |
|---------------------------------------|-------------------|--|
| nezvládl/a                            | 10                | 19,2   |
| normálně                              | 32                | 61,5   |
| snadno                                | 9                 | 17,3   |
| nemám zkušenost                       | 1                 | 1,9  |
| celkem                                | 52                | 100  |



graf 18 - Pocit zvládnutí komunikace s afatikem v %

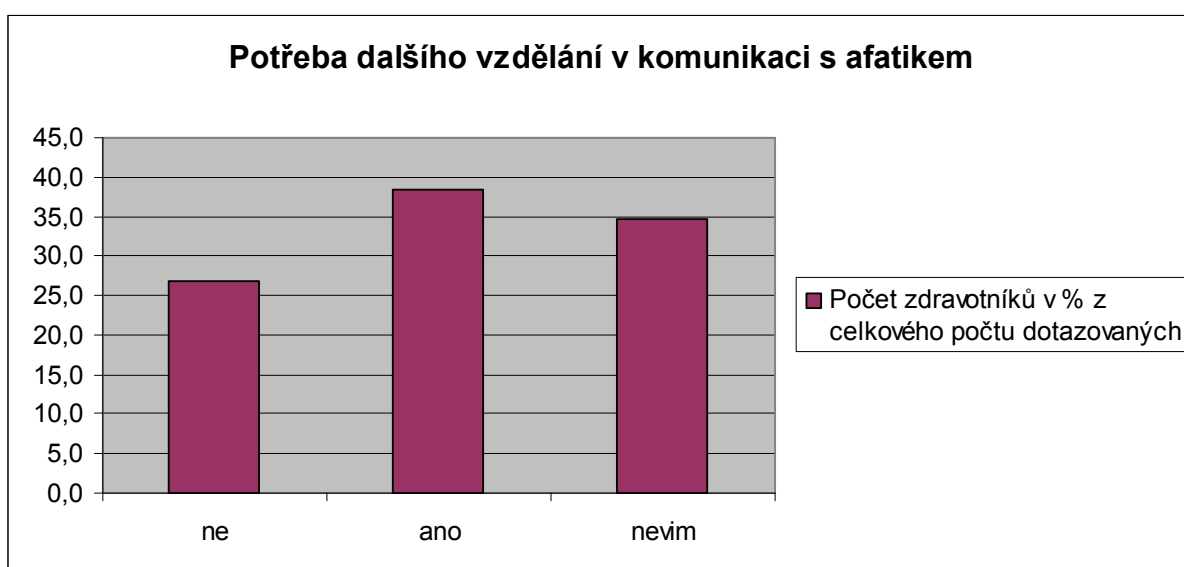
### Komentář:

Šetřením jsem zjistila, že z celkového počtu 52 dotazovaných mělo 10 zdravotníků, čili 19,2% pocit, že komunikace s afatikem nezvládlo, 32 zdravotníků, čili 61,5% mělo pocit, že komunikaci s afatikem zvládlo normálně a 9 zdravotníků, čili 17,3% si myslí, že komunikaci zvládli snadno a 1 zdravotník zkušenost nemá.

## 19. Potřeba dalšího vzdělání v komunikaci s afatikem

tabulka 19 - Potřeba dalšího vzdělání v komunikaci s afatikem

| Potřeba dalšího vzdělání v komunikaci s afatikem | Počet zdravotníků | Počet zdravotníků v % z celkového počtu dotazovaných |
|--|-------------------|--|
| ne   | 14                | 26,9   |
| ano  | 20                | 38,5   |
| nevím  | 18                | 34,6   |
| celkem   | 52                | 100  |



graf 19 - Potřeba dalšího vzdělání v komunikaci s afatikem v %

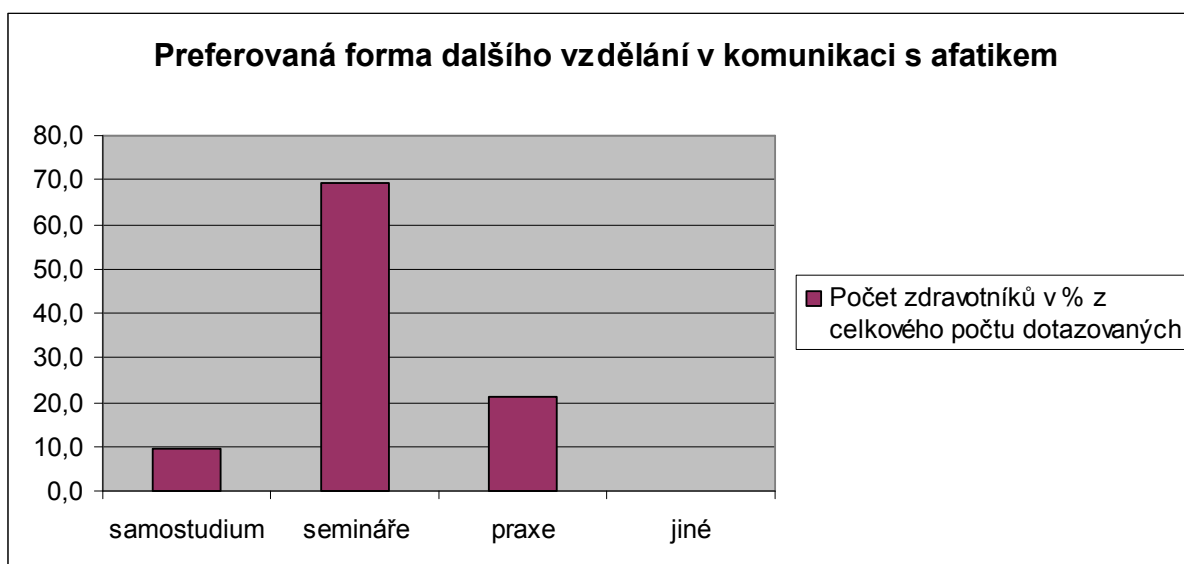
### Komentář:

Výsledky mého šetření ukázaly, že z celkového počtu 52 dotazovaných 14 zdravotníků, tj. 26,9% nemá potřebu dalšího vzdělávání v oblasti komunikace s afatikem. Na druhou stranu 20 zdravotníků, tj. 38,5% má potřebu dalšího vzdělávání a 18 zdravotníků, tj. 34,6% nevědělo, zda-li má potřebu dalšího vzdělávání v komunikaci a afatikem.

## 20. Preferovaná forma dalšího vzdělání v komunikaci s afatikem

tabulka 20 - Preferovaná forma dalšího vzdělání v komunikaci s afatikem

| Forma dalšího vzdělání | Počet zdravotníků | Počet zdravotníků v % z celkového počtu dotazovaných |
|------------------------|-------------------|--|
| samostudium            | 5                 | 9,6  |
| semináře               | 36                | 69,2   |
| praxe                  | 11                | 21,2   |
| jiné                   | 0                 | 0,0  |
| celkem                 | 52                | 100  |



graf 20 - Preferovaná forma dalšího vzdělání v komunikaci s afatikem v %

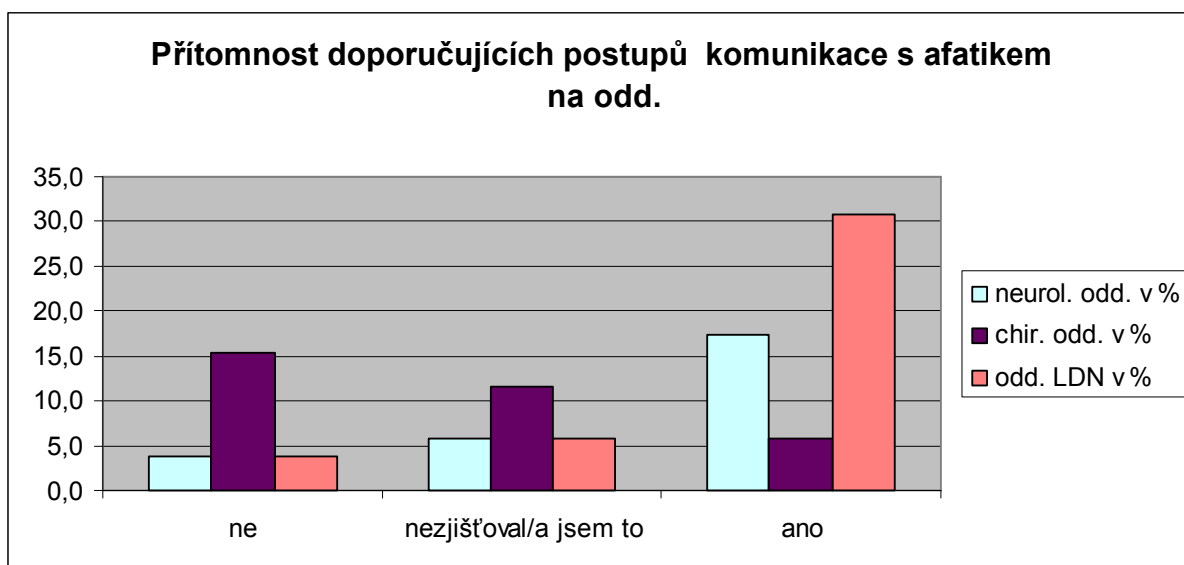
### Komentář:

Šetřením jsem zjistila, že z celkového počtu 52 dotazových, většina zdravotníků v počtu 36, tedy 69,2% by preferovala další vzdělávání formou seminářů, 11 zdravotníků, tedy 21,2% by dávalo přednost praktickému vzdělávání a 5 zdravotníků, tj. 9,6% by dalo přednost samostudiu.

## 21. Doporučující postupy komunikace s afatikem na odděleních

tabulka 21 - Přítomnost doporučujících postupů komunikace s afatikem na odděleních

| Přítomnost doporučujících postupů na odděleních | Neurol. oddělení | Chirurg. oddělení | Odd. LDN | neurol. odd. v % | chir. odd. v % | odd. LDN v % | celkem |
|---|------------------|-------------------|----------|------------------|----------------|--------------|--------|
| ne  | 2                | 8                 | 2        | 3,8              | 15,4           | 3,8          | 23,1   |
| nezjišťoval/a jsem to                           | 3                | 6                 | 3        | 5,8              | 11,5           | 5,8          | 23,1   |
| ano   | 9                | 3                 | 16       | 17,3             | 5,8            | 30,8         | 53,8   |
| celkem  | 14               | 17                | 21       | 26,9             | 32,7           | 40,4         | 100,0  |



graf 21 - Přítomnost doporučujících postupů komunikace s afatikem na odděleních v %

### Komentář:

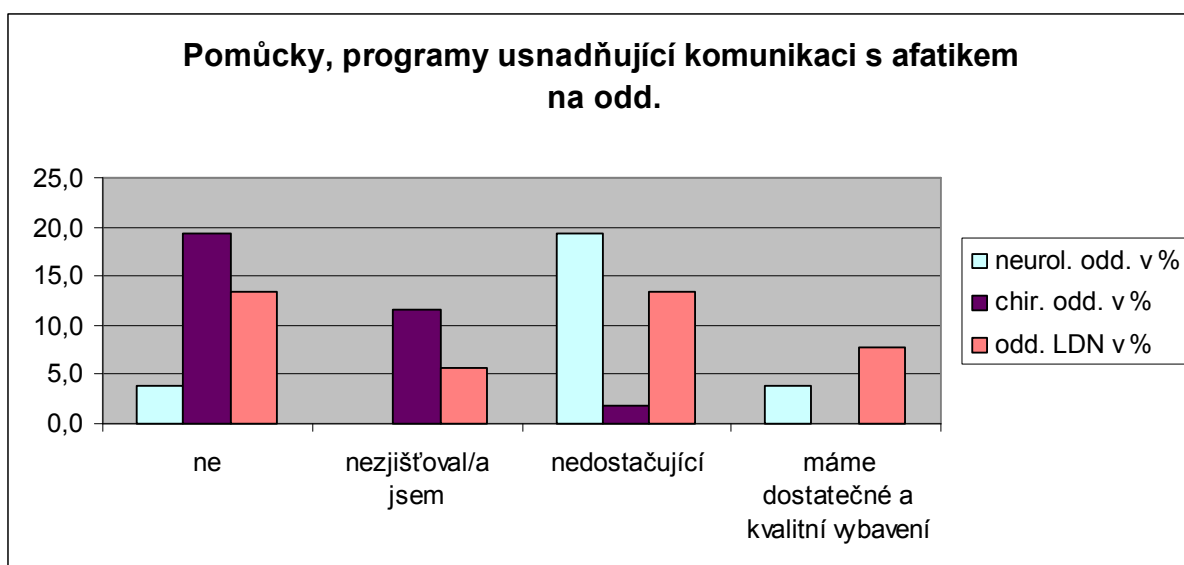
Šetřením jsem zjistila, že z celkového počtu 52 dotazovaných, nemá 23,1% na svých odděleních doporučující postupy komunikace s afatikem anebo přítomnost postupů dotazovaní nezjišťovalo. Přítomnost doporučujících postupů na odděleních označilo 53,8% dotazovaných. Z šetření dále vyplývá, že konkrétně na oddělení chirurgie 15,4% respondentů uvedlo, že nemá doporučující postupy, kdežto na oddělení LDN uvedlo 30,8% respondentů, že na svém oddělení má doporučující postupy ke komunikaci s afatikem.



## 22. Pomůcky, či programy usnadňující komunikaci s afatikem na odděleních

tabulka 22 - Přítomnost pomůcek, programů usnadňující komunikaci s afatikem na odd.

| Pomůcky, programy                   | Neurol. oddělení | Chirurg. oddělení | Odd. LDN  | neurol. odd. v % | chir. odd. v % | odd. LDN v % | celkem       |
|-------------------------------------|------------------|-------------------|-----------|------------------|----------------|--------------|--------------|
| ne                                  | 2                | 10                | 7         | 3,8              | 19,2           | 13,5         | 36,5         |
| nezjišťoval/a jsem                  | 0                | 6                 | 3         | 0,0              | 11,5           | 5,8          | 17,3         |
| nedostačující                       | 10               | 1                 | 7         | 19,2             | 1,9            | 13,5         | 34,6         |
| máme dostatečné a kvalitní vybavení | 2                | 0                 | 4         | 3,8              | 0,0            | 7,7          | 11,5         |
| <b>celkem</b>                       | <b>14</b>        | <b>17</b>         | <b>21</b> | <b>26,9</b>      | <b>32,7</b>    | <b>40,4</b>  | <b>100,0</b> |



graf 22 - Přítomnost pomůcek, programů usnadňující komunikaci s afatikem na odd. v %

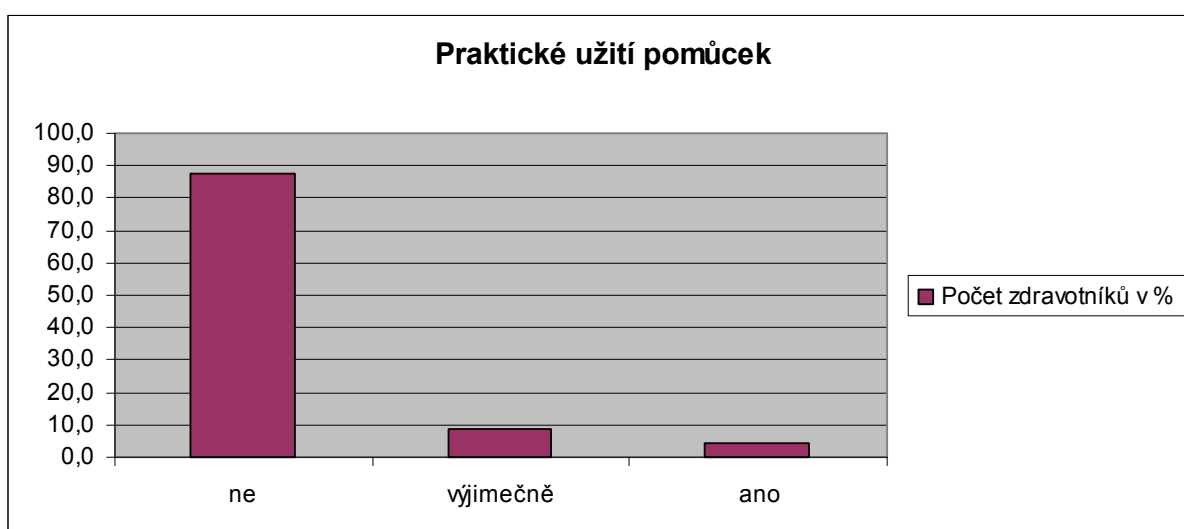
### Komentář:

Šetřením jsem zjistila, že z celkového počtu 52 dotazovaných uvedlo 36,5% zdravotníků, že na svém oddělení nemá programy, či pomůcky usnadňující komunikaci s afatikem, 17,3% zdravotníků nezjišťovalo, zda mají na oddělení pomůcky či programy, 34,6% má nedostačující vybavení a pouze 11,5% uvedlo, že na svém oddělení má dostatečné a kvalitní vybavení usnadňující komunikaci s afatikem. Z šetření dále vyplývá, že oddělení chirurgie je nejméně vybavené, nebo respondenti pracující na chirurgii toto nezjišťovali. Nedostačující vybavení pociťují zdravotníci pracující na neurologickém oddělení a dostatečné vybavení spatřují v 7,7% z celkového počtu pracovníci LDN.

## 23. Praktické využití pomůcek

tabulka 23 - Praktické využití pomůcek

| Užití pomůcek | Počet zdravotníků | Počet zdravotníků v % z celkového počtu dotazovaných |
|---------------|-------------------|--|
| ne            | 21                | 87,5   |
| výjimečně     | 2                 | 8,3  |
| ano           | 1                 | 4,2  |
| celkem        | 24                | 100  |



graf 23 - Praktické využití pomůcek v %

### Komentář:

Z předchozího bodu č. 22 jsem šetřením zjistila, že z celkového počtu 52 dotazovaných má na svém oddělení celkem 24 zdravotníků pomůcky usnadňující komunikaci s afatikem (viz bod 22) toto množství bylo bráno jako 100% vzorek. Zjistila jsem, že prakticky pomůcky užívá pouhý 1 zdravotník, tedy 4,2% z tohoto množství. Výjimečné užití pomůcek uvádí 2 zdravotníci, tedy 8,3% a naprostá většina 21 zdravotníků, tedy 87,5% nepoužívá pomůcky usnadňující komunikaci i když uvádí, že tyto pomůcky na svém oddělení má.

## 24. Znalost specializovaných pracovišť na kompenzaci a léčbu afázie

tabulka 24 - Znalost specializovaného pracoviště ke kompenzaci a léčbě afázie

| Znalost specializovaného pracoviště | Počet zdravotníků | Počet zdravotníků v % z celkového počtu dotazovaných |
|-------------------------------------|-------------------|--|
| ne                                  | 43                | 82,7   |
| ano                                 | 9                 | 17,3   |
| celkem                              | 52                | 100  |



graf 24 - Znalost specializovaného pracoviště ke kompenzaci a léčbě afázie v %

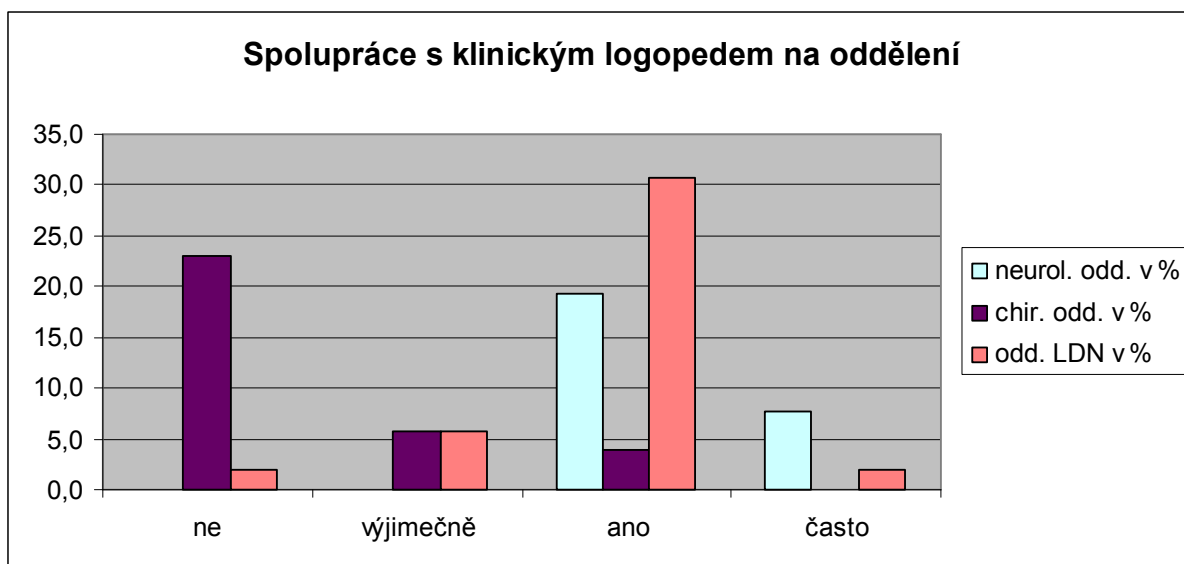
### Komentář:

Na otázku, zda – li zdravotníci slyšeli, či znají nějaké pracoviště úzce se specializující na kompenzaci a léčbu afázie, z celkového počtu 52 dotazovaných odpovědělo 43 zdravotníků, tj. 82,7% negativně a pouhých 9 zdravotníků, tj.17,3% pozitivně.

## 25. Spolupráce s klinickým logopedem podle oddělení

tabulka 25 - Spolupráce s klinickým logopedem dle oddělení

| Spolupráce s klinickým logopedem | Neurol. oddělení | Chirurg. oddělení | Odd. LDN  | neurol. odd. v % | chir. odd. v % | odd. LDN v % | celkem       |
|----------------------------------|------------------|-------------------|-----------|------------------|----------------|--------------|--------------|
| ne                               | 0                | 12                | 1         | 0,0              | 23,1           | 1,9          | 25,0         |
| výjimečně                        | 0                | 3                 | 3         | 0,0              | 5,8            | 5,8          | 11,5         |
| ano                              | 10               | 2                 | 16        | 19,2             | 3,8            | 30,8         | 53,8         |
| často                            | 4                | 0                 | 1         | 7,7              | 0,0            | 1,9          | 9,6          |
| <b>celkem</b>                    | <b>14</b>        | <b>17</b>         | <b>21</b> | <b>26,9</b>      | <b>32,7</b>    | <b>40,4</b>  | <b>100,0</b> |



graf 25 - Spolupráce s klinickým logopedem dle odd. v %

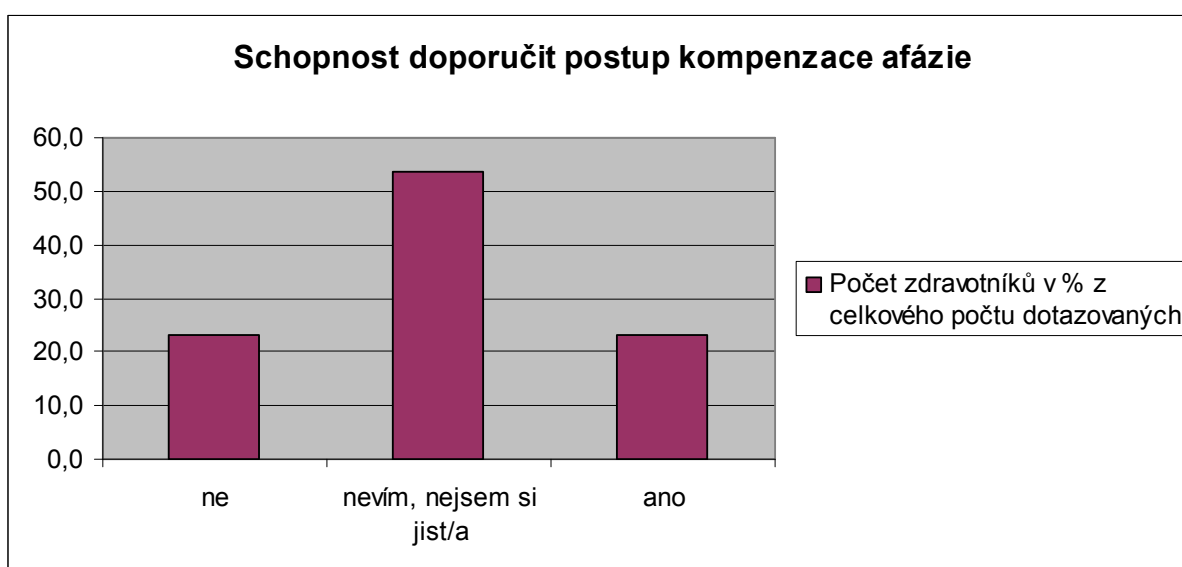
### Komentář:

Z mého šetření vyplývá, že z celkového počtu 52 dotazovaných, uvedlo 53,8% respondentů, že jejich oddělení spolupracuje v případě potřeby s klinickým logopedem, a to nejvíce na oddělení LDN v 30,8%. Ve 25% odpověděli zdravotníci, že nespolpracují s klinickým logopedem, a to nejvíce oddělení chirurgie ve 23,1%. Výjimečnou spolupráci uvedlo 11,5% zdravotníků a častou spoluprací s klinickým logopedem uvedlo 9,6%, z toho 7,7% náleží oddělení neurologie.

## 26. Schopnost zdravotníků doporučit postup kompenzace afázie

tabulka 26 - Schopnost zdravotníků doporučit postup kompenzace afázie

| Schopnost doporučit postup kompenzace afázie | Počet zdravotníků | Počet zdravotníků v % z celkového počtu dotazovaných |
|--|-------------------|--|
| ne   | 12                | 23,1   |
| nevím, nejsem si jist/a                      | 28                | 53,8   |
| ano  | 12                | 23,1   |
| celkem                                       | 52                | 100  |



graf 26 - Schopnost zdravotníků doporučit postup kompenzace afázie v %

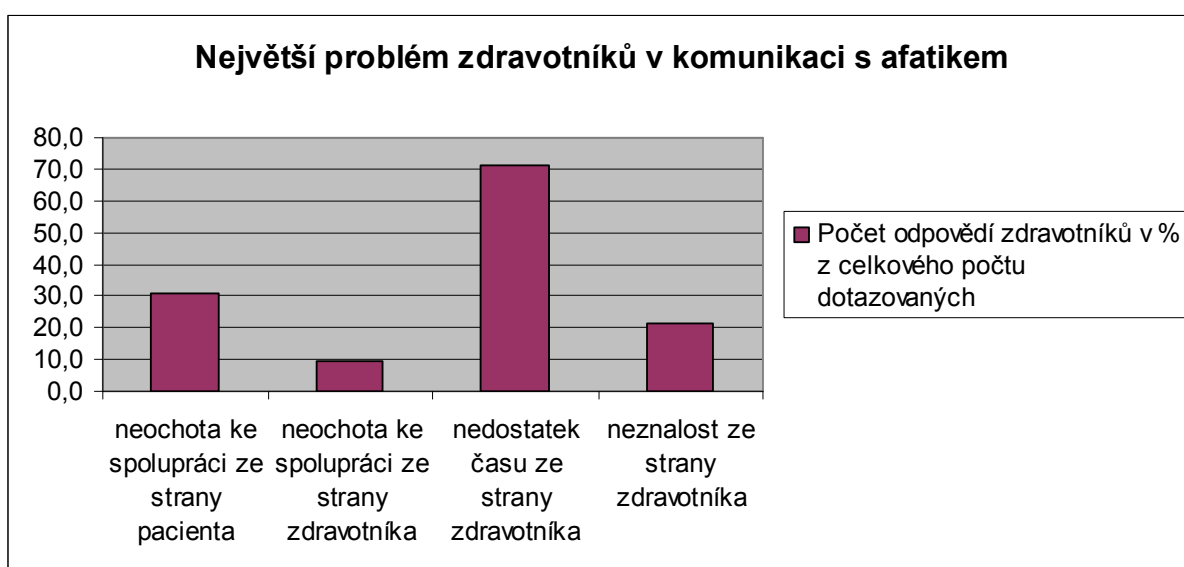
### Komentář:

Z šetření vyplývá, že z celkového počtu 52 dotazovaných 12 zdravotníků, tedy 23,1% není schopno doporučit pacientům, nebo jejich příbuzným postup, který by měli zvolit ke kompenzaci a léčbě afázie, 28 zdravotníků, tedy 53,8% si není jisto, zda – li by bylo schopno doporučit a 12 zdravotníků, tj. 23,1% by dokázalo doporučit pacientům další postup ke kompenzaci a léčbě.

## 27. Největší problém zdravotníků v komunikaci s afatikem

tabulka 27 - Největší problém v komunikaci s afatikem

| Problém                                      | Počet odpovědí zdravotníků | Počet odpovědí zdravotníků v % z celkového počtu dotazovaných |
|--|----------------------------|---|
| neochota ke spolupráci ze strany pacienta    | 16                         | 30,8  |
| neochota ke spolupráci ze strany zdravotníka | 5                          | 9,6   |
| nedostatek času ze strany zdravotníka        | 37                         | 71,2  |
| neznalost ze strany zdravotníka              | 11                         | 21,2  |



graf 27 - Největší problém v komunikaci s afatikem v %

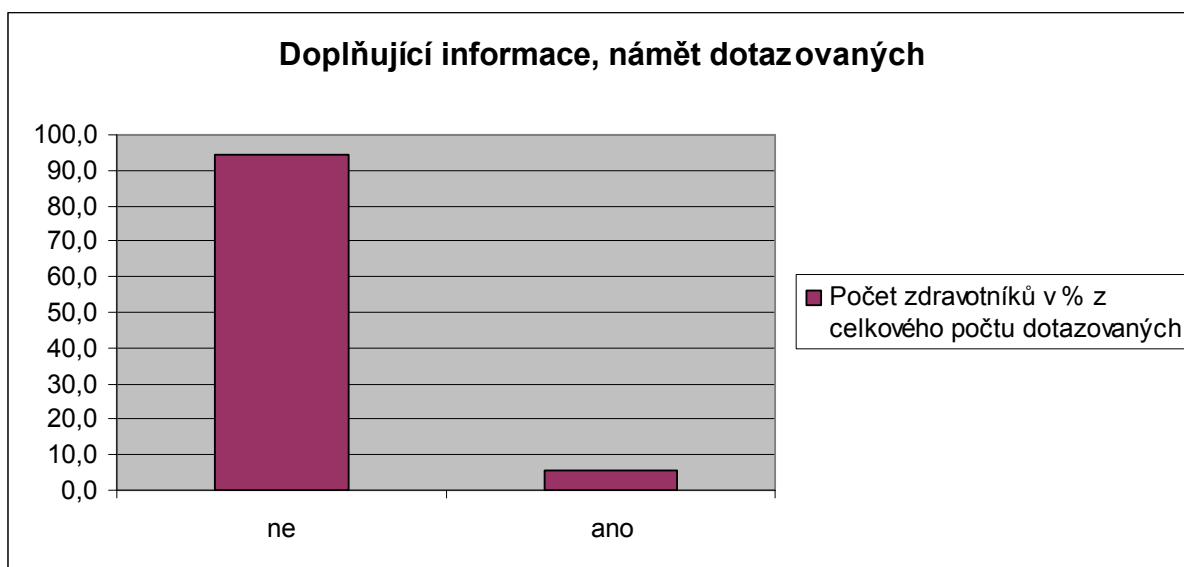
### Komentář:

Šetřením jsem zjistila, že z celkového počtu 52 dotazovaných, 16 zdravotníků, čili 30,8% vidí jako největší problém (překážku) v komunikaci s afatikem, neochotu ke spolupráci ze strany pacienta, 5 zdravotníků, čili 9,6% v neochotě ke spolupráci ze strany zdravotníka. Většina respondentů spatřuje problém, jako je nedostatek času ze strany zdravotníka a to 37 zdravotníků, tedy 71,2%. Problém v neznalosti ze strany zdravotníka vidí 11 dotazovaných, tedy 21,2% z celkového počtu. Z šetření vyplynulo i to, že někteří zdravotníci vidí problém ve více z nabídnutých možností.

## 28. Doplnující informace, či námět dotazovaných

tabulka 28 - Doplnující informace, námět dotazovaných

| Doplňují informace, námět dotazovaných | Počet zdravotníků | Počet zdravotníků v % z celkového počtu dotazovaných |
|--|-------------------|--|
| ne                                     | 49                | 94,2   |
| ano                                    | 3                 | 5,8  |
| celkem                                 | 52                | 100,0  |



graf 28 - Doplnující informace, námět dotazovaných v %

### Komentář:

Doplňující informace, či námět nemělo 49 zdravotníků, tj. 94,2% a 3 zdravotníci, tedy 5,8% uvedlo konkrétně, že by bylo dobré zajistit více personálu na oddělení a tím i více času na pacienty. Jeden respondent uvádí jako námět, pro zlepšení pohody pacientů, přítomnost psychologa na oddělení.

## 2.7 DISKUZE

Na základě informací získaných z vybraných dotazníků jsem zjistila následující skutečnosti, týkající se úrovně komunikace zdravotnického personálu s afatickým pacientem. Dotazník byl určen zdravotnickému personálu, v nemocnici s poliklinikou v České Lípě, pracujících na oddělení chirurgie, neurologie a LDN. Na oddělení jsem celkem rozdala 100 dotazníků, vráceno bylo 68 dotazníků. Návratnost tedy je 68%. Z vybraných 68 dotazníků, jsem vyřadila 16 nesprávně vyplněných nebo nevyplněných ve všech bodech. Celkový počet použitelných dotazníků k mému šetření bylo tedy 52. Toto množství bylo při zpracování bráno za 100% vzorek. K výzkumnému šetření jsem si zvolila cíle práce a k tomu odpovídající pracovní hypotézy.

**Cíl č. 1 byl, zjistit úroveň vzdělání zdravotnického personálu v oblasti komunikace.** K tomuto cíli se vztahují 4 pracovní hypotézy a otázky v dotazníku č. 5 – 7.

V první hypotéze (**Hypotéza 1**) předpokládám, že více jak 50% zdravotníků je alespoň minimálně vzděláno v oblasti komunikace s pacientem. Otázkou č. 5: Byl/a jste vzdělán/a v oblasti komunikace s pacientem, jsem zjistila, že z celkového počtu 52 respondentů odpovědělo kladně 96,2% a záporně pouhých 3,8% zdravotníků (tabulka č. 5, graf č. 5). Vzdělání nejčastěji získali na SZŠ nebo VŠ (53,8%). **Hypotéza 1 se mi potvrdila.**

Ve druhé hypotéze (**Hypotéza 2**) předpokládám, že alespoň 25% respondentů považuje vzdělání v komunikaci s pacientem za dostatečné. K této hypotéze se vztahuje otázka č. 6 v dotazníku. Zjistila jsem, že své vzdělání považuje 46,2% zdravotníků za dostatečné a za nedostatečné 53,8% zdravotníků (tabulka č. 6, graf č. 6). Z šetření tedy vyplývá, že **hypotéza 2 se potvrdila.**

Třetí pracovní hypotéza (**Hypotéza 3**): Předpokládám, že minimálně 25% respondentů bude uvádět nedostatek teoretických, či praktických dovedností v oblasti komunikace s pacientem. Pouhých 7 zdravotníků tj. 13,5% uvedlo, že pociťují nedostatky v komunikaci s pacientem (tabulka č. 7, graf č. 7). Tímto byla **Hypotéza 3 nepotvrzena.**

Ve čtvrté hypotéze (**Hypotéza 4**) předpokládám, že délka praxe v oboru pozitivně ovlivní nedostatky v komunikaci s pacientem. Zjištěním, že nejméně nedostatků pociťují zdravotníci s délkou praxe od 0 – 10 let 19,2% a zdravotníci s praxí od 21 – 30 let a to 15,4%. Nejvíce zdravotníků pociťující nedostatky jsou s praxí od 11 – 20 let (5,8%). Zdravotníci s praxí 31 let a více byli pouze 4, ale 3 z nich nepociťují nedostatky v oblasti komunikace s pacientem. **Hypotéza 4 se mi nepotvrdila.**



Ukázalo se, že 53,8% zdravotníků mají vzdělání již ze SZŠ, či VŠ a celých 50% se dále vzdělává formou seminářů, či odborných akcí v rámci dalšího vzdělávání zdravotnických pracovníků. Šetření dále ukázalo, že i přes splnění Hypotézy 2 viz výše, většina zdravotníků (53,8%) považuje svou úroveň vzdělání v komunikaci za nedostatečnou. Myslím si, že v dnešní době jsou na zdravotníky kladeny vyšší nároky a to nejen po odborné stránce, ale také na schopnost kvalitně komunikovat s pacientem a zdravotníci si této skutečnosti jsou dobře vědomi. Domnívám se, že i z těchto důvodů 13,5% zdravotníků udávalo nedostatky v komunikaci jak po teoretické, tak po praktické stránce a 34,5% respondentů udávalo občasné nedostatky. Překvapilo mě, že zdravotníci s delší praxí, a tím i s většími zkušenostmi, pociťovali více nedostatků než zdravotníci s praxí kratší. **Podařilo se mi zjistit úroveň vzdělání zdravotníků v komunikaci s pacientem na vybraných odděleních v NsP Česká Lípa, a tím byl Cíl č. 1 splněn.**

**Cíl č. 2 byl, zjistit úroveň komunikace zdravotníků s pacientem se smyslovou poruchou.** K tomuto cíli směřují otázky z dotazníku č. 9 – 13 a příslušné hypotézy 5,6 a 7. **V hypotéze 5 předpokládám, že více jak polovina (tj. více než 50%) respondentů se během své praxe setkala s pacientem se smyslovou poruchou.** 98,1% zdravotníků se již setkalo s pacientem postiženým smyslovou poruchou (tabulka č. 9, graf č. 9), přičemž nejčastěji zdravotníci udávali poruchu sluchu a zrakovou poruchu (tabulka č. 10, graf č. 10). **Tato hypotéza se mi jednoznačně potvrdila.**

**Hypotéza 6 – předpokládám, že maximálně pro 25% respondentů bude komunikace s pacientem se smyslovou poruchou obtížná.** Tato hypotéza mi byla vyvrácena a to tím, že pro 46,2% zdravotníků byla komunikace velmi obtížná a pro 22,3% respondentů byla obtížná (tabulka č. 11, graf č. 11). **Hypotéza 6 se mi nepotvrdila.**

**Hypotéza 7 – předpokládám, že alespoň 75% zdravotníků uvede, že na svém oddělení mají potřebné postupy a pomůcky ke komunikaci s pacientem se smyslovou poruchou.** Související otázkou v dotazníku byla otázka č. 12, kde uvedlo pouze 11,5% zdravotníků dobré vybavení pomůckami. Překvapivě minimální vybavení uvedlo 55,8% a žádné vybavení pomůckami uvedlo 32,7% zdravotníků (tabulka č. 12, graf č. 12). V otázce č. 13 uvedlo pouze 40,4% zdravotníků dostupnost doporučujících postupů (tabulka č. 13, graf č. 13). **Hypotéza 7 se nepotvrdila.**

Zjistila jsem, že 51 zdravotníků z celkového počtu 52 se již za dobu své praxe setkalo s pacientem postiženým smyslovou poruchou. Nejčastěji udávali zdravotníci poruchu sluchu. S tím, že poruchy sluchu a zraku byly téměř vyrovnané a se smíšenou poruchou se setkalo

19,2% (graf č. 10). Je tedy patrné, že se zde zdravotníci setkávají s takto postiženými pacienty a tudíž, by měla být komunikace na dobré úrovni, což jsem i předpokládala v hypotéze 6. Avšak ukázalo se, že pro většinu dotazovaných zdravotníků byla obtížná až velmi obtížná (graf č. 11). Nelze tedy konstatovat, že komunikace zdravotníků s pacienty se smyslovou poruchou by byla na dobré úrovni i přes jejich vzdělání. Toto mi i částečně potvrzuje Hypotéza 7 viz výše, která se patrně nepotvrdila z důvodu poměrně velkého procenta (30,6%) zdravotníků, kteří ani nezjišťovali, zda-li na svém oddělení mají doporučující postupy ke zvládnutí této specifické komunikace. Z toho lze vyvodit, že tito pracovníci nemají potřebu, či zájem o snížení bariér v komunikaci s pacientem se smyslovou poruchou. Rovněž vybavení pomůckami usnadňující komunikaci bylo spíše neuspokojivé, jelikož se ukázalo (graf č. 12) převážně minimální vybavení na vybraných odděleních. **Cíl 2 byl splněn, zjistila jsem úroveň komunikace zdravotníků s pacientem se smyslovou poruchou.**

**Cíl č. 3 byl, zjistit úroveň komunikace zdravotníků s pacientem s afázií.** K tomuto cíli náleží hypotéza 8 a odpovídající otázky v dotazníku č 8, 14 – 20 a č. 27.

**Hypotéza 8, ve které předpokládám, že více jak polovina (tj. více jak 50%) respondentů se setkala s pacientem s afázií a tuto komunikaci zvládlo.** Otázkou č. 8 v dotazníku jsem se snažila zjistit, zda-li zdravotníci znají onemocnění afázie, ukázalo se, že 76,9% dotazovaných, ví co je to afázie a zná její formy, přesto 21,2% zdravotníků nevědělo přesně, co tento termín znamená (tabulka č. 8, graf č. 8). Co se týká bližšího vzdělání v komunikaci s pacientem trpícím poruchou řeči, bylo nejvíce respondentů 42,3% vzděláno, či poučeno na seminářích nebo jiných odborných akcích a 38,5% již na SZŠ, či VŠ (tabulka č. 14, graf č. 14). Zdravotníci se ve velkém počtu (94,2%) již setkali s pacientem afatikem (tabulka č. 15, graf č. 15) a 63,5% z tohoto setkání nemělo žádné pocity obav, či nejistoty (tabulka č. 16, graf č. 16). Otázkou č. 17 jsem se snažila zmapovat úroveň dorozumění s afatikem, 42,3% zdravotníků se dorozumělo, ale 51,9% s velkými obtížemi a 3,8% se vůbec nedorozumělo (tabulka č. 17, graf č. 17). Dále jsem se zdravotníků dotazovala v otázce č. 18, jak tuto komunikaci zvládli. Z celkového počtu 52 dotazovaných mělo 61,5% pocit zvládnutí, 17,3% tuto komunikaci zvládlo snadno a 19,2% mělo pocit, že komunikaci s afatikem nezvládlo (tabulka č. 18, graf č. 18). Jako největší problém, překážku (otázka v dotazníku č. 27) v komunikaci s pacientem postiženým afázií vidí zdravotníci v 71,2% nedostatek času ze strany zdravotníka a v 30,8% neochotu spolupráce ze strany pacienta. Neznalost ze strany zdravotníka udalo 21,2% dotazovaných (tabulka č. 27, graf č. 27). Otázkou č. 19 jsem zjistila, že zdravotníci pociťují nedokonalost své komunikace a mají potřebu dalšího vzdělávání v této oblasti v 38,5%.

34,6% nevědělo, zda mají či nemají tuto potřebu a 26,9% dotazovaných nepocituje nedokonalost své komunikace, a tudíž nemá ani potřebu dalšího vzdělávání (tabulka č. 19, graf č. 19). Zajímalo mě, jakou formu eventuelního vzdělávání by zdravotníci preferovali a jednoznačně 69,2% dotazovaných odpovědělo, že by dávalo přednost seminářům před praxí a samostudiem (tabulka č. 20, graf č. 20). **Hypotéza 8 se mi potvrdila.**

Převážná většina zdravotníků zná toto onemocnění včetně jejích forem (graf č. 8), patrně k tomu přispívá fakt, že jsou zdravotníci vzdělávání kontinuálně již od SZŠ a toto vzdělání někteří dále prohlubují ve svém vlastním zájmu samostudiem. Naprostá většina dotazovaných se již setkala s afatikem (graf č. 15) a pouze 5,8% z celkového počtu mělo obavu se s tímto pacientem setkat (graf č. 16). Dále úroveň komunikace dokládá graf č. 18, kde je patrné, že zdravotníci zvládli komunikaci s afatikem normálně, tedy bez větších problémů až snadno. Hodnocení zdravotníků jejich komunikace je ovšem velmi subjektivní a bylo by velmi zajímavé konfrontovat tyto výsledky s názorem pacientů afatiků např. formou kazuistik. Srovnávat s kazuistikou popsanou výše viz str. 48, by nepřineslo relevantní výsledek. Někteří zdravotníci ovšem měli potřebu dalšího vzdělávání pro pocit nedokonalosti své komunikace (graf č. 19). Patrně z toho důvodu, že vysoké procento dotazovaných uvedlo, že se s afatikem dorozumělo, ale velmi obtížně (graf č. 17). Za největší problém v této oblasti komunikace pokládají zdravotníci nedostatek času pro práci s takto postiženými pacienty. **Zjistila jsem, že komunikace zdravotníků s afatikem je na vybraných odděleních v NsP Česká Lípa vcelku na dobré úrovni. Cíl č. 3 byl splněn.**

**Cíl č. 4 byl zjistit, zda-li jsou vybraná oddělení schopna zajistit afatikům komplexní péči v oblasti komunikace.** Zároveň jsem si i zde stanovila 3 hypotézy. K tomuto cíli náleží otázky č. 21 – 26 v mém dotazníku.

**V deváté hypotéze (Hypotéza 9) předpokládám, že alespoň 50% oslovených respondentů uvede, že mají na svém oddělení postupy a pomůcky usnadňující komunikaci s afatikem a tyto pomůcky využívají.** Hypotéza se potvrdila částečně a to pouze otázkou č. 21, ve které jsem se dotazovala, zda jsou na vybraných odděleních vytvořeny standardy či doporučující postupy ke komunikaci s pacientem s afázií. Odpovědi jsem vyhodnotila dle konkrétního oddělení, na kterém dotazovaní pracují. Přítomnost doporučujících postupů na svém oddělení uvedlo 53,8% zdravotníků. Z toho nejvíce respondentů (30,8%) pracujících na oddělení LDN a následně 17,3% pracujících na neurologickém oddělení. Ostatní zdravotníci uvedli, že postupy buďto nemají nebo toto nezjišťovali. Zejména na chirurgickém oddělení, kde uvedlo 15,4% zdravotníků zde pracujících, nepřítomnost postupů a 11,5% vůbec nezjišťovalo

jejich přítomnost (tabulka č. 21, graf č. 21). Další otázka, která se k hypotéze vztahuje je č. 22, jejíž pomocí jsem se snažila zjistit dostupnost pomůcek nebo programů usnadňující komunikaci s afatikem. Opět jsem odpovědi vyhodnotila i dle konkrétního oddělení. Zjistila jsem, že dostatečné a kvalitní vybavení uvedlo celkem 11,5% zdravotníků a to pouze zdravotníci pracující na LDN (7,7%) a na oddělení neurologie (3,8%). Nedostačující vybavení označili zdravotníci celkem ve 34,6%, zejména na oddělení neurologie (19,2%) a oddělení LDN (13,5%). Nejhůře vybavené je oddělení chirurgie, kde pouze jeden zdravotník (1,9%) uvedl, že mají pomůcky ke komunikaci s afatikem, i když nedostačující. Ostatní dotazovaní pracovníci na chirurgii uvedli, že pomůcky nemají nebo to nezjišťovali (tabulka č. 22, graf č. 22). Poslední otázka, náležící k této hypotéze je č. 23, kde se snažím zjistit, zda-li tyto pomůcky zdravotníci prakticky využívají v komunikaci s afatikem. Jelikož, přítomnost pomůcek potvrdilo pouze 24 zdravotníků, bylo toto množství bráno ve vyhodnocení jako 100% vzorek. Z šetření vyplynulo, že 87,5% z množství 24 respondentů nevyužívá pomůcky k usnadnění komunikace, i když je na svém oddělení má (tabulka č. 23, graf č. 23). **Hypotéza 9 se potvrdila částečně.**

**Hypotéza 10: Předpokládám, že méně jak polovina (tj. méně jak 50%) respondentů by uměla pacientovi nebo jeho příbuzným doporučit další postup kompenzace a léčby afázie.** V příslušné otázce č. 24 jsem se dotazovala, jestli respondenti slyšeli nebo ví o nějakém zařízení úzce se specializující na kompenzaci potíží a léčbu afázie. Z celkového počtu 52 dotazovaných odpovědělo negativně 82,7% zdravotníků (tabulka č. 24, graf č. 24). Dotazovaní zdravotníci, by byli schopni doporučit postup kompenzace afázie (otázka č. 26) pouze ve 23,1%. S kvalitním doporučením si nebylo jisto a nevědělo 53,8% zdravotníků (tabulka č. 26, graf č. 26). **Hypotéza 10 se potvrdila.**

V poslední hypotéze č. 11 (**Hypotéza 11 předpokládám, že 50% oslovených respondentů uvede, že jejich oddělení spolupracuje s klinickým logopedem.** K tomu se vztahuje otázka v dotazníku č. 25, zde jsem také odpovědi vyhodnotila dle oddělení. Z šetření vyplynulo, že celkem 53,8% zdravotníků uvádí spolupráci s logopedem, zvláště na oddělení LDN (30,8%) a 9,6% uvádí častou spolupráci a to nejvíce na oddělení neurologie (7,7%). Z oddělení chirurgie odpovědělo 23,1% zde pracujících zdravotníků, negativně (tabulka č. 25, graf č. 25). **Hypotéza 11 se potvrdila.**

Z mého šetření je tedy zřejmé, že z vybraných oddělení nejlépe zajistit komplexní péči pacientům s afázií v oblasti komunikace, je oddělení LDN. Patrně z toho důvodu, že jsou zde pacienti hospitalizovaní dlouhodobě. Tudíž se léčba nezaměřuje na zvládnutí akutních obtíží. Je zde možné poznat pacienta blíže a navodit individuální přístup, na rozdíl od chirurgického

a neurologického oddělení, kde pacienti leží pouze po nejnnutnější dobu. Přestože, oddělení LDN dopadlo v mém výzkumu nejlépe z vybraných oddělení NsP v České Lípě, nelze usoudit, že vybavení je odpovídající k potřebám afatického pacienta. Jsou zde podstatné rezervy a je ještě mnohé co zlepšovat. Pracovníci na oddělení neurologie mají spíše nedostatečné vybavení a na chirurgickém oddělení není v podstatě žádné vybavení. Mnohé ovlivňuje i přístup zdravotníků. Zjistila jsem, že pomůcky nevyužívá vysoké procento dotazovaných, i když některé pomůcky mají k dispozici. Spolupráci s logopedem udává 53,8% zdravotníků na konkrétních oddělení. Dále jsem zjistila, že zdravotníci nedokáží edukovat pacienta afatika a jeho rodinu v postupu kompenzace a případné léčby afázie.

**Zjistila jsem, že vybraná oddělení v NsP Česká Lípa, mají velké rezervy zajistit afatikům komplexní péči v přístupu a komunikaci. Cíl 4 byl splněn.**

**Cíl č. 5 vytvořit edukační materiál pro zdravotnické pracovníky v přístupu a komunikaci s pacientem postiženým afázií.** Vytvořila jsem edukační materiál (viz příloha č. 1), který by měl být zároveň i jako stručné doporučení zdravotníkům ke komunikaci v praxi. Pro vytvoření edukačního materiálu jsem čerpala z odborné literatury a z dostupných internetových zdrojů. Snažila jsem se zpracovat informace do stručné a přehledné formy, která by mohla odpovídat nejběžnějším požadavkům v komunikaci pečujících osob s afatikem. Uvádím zde, čeho by se měli zdravotníci vyvarovat a naopak co je podstatné dodržet, aby komunikace byla úspěšnější. Další část tohoto cíle je zaměřena na informace, které mohou zdravotníci v nemocnici doporučit pacientům afatikům nebo jeho rodině.

A v neposlední řadě, jsem zde zařadila i obrázky z afatického slovníku. Záměrně jsem vybrala pouze ty, které se týkají ošetřování, včetně některých pomůcek k tomu potřebných. **Cíl č. 5 byl splněn.**

**Všechny vytýčené cíle práce byly splněny.**

## ZÁVĚR

Bakalářská práce má název komunikace s pacientem s afázií. Analyzuji zde termín komunikace, která nejobecněji slouží k tomu, abychom se vzájemně dorozuměli. Je jednou z nejdůležitějších potřeb člověka a díky ní uspokojujeme mnoho dalších jiných potřeb. Její význam a důležitost pro život lidí nelze dostatečně ocenit. Proto narušení či ztráta komunikačních schopností je jedním z nejhorších postižení, s kterým se může člověk setkat. Tato situace je náročná, jak pro samotného postiženého, tak i pro jeho okolí. V důsledku komunikačních bariér jsou tyto lidé výrazně omezeni ve svých společenských aktivitách, mnohé z toho je dáno netolerantním přístupem zdravé populace. Je důležité, abychom postiženého člověka neizolovali od okolí.

Mezi druhy narušené komunikační schopnosti patří afázie, která je také předmětem mé bakalářské práce. Jedná se o složitou systémovou poruchu, kdy dochází k narušení nejen těchto schopností, ale celé psychické, emociální a volní sféry postiženého člověka. Vymezila jsem její příčiny a příznaky. V klasifikaci zahrnuji Bostonskou klasifikaci, která je klasickou typologií afázií, jejíž základy položili Broca a Wernicke již v 19. století. V práci jsem nastínila nejznámější sceníngové testy afázie používané k její diagnostice. Ve většině existujících testů se hodnotí spontánní řečová produkce pacienta a jeho schopnost porozumět mluvené řeči. Terapie afázie je velmi individuální záležitost, která by se dala shrnout do tří rovin a měla by být zahájena co nejdříve.

Snažila jsem se popsat afázii jako narušenou schopnost komunikace a zároveň zdůraznit, že nejde o snížení intelektu, což si mnozí z nás neuvědomují. Zdravotníci jsou obvykle jako první, kteří přichází do kontaktu s pacientem při vzniku tohoto postižení. Měli bychom tedy umět nalést vhodný způsob dorozumění, navodit pocit bezpečí a důvěry. Nezávládnutá komunikace zdravotníka s afatikem totiž působí naprosto devalvačně a tyto pacienti ztrácejí ochotu a snahu další komunikace. Je známo, že v ošetřovatelství je právě komunikace velice důležitou součástí. Nelze tedy s pacientem nekomunikovat i když vyžaduje větší úsilí, trpělivost a tím i delší čas strávený u jeho lůžka. Jsou, ale mezi námi i sestry, které se snaží pro tyto klienty dělat maximum. Je podstatné stanovit si priority v péči o tyto pacienty. Asi nikomu nepřijde zvláštní, že pro afatika není nejdůležitější, jestli sestra píchne injekci dle platných standardů. Pro ně je mnohem důležitější lidskost, trpělivost a porozumění. Zde se nabízí možnost využití alternativní a augmentativní komunikace, o které se rovněž zmiňuji ve své práci. Zároveň bychom měli mít v podvědomí, že každý pacient má jiný druh afázie a jiný stupeň

tohoto postižení, což vyžaduje zcela individuální přístup. Někdy se setkáváme i s afatiky, kteří mají své, již tak závažné postižení, komplikované smyslovou poruchou. Tudíž je dorozumění ještě o to obtížnější, proto jsem věnovala pozornost i pacientům vyžadující specifické potřeby v této oblasti.

Empirická část práce obsahuje případovou studii u pacienta po autonehodě postiženého afázií, komplikovanou téměř naprostou hluchotou. Popisuji postupnou reedukaci jeho komunikačních obtíží a navrácení pacienta do běžného života. Dále stručně popisuji přístup zdravotníků a pacientovu zpětnou odezvu. Také díky této studii jsem si v empirické části práce stanovila cíle, které měly zjistit, zda jsou zdravotníci vzděláni v komunikaci obecně, úroveň komunikace s pacientem se smyslovou poruchou, úroveň komunikace s afatikem a schopnost zajistit komplexní péči v komunikaci s afatikem. Jako návod, či doporučení pro praxi jsem vytvořila edukační materiál (viz příloha č. 1), který byl zároveň i posledním cílem mé práce. Cíle práce byly splněny.

Svou bakalářskou práci, včetně edukačního materiálu využiji pro praxi, vydáním edukační brožury, napsáním článku do odborného časopisu, vystoupením na konferencích a odborných seminářích.

## ANOTACE

- Autor:** Renata Růžičková  
**Instituce:** Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové  
Oddělení ošetrovatelství  
**Název práce:** Komunikace s pacientem s afázií  
**Vedoucí práce:** doc. PhDr. Jana Kutnohorská, CSc.  
**Počet stran:** 96  
**Počet příloh:** 4  
**Rok obhajoby:** 2010  
**Klíčová slova:** afázie, komunikace, narušená komunikace, pacient, smyslová porucha

Bakalářská práce pojednává o komunikaci s pacientem postiženým afázií. První kapitola teoretické části se zaměřuje na vymezení pojmů verbální a neverbální komunikace, komunikace v ošetrovatelském procesu, narušená komunikační schopnost. Dále se práce zabývá problematikou komunikace s pacienty se specifickými potřebami, augmentativní a alternativní komunikací. Obsahem druhé kapitoly je samotná afázie. Objasňuje její příčiny vzniku, popisuje symptomatologii, klasifikaci, základní diagnostiku a terapii.

Nedílnou součástí bakalářské práce je kvantitativní výzkumné šetření zaměřené hlavně na úroveň komunikace zdravotníků s afatikem. Zkoumaným vzorkem jsou zdravotníci pracující na vybraných odděleních v severočeském okresním zdravotnickém zařízení. V této práci jsou stanoveny hypotézy a je proveden rozbor jejich výsledků. Současně byla popsána případová studie u afatika se sluchovou poruchou, zaměřená na zvládnutí jeho komunikace. Na základě šetření jsou shrnuty poznatky a vytvořen edukační materiál pro zdravotníky.

The Bachelor thesis deals with communication with patient affected by aphasia. The first chapter of the theoretical part focuses on definitions of verbal and nonverbal communication, on communication in the nursing process and communication disorder. Then the thesis deals with communication problems with patients with special needs, augmentative and alternative communication. The content of the second chapter is aphasia solely. It explains the causes, describing symptomatology, classification, basic diagnostics and therapy.

An integral part of the Bachelor thesis is a quantitative investigative research focused on the level of communication between health professionals and aphatic clients mainly.



The examined samples are paramedics working in the selected departments of a North Bohemia district health care facility. The hypothesis are set and analysis of their results are performed in this thesis. It was also described a case study for the hearing impaired aphatic client focused on solving his communication. Pursuant to the survey here are summarized evidences and the educational material for health professionals was developed.

## POUŽITÉ PRAMENY A LITERATURA

1. BEEROVÁ,E. *Aktuální stav užívání prostředků augmentativní a alternativní komunikace.* e Pedagogikum II/2005. ISSN 1213-7758 [Online]. [cit. 2009-11-23]. Dostupné z < > <http://epedagog.upol.cz/>.
2. BOONE,D.E. PLANTE,E. *Human communication and its disorders.* Prentice Hall, 1993. s 397. ISBN 0134440765.
3. CSEFALVAY,Z. *Terapie afázie.* Praha: Portál s.r.o, 2007. s 176. ISBN 80-7367-316-9.
4. COCKERILL,H. CARROLL-FEW,L. *Commucating without speech: practical augmentative & alternative communication.* London: Mac Keith Press, 2001. s. 185. ISBN 1898683255.
5. DE VITO,J. *Základy mezilidské komunikace.* Praha: Grada Publ., 2004. s 420. ISBN 80-7169-988-8.
6. GROFKOVÁ,K. *Využití metod augmentativní a alternativní komunikace v terapii narušené komunikační schopnosti u dětí..* Č. Bud., 2007. diplomová práce (Mgr.). Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta.
7. HONZÁK,R. *Komunikační pasti v medicíně.* Praha: Galén, 1997. s 159. ISBN 80-85824-60-4.
8. ICTUS. *Co je CMP a co dělat – Afatický slovník.* [Online]. [cit. 2010 – 04 - 20]. Dostupné z < ><http://www.ictus.cz/>.
9. JANÁČKOVÁ,L. WEISS,P. *Komunikace ve zdravotnické péči.* Praha: Portál s.r.o, 2008. s 136. ISBN 978-80-7367-477-9.
10. JIRÁK,R. KOUKOLÍK,F. *Demence. Neurobiologie, klinický obraz, terapie.* Praha: Galén 2004. ISBN 80-7262-268-4.
11. KALITA,Z. a kol. *Akutní cévní mozkové příhody.* Praha: Maxdorf s.r.o, 2006. ISBN 80-85912-26-0.
12. KELNAROVÁ,J. MATĚJKOVÁ,E. *Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty-4. ročník.* Praha: Grada Publishing, 2009. ISBN 978-80-247-2831-5.
13. KLENKOVÁ,J. *Logopedie.* Praha: Grada Publishing, 2006. s 228. ISBN 80-247-1110-9.
14. KLUB AFÁZIE. *Základní rady pro komunikaci s osobou s afázií.* [Online]. [cit. 2010 – 03 - 17]. Dostupné z < ><http://www.klubafasie.com/>.

15. KOLÁŘOVÁ,M. *Komunikace zdravotnického personálu s klienty*. Č. Bud., 2009. bakalářská práce (Bc.). JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH. Zdravotně sociální fakulta.
16. KRISTOVÁ,J. *Komunikácia v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta, 2004. 212 s. ISBN 80-8063-160-3.
17. KŘIVOHLAVÝ,J. *Jak si navzájem lépe porozumíme*. Praha: Svoboda, 1988. s 235.
18. KULIŠŤÁK,P. LEHEČKOVÁ,H. MIMROVÁ,M. NEBUDOVÁ,J. *Afázie*. Praha: Triton, 1997. ISBN 80-85875-38-1.
19. KUTNOHORSKÁ,J. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada Publ., 2007. s 164. ISBN 978-80-247-2069-2.
20. KUTNOHORSKÁ,J. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada Publ., 2009. s 176. ISBN 978-80-247-2713-4.
21. LECHTA,V. kol. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál s.r.o, 2003. s 360. ISBN 80-7178-801-5.
22. LEMON 2 – *Soubor učebních textů pro sestry, porodní asistentky a další zdravotnické pracovníky*. 1.vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví,1995. s.155 ISBN 80-7013-238-8.
23. LEŠKO,L. (*Náhled do*) *Sociální komunikace*. Brno: Tribun EU s.r.o, 2008. s 99. ISBN 978-80-7399-466-2.
24. LINHARTOVÁ,V. *Praktická komunikace v medicíně pro mediky, lékaře a ošetrující personál*.Praha: Grada Publ., 2007.s 152. ISBN 978-80-247-1784-5.
25. LOGOPED ONLINE. *Seznam ambulancí*. [Online]. [cit. 2010 – 3 - 17]. Dostupné z<><http://www.logopedonline.cz/>.
26. LOVE,R.J. WEBB, W.G. *Mozek a řeč*. Praha: Portál s.r.o, 2009. s 376. ISBN 978-80-7367-464-9.
27. MARTINKOVÁ,P. *Možnosti socializace jedince s afázií*. Brno: 2007. diplomová práce (Mgr.). Masarykova univerzita, pedagogická fakulta.
28. MIKULÁŠTÍK,M. *Komunikační dovednosti v praxi*. Praha: Grada Publ., 2003. s 368. ISBN 80-247-0650-4.
29. NADEAU,S.E. ROTH, L.J. CROSSON,B. *Aphasia and language: theory to practice*. New York: Guilford Press, 2000. s 454. ISBN 1572305819.
30. NEUBAUER,K. kol. *Neurogení poruchy komunikace u dospělých*. Praha: Portál s.r.o, 2007.s 227. ISBN 978-80-7367-159-4.

31. PETRŽÍLKOVÁ,M. *Programy řady Mentio*. [Online]. [cit. 2009-11-23]. Dostupné z < > <http://www.mentio.cz>
32. POKORNÁ,A. *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 2008. s 100. ISBN 978-80-7013-466-5
33. RIEBER, R.W. *Communication disorders*. New York: Springer, 1981. s 356. ISBN 0-306-40527-X
34. SAAK. *Počítačové programy pro lidi s afázií*. [Online]. [cit. 2009- 11-23], Dostupné z < > <http://www.alternativnikomunikace.cz/saak/index.php?page=programy>.
35. SEIDL,Z. *Neurologie pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada Publ., 2008. s 168. ISBN 978-80-247-2733-2
36. STAŇKOVÁ,M. *Jak provádět ošetrovatelský proces*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2004. s 66. ISBN 80-7013-283-3
37. ŠPATENKOVÁ,N. KRÁLOVÁ,J. *Základní otázky komunikace, Komunikace (nejen) pro sestry*. Praha: Galén, 2009. s 135. ISBN 978-80-7262-599-4
38. VENGLÁŘOVÁ,M. MAHROVÁ,G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha : Grada Publ., 2006. s. 144. ISBN 80-247-1262-8
39. VYBÍRAL, Z. *Psychologie komunikace*. 1.vyd. Praha: Portál, 2005. s 320. ISBN 80-7178-998-4

## SEZNAM OBRÁZKŮ

|   |    |
|---|----|
| Obrázek 1 - <i>Haptické zóny (Leško, 2008, s. 29)</i> .....   | 15 |
| Obrázek 2 - <i>Proxemické zóny (Leško, 2008, s. 31)</i> .....   | 16 |
| Obrázek 3 - <i>Vyjádření manuálních symbolů v systému Znak do řeči (Beerová, 2005, s. 9) ...</i>          | 26 |
| Obrázek 4 – <i>Černobílé piktogramy</i> .....   | 27 |
| Obrázek 5 - <i>Manuální a grafické vyjádření slov spát a kde v systému Makaton</i> .....                  | 27 |
| Obrázek 6 - <i>Ukázka symbolů systému Bliss pro slova chodidlo, drak, pes, matka</i> .....                | 27 |
| Obrázek 7 – <i>Komunikační tabulky – obsah</i> .....  | 28 |
| Obrázek 8 - <i>Symboly PCS</i> .....  | 28 |
| Obrázek 9 – <i>Komunikátory</i> .....   | 29 |
| Obrázek 10 – <i>Program ACKeypboard</i> .....   | 29 |
| Obrázek 11- <i>Program Mentio - slovesa, popis, cvičení</i> .....   | 30 |
| Obrázek 12 – <i>Program FONO – slovní zásoba</i> .....  | 30 |
| Obrázek 13 – <i>Program Symwriter – vytváření vět ze symbolů či slov</i> .....                            | 31 |
| Obrázek 14 - <i>Místa poškození mozkové kůry u jednotlivých typů afázie (Neubauer, 2007, s. 54)</i> ..... | 38 |
| Obrázek 15 - <i>Charakteristika komplexních testů afázie (Cséfalvay, 2007, s. 38)</i> .....               | 42 |

## SEZNAM GRAFŮ

|   |    |
|---|----|
| graf 1 - Oddělení, na kterém dotazovaní pracují v % .....                                 | 51 |
| graf 2 - Věk dotazovaných v % .....   | 52 |
| graf 3 - Délka praxe v oboru v % .....  | 53 |
| graf 4 - Nejvyšší ukončené vzdělání v % .....   | 54 |
| graf 5 - Vzdělání v oblasti komunikace v % .....  | 55 |
| graf 6 - Dostatečná úroveň vzdělání v oblasti komunikace v % .....                        | 56 |
| graf 7 - Pocit teoretických, či praktických nedostatků ve vztahu k délce praxe v % .....  | 57 |
| graf 8 - Znalost onemocnění Afázie v % .....  | 59 |
| graf 10 - Kontakt s pacientem se smyslovou poruchou v % .....                             | 60 |
| graf 11 - Kontakt s pacientem s konkrétní smyslovou poruchou v % .....                    | 61 |
| graf 12 – Úroveň komunikace s pacientem se smyslovou poruchou v % .....                   | 62 |
| graf 13 - Vybavení pomůcek na oddělení v % .....  | 63 |
| graf 14 - Přítomnost doporučujících postupů na odděleních v % .....                       | 64 |
| graf 15 - Vzdělání v komunikaci s pacientem s poruchou řeči v % .....                     | 65 |
| graf 16 - Kontakt s pacientem s afázií v % .....  | 66 |
| graf 17 - Pocit obavy, nejistoty ze setkání s pacientem s afázií v % .....                | 67 |
| graf 18 - Úroveň dorozumění s afatikem v % .....  | 68 |
| graf 19 - Pocit zvládnutí komunikace s afatikem v % .....                                 | 69 |
| graf 20 - Potřeba dalšího vzdělání v komunikaci s afatikem v % .....                      | 70 |
| graf 21 - Preferovaná forma dalšího vzdělání v komunikaci s afatikem v % .....            | 71 |
| graf 22 - Přítomnost doporučujících postupů komunikace s afatikem na odděleních v % ..... | 72 |
| graf 23 - Přítomnost pomůcek, programů usnadňující komunikaci s afatikem na odd. v % ...  | 73 |
| graf 24 - Praktické využití pomůcek v % .....   | 74 |
| graf 25 - Znalost specializovaného pracoviště ke kompenzaci a léčbě afázie v % .....      | 75 |
| graf 26 - Spolupráce s klinickým logopedem dle odd. v % .....                             | 76 |
| graf 27 - Schopnost zdravotníků doporučit postup kompenzace afázie v % .....              | 77 |
| graf 28 - Největší problém v komunikaci s afatikem v % .....                              | 78 |
| graf 29 - Doplnění informace, námět dotazovaných v % .....                                | 79 |

## SEZNAM TABULEK

|  |    |
|--|----|
| tabulka 1 - Oddělení, na kterém dotazovaní pracují .....                                 | 51 |
| tabulka 2 - Věk dotazovaných .....   | 52 |
| tabulka 3 - Délka praxe v oboru .....  | 53 |
| tabulka 4 - Nejvyšší ukončené vzdělání .....   | 54 |
| tabulka 5 - Vzdělání v oblasti komunikace .....  | 55 |
| tabulka 6 – Dostatečná úroveň vzdělání v oblasti komunikace .....                        | 56 |
| tabulka 7 - Pocit teoretických, či praktických nedostatků ve vztahu k délce praxe .....  | 57 |
| tabulka 8 - Znalost onemocnění Afázie .....  | 59 |
| tabulka 9 - Kontakt s pacientem se smyslovou poruchou .....                              | 60 |
| tabulka 10 - Kontakt s pacientem s konkrétní smyslovou poruchou .....                    | 61 |
| tabulka 11 - Úroveň komunikace s pacientem se smyslovou poruchou .....                   | 62 |
| tabulka 12 - Vybavení pomůcek na oddělení .....  | 63 |
| tabulka 13 - Přítomnost doporučujících postupů na odděleních .....                       | 64 |
| tabulka 14 - Vzdělání v komunikaci s pacientem s poruchou řeči .....                     | 65 |
| tabulka 15 - Kontakt s pacientem s afázií .....  | 66 |
| tabulka 16 - Pocit obavy, nejistoty ze setkání s pacientem s afázií .....                | 67 |
| tabulka 17 - Úroveň dorozumění s afatikem .....  | 68 |
| tabulka 18 - Pocit zvládnutí komunikace a afatikem .....                                 | 69 |
| tabulka 19 - Potřeba dalšího vzdělání v komunikaci s afatikem .....                      | 70 |
| tabulka 20 - Preferovaná forma dalšího vzdělání v komunikaci s afatikem .....            | 71 |
| tabulka 21 - Přítomnost doporučujících postupů komunikace s afatikem na odděleních ..... | 72 |
| tabulka 22 - Přítomnost pomůcek, programů usnadňující komunikaci s afatikem na odd. .... | 73 |
| tabulka 23 - Praktické využití pomůcek .....   | 74 |
| tabulka 24 - Znalost specializovaného pracoviště ke kompenzaci a léčbě afázie .....      | 75 |
| tabulka 25 - Spolupráce s klinickým logopedem dle oddělení .....                         | 76 |
| tabulka 26 - Schopnost zdravotníků doporučit postup kompenzace afázie .....              | 77 |
| tabulka 27 - Největší problém v komunikaci s afatikem .....                              | 78 |
| tabulka 28 - Doplnující informace, námět dotazovaných .....                              | 79 |

## **SEZNAM PŘÍLOH**

|  |     |
|--|-----|
| příloha 1 - Edukační materiál .....                      | 97  |
| příloha 2 - Dotazník .....                               | 108 |
| příloha 3 - Průvodní dopis k dotazníku .....             | 112 |
| příloha 4 - Žádost o povolení distribuce dotazníků ..... | 113 |



## PŘÍLOHY

### příloha 1 - Edukační materiál

Doporučení pro praxi vnímám jako doporučení pro pečující:

- Pamatujte na vysokou míru unavitelnosti osob s afázií – jakákoli řečová aktivita (rozumění i produkce) si vyžaduje zvýšenou námahu. Hovořte i cvičte raději krátce.
- Z počátku se vyvarujte rušivých vjemů při komunikaci – vypněte televizi, rádio, mluvte po jednom.
- Mluvte na osobu s afázií v krátkých, jasně strukturovaných větách, užívejte spíše konkrétní výrazy.
- Využívejte všech vstupů pro komunikaci – ukažte to, o čem mluvíte. Napsané slovo může, ale nemusí pomoci.
- Využívejte uzavřené otázky (na které lze odpovědět ano – ne), ale pamatujte, že osoby s afázií (zejména v počátečních fázích) mohou mít obtíže s odlišením „ano“ od „ne“ (tabulka se spojením slov i symbolů vám může pomoci). ANO ( + ) NE ( - ).
- Dbejte, abyste osobu s afázií nezahltili – pamatujte, že vnímání i rozumění je pomalejší a (zpočátku) velmi namáhavé. Pokládejte otázky konkrétní, pokud dáváte na výběr, pak max. ze dvou možností - ukažte to, o čem mluvíte. Otázka „chceš čaj nebo kafe nebo ten džus od včerejška nebo co?“ je naprosto matoucí, vhodnější je vzít krabičku s čajem a zeptat se: „Chceš čaj?“ atd.
- Dejte afatikovi dostatek času, aby mohl na váš podnět reagovat.
- Situační chápání neznamená neporušené rozumění řeči.
- Pro afázii jsou typické záměny slov – pamatujte, že pokud pacient říká „brýle“, nemusí se vždy jednat o brýle. Časté je i opakování stejného slova na různé podněty (pacient chce brýle, řekne brýle, pak chce napít, řekne opět brýle, chce kapesník, ale produkuje opět brýle) – neopakujte nežádoucí slovo, pokud je to možné, zaměřte pozornost jinam. Pamatujte, že takové nežádoucí opakování je pro vašeho blízkého s afázií obvykle více ubíjející než pro vás – nikdy se nejedná o schválnost!
- Ne každá produkce je žádoucí, pokud začne afatik stereotypně opakovat jedno slovo, slovní spojení, resp. nesmyslný shluk slabik na většinu podnětů, buďte opatrní, takovou slovní produkci nepodporujte. Obraťte pozornost na posilování porozumění, vyhledejte pomoc logopeda.

- Zpočátku může být pacient lehce desorientován, v chronické fázi však vždy pamatujte, že afázie sama o sobě neznamena narušení mentálních schopností.
- Postiženy mohou být v různé míře všechny komunikační kanály (porozumění – mluvení, čtení – psaní, gesta, kresba...). Proto je všechny třeba stimulovat.
- Nevyužívejte při cvičení dětských materiálů.
- Pomáhejte osobě, která trpí afázií s jeho problémy při vyjadřování se ukazováním, gestikulací, kresbou nebo psaním a ptejte se, zda může ukazovat, gestikulovat, něco kreslit nebo psát.
- Využijte při rozhovoru komunikační pomůcky.
- Spolupráce s klinickým logopedem je nutná. V podstatě každý pacient trpící afázií je pacientem pro logopeda.

#### Doporučení pro pacienty:

- Je třeba vyhledat odbornou péči klinického logopeda, který stanoví přesnou diagnózu a konkrétní postup terapie,
- logopedická péče je možná již několik dní po vzniku afázie, když jsou stabilizovány vitální funkce, tedy ještě v nemocnici,
- v prvních dnech, týdnech, měsících často dochází ke spontánní úpravě stavu k lepšímu – v této době je dobré započít s logopedickou péčí, obnovovací schopnost je největší,
- cvičit je třeba po krátkých chvilkách, několikrát za den,
- pokud je to možné, pokračovat v běžných činnostech (např. večere s rodinou, přáteli, jít ven atd.) Není dobré se izolovat od rodiny nebo přátel,
- neignorujte skupinovou terapii, pokud je Vám nabízena,
- můžete využít možnosti pobytu v lázních (s logopedickou péčí) a rekondičních pobytů.

#### Rekondiční pobyty:

1. **Klinika rehabilitačního lékařství** – Praha 2, Albertov 7, tel: +420 224 968 521 97
2. **Rehabilitační klinika Malvazinky** – Praha 5, U Malvazinky 5, tel: +420 251 116 602 109
3. **Hamzova odborná léčebna** – Luže – Košumberk 80, tel: +420 469 648 111 98
4. **Vojenský rehabilitační ústav** – Slapy n. Vltavou, tel: +420 257 750 071 118
5. **Rehabilitační ústav Kladruby** – Kladruby u Vlašimi 30

([Online]. [cit. 2010 – 03 – 17]. Dostupné z <><http://www.klubafasie.com/>)

Logopedická péče:

## **Kraj Liberecký**

### **Okres Česká Lípa**

NsP Česká Lípa – poliklinika, Purkyňova 1849, Česká Lípa 470 01

Mgr. LUCIE VOSÁLOVÁ, [lucie.vosalova@centrum.cz](mailto:lucie.vosalova@centrum.cz), tel. 487 954 927

NZZ – klinická logopedie – PaedDr. Karel Neubauer, Jiráskova 657/26, Česká Lípa 470 01

PaedDr. KAREL NEUBAUER, Ph.D. [karel.neubauer@tiscali.cz](mailto:karel.neubauer@tiscali.cz), tel. 487874169

### **Okres Jablonec nad Nisou**

Logopedická ambulance, Na Šumavě 48, Jablonec nad Nisou 466 01

Mgr. MILENA FLEIŠMANOVÁ, [jirkapr.123@volny.cz](mailto:jirkapr.123@volny.cz), tel. 483319106

Nemocnice Jablonec nad Nisou, Nemocniční 15, Jablonec nad Nisou 466 60

Mgr. ANNA BERANOVÁ, tel. 483345631

PaedDr. MÁRIA JANCÍKOVÁ, [jancikovam@seznam.cz](mailto:jancikovam@seznam.cz)

### **Okres Liberec**

Jedličkův ústav pro tělesně postižené děti a mládež, Lužická 7, Liberec 460 06

PaedDr. MÁRIA JANCÍKOVÁ, [jancikovam@seznam.cz](mailto:jancikovam@seznam.cz), tel. 485218147

Klinická logopedie – Mgr. Kateřina Mlčkovská, Letná 134/33, Liberec 460 01

Mgr. KATEŘINA MLČKOVSKÁ, [mlckovska.k@seznam.cz](mailto:mlckovska.k@seznam.cz), tel. 485122402

Logopedická ambulance – Nemocnice Liberec, Husova 10, Liberec 460 01

Mgr. JANA ROSSMANOVÁ, [rossmanovajana@seznam.cz](mailto:rossmanovajana@seznam.cz), tel. 485312600

Logopedická ambulance – Mgr. Zdenka Janoušková, Masarykova 9, Liberec 1 460 01

Mgr. ZDENKA JANOUŠKOVÁ, [lgpd@volny.cz](mailto:lgpd@volny.cz), tel. 485223232

### **Okres Semily**

Dětské centrum Jilemnice, Sídliště, Jilemnice 514 01

PaedDr. LIBUŠE ŠAFROVÁ, [libasafrova@quick.cz](mailto:libasafrova@quick.cz), tel. 481544208

Masarykova městská nemocnice Jilemnice – Logopedická ambulance, Jilemnice 514 01

Mgr. Nad'a Pilařová, [pilarova.logo@seznam.cz](mailto:pilarova.logo@seznam.cz), tel. 481 551 116

PaedDr. LIBUŠE ŠAFROVÁ, [libasafrova@quick.cz](mailto:libasafrova@quick.cz), tel. 481551111

Mgr. et Bc. KATEŘINA ŠIROVÁ, [sirova.logo@centrum.cz](mailto:sirova.logo@centrum.cz), tel. 481551116

Klinická logopedie – PaedDr. Jana Vobořilová, A. Dvořáka 303, Turnov 511 01

PaedDr. JANA VOBOŘILOVÁ, [jana.voborilova@worldonline.cz](mailto:jana.voborilova@worldonline.cz), tel. 481325993

([Online]. [cit. 2010 – 3 – 17]. Dostupné z <http://www.logopedonline.cz/>)

Poskytování služeb a poradenství lidem s narušenou schopností komunikace:

<http://www.slunko.eu>

Kontaktní údaje:

Dr. E. Beneše 2871/5, 787 01 Šumperk

Telefon WORK: +420 583 311 215

Mobil CELL: +420 602 761 989

Důležité odkazy:

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

<http://www.alternativnikomunikace.cz/>

<http://www.ictus.cz/>

<http://home.tiscali.cz/oszare/index.htm>

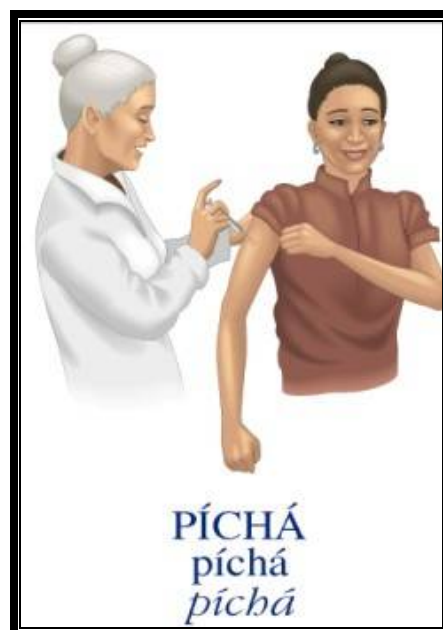
<http://sdruzenicmp.cz/cz/>

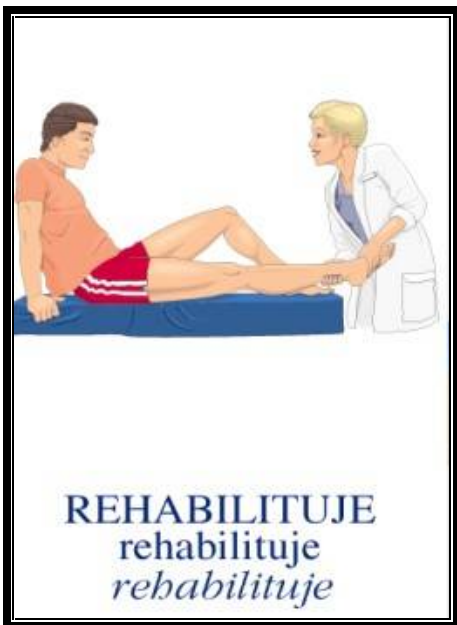
<http://www.logopedonline.cz/>

<http://www.slunko.eu/>

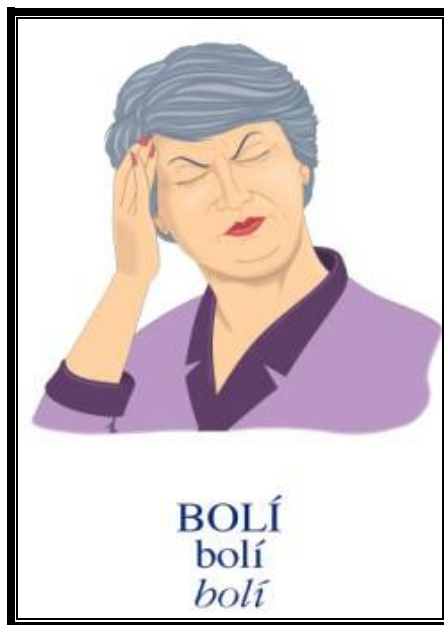
Afatický slovník:

Ukázka obrázků z afatického slovníku, týkající se ošetřování pacienta a pomůcek k tomu potřebných.





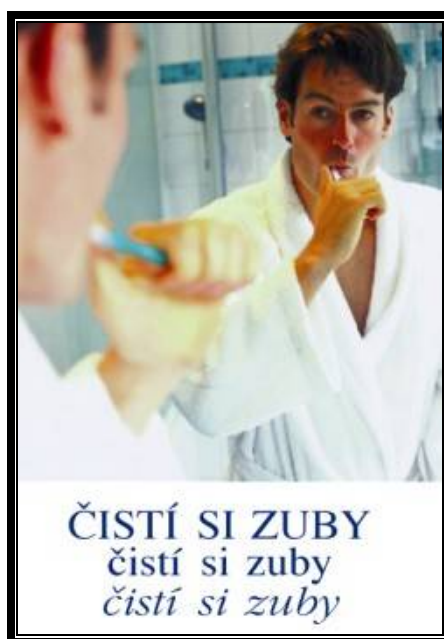
REHABILITUJE  
rehabilituje  
*rehabilituje*



BOLÍ  
bolí  
*bolí*



BOJÍ SE  
bojí se  
*bojí se*



ČISTÍ SI ZUBY  
čistí si zuby  
*čistí si zuby*



MYJE SE  
myje se  
*myje se*



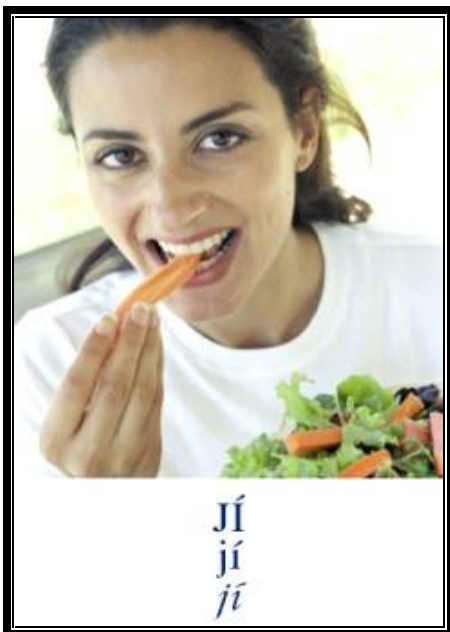
HOLÍ SE  
holí se  
*bolí se*



ČEŠE  
češe se  
*češe se*



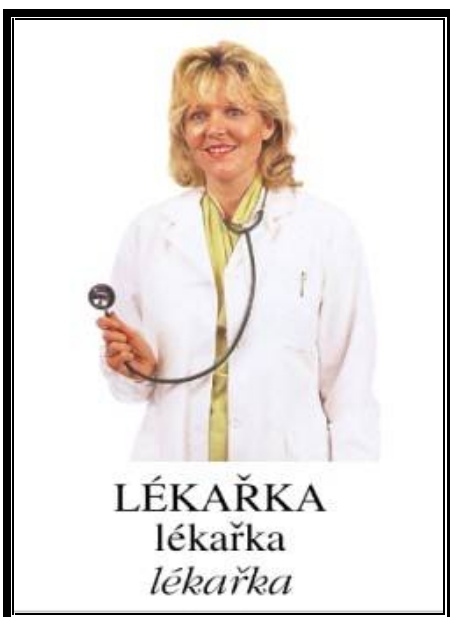
PŘEMÝŠLÍ  
přemýšlí  
*přemýšlí*



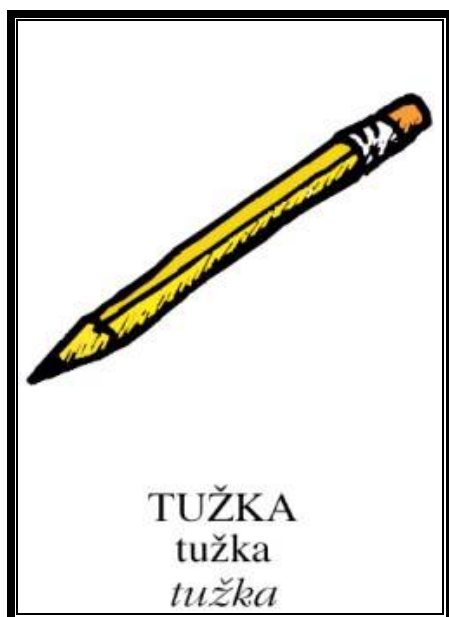
JÍ  
jí  
jí



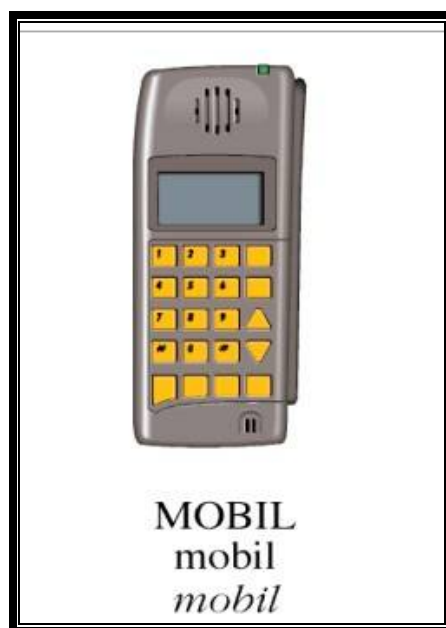
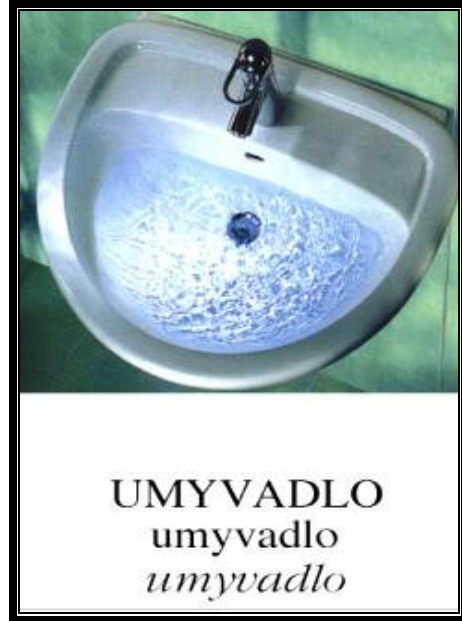
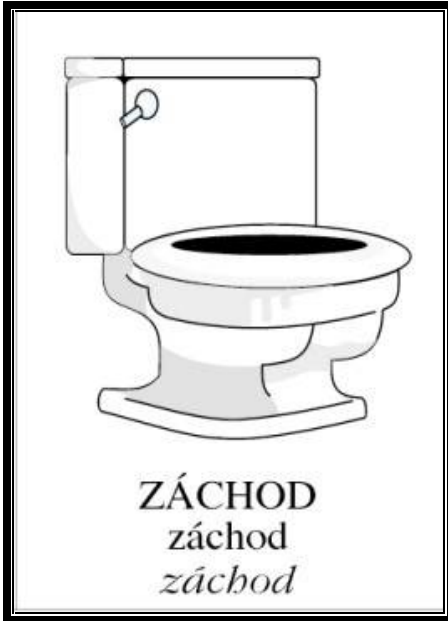
PIJE  
pije  
pije



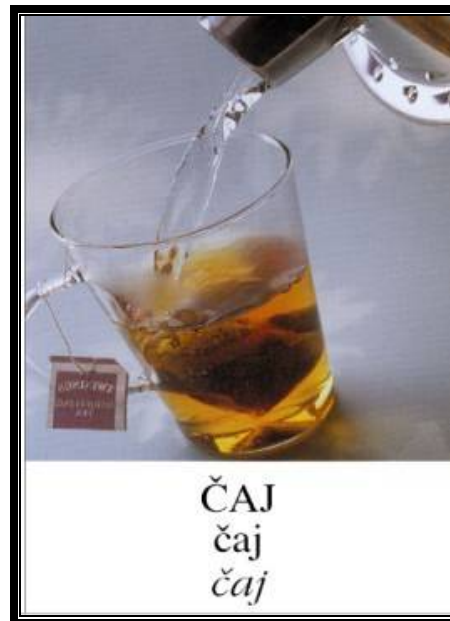
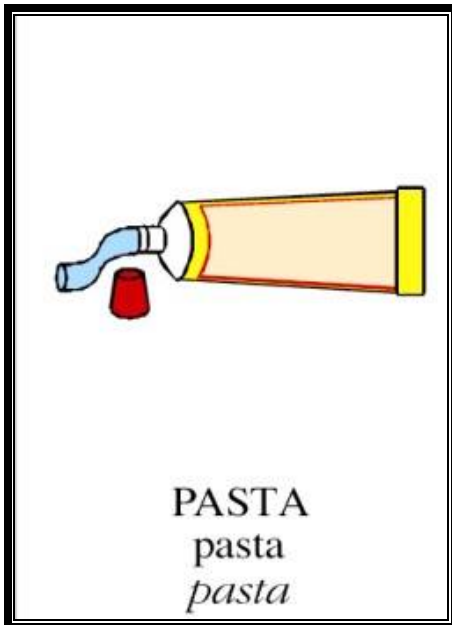
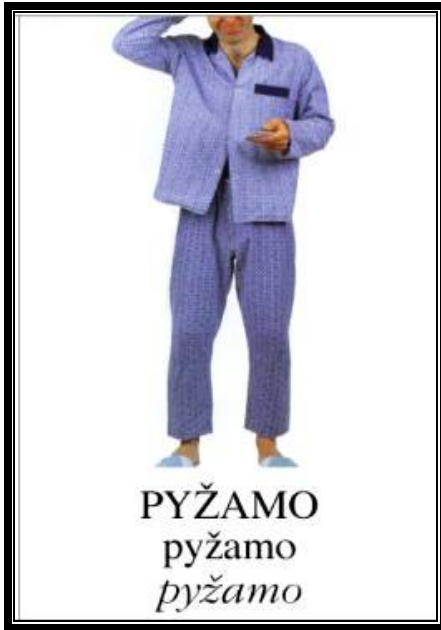
LÉKAŘKA  
lékařka  
lékařka



TUŽKA  
tužka  
tužka

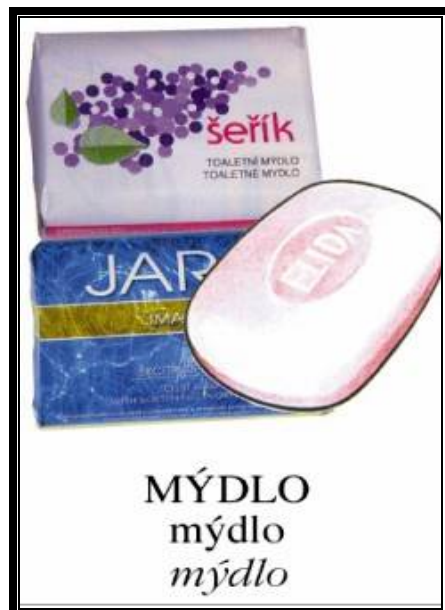








HŘEBEN  
hřeben  
*hřeben*



MÝDLO  
mýdlo  
*mýdlo*



RUČNÍK  
ručník  
*ručník*



SPRCHA  
sprcha  
*sprcha*



ŠAMPON  
šampon  
*šampon*



ZRCADLO  
zrcadlo  
*zrcadlo*



KAPESNÍK  
kapesník  
*kapesník*



BRÝLE  
brýle  
*brýle*

## **příloha 2 - Dotazník**

Dobrý den,

Jmenuji se Renata Růžičková a jsem studentkou Lékařské fakulty Karlovy univerzity v Hradci Králové, 3. ročníku bakalářského studia oboru Všeobecná sestra. Pro svou bakalářskou práci jsem si zvolila téma zabývající se úrovní komunikace s pacientem, komunikace s pacientem s afázií ze strany zdravotníků. Dovoluji si Vás požádat o vyplnění tohoto dotazníku (nejde o vědomostní test), jehož výsledky budou zpracovány zcela anonymně a použity pouze pro účel mé bakalářské práce. Velmi Vám děkuji za spolupráci a Vaše upřímné odpovědi. Na každou otázku prosím odpovzte výběrem z možností a tu zakroužkujte. Vyplnění dotazníku Vám zabere asi 20 minut.

Děkuji Renata Růžičková

---

### **1. Oddělení, na kterém pracujete:**

- a) chirurgické odd.
- b) oddělení LDN
- c) neurologické odd.
- d) jiné

### **2. Uveďte váš věk:**

- a) 18 – 30
- b) 31 – 40
- c) 41 – 50
- d) 51 a více

### **3. Praxe v oboru (jak dlouho):**

- a) 0 – 10
- b) 11 – 20
- c) 21 – 30
- d) 31 a více

### **4. Vaše úplné nejvyšší dosažené vzdělání v oboru:**

- a) nemám vzdělání v oboru
- b) střední odborné
- c) střední odborné s maturitou
- d) střední odborné se specializací
- e) vyšší odborné
- f) vysokoškolské

### **5. Byl/a jste vzdělán/a v oblasti komunikace s pacientem:**

- a) ne, nikdy
- b) ano, a to na SZŠ, VŠ
- c) ano, samostudiem
- d) ano, semináře, odborné akce, jiné

- 6. Považujete vzdělání za dostatečné:**
- a) ne
  - b) ano
- 7. Pociťujete nějaké teoretické, či praktické nedostatky v komunikaci s pacientem:**
- a) ne
  - b) občas
  - c) ano
- 8. Víte co je to AFÁZIE, a jaké jsou její formy:**
- a) ne
  - b) už jsem to slyšel/a, ale nevím přesně
  - c) ano
- 9. Setkali jste se ve své praxi nebo jinde s pacientem se smyslovou poruchou:**
- a) ne, nikdy
  - b) ano
- 10. S jakou poruchou:**
- a) zrakovou
  - b) sluchovou
  - c) smíšenou poruchou
  - d) nesetkal/a jsem se
- 11. Komunikace s pacientem se smyslovou poruchou byla:**
- a) žádná nebo nemožná
  - b) žádná, komunikace byla prostřednictvím doprovodu (tlumočnicka)
  - c) velmi obtížná
  - d) obtížná
  - e) normální
  - f) jiná
  - g) nemám zkušenost
- 12. Máte na svém oddělení vhodné pomůcky, které usnadňují komunikaci s tímto pacientem:**
- a) ne, nikdy jsme neměli
  - b) ano, minimální
  - c) ano, jsme dobře vybavení
- 13. Máte na svém oddělení určité doporučující postupy na komunikaci s pacientem se smyslovou poruchou:**
- a) ne
  - b) nezjišťoval/a jsem to
  - c) ano

**14. Byl/a jste poučena, či blíže vzdělán/a jak komunikovat s pacientem s poruchou řeči (neschopností mluvit nebo chápat mluvenou řeč):**

- a) ne, nikdy
- b) ano, a to na SZŠ, VŠ
- c) ano, samostudiem
- d) semináře, odborné akce, jiné

**15. Setkal/a jste se někdy s člověkem trpícím touto poruchou – afázií:**

- a) ne, nikdy
- b) ano, ale nekomunikovali jsme spolu
- c) ano

**16. Pocítil/a jste obavu/nejistotu se s takto postiženým pacientem setkat:**

- a) ne
- b) částečně
- c) ano

**17. Dorozuměli jste se:**

- a) vůbec ne
- b) ano, ale velmi obtížně
- c) ano
- d) snadno
- e) nemám zkušenost

**18. Jak jste komunikaci a afatikem zvládl/a:**

- a) nezvládl/a
- b) normálně
- c) snadno
- d) nemám zkušenost

**19. Pocít'ujete nedokonalost své komunikace a potřebu dalšího vzdělávání v této oblasti:**

- a) ne
- b) ano
- c) nevím

**20. Jakou formu dalšího vzdělání v komunikaci s afatikem byste zvolil/a :**

- a) samostudium
- b) semináře
- c) praxe
- d) jiné

**21. Jsou na Vašem oddělení vytvořeny standardy či doporučující postupy komunikace s pacientem s afázií:**

- a) ne
- b) nezjišť'oval/a jsem to
- c) ano

- 22. Máte na svém oddělení pomůcky, či programy které by usnadňovaly komunikaci s pacientem trpící afázií:**
- a) ne
  - b) nezjišťoval/a jsem to
  - c) ano, ale nedostačující
  - d) ano, máme dostatečné a kvalitní vybavení
- 23. Pokud tyto pomůcky na svém odd. máte, používáte je prakticky v komunikaci s afatikem:**
- a) ne
  - b) výjimečně
  - c) ano
- 24. Slyšel/a nebo víte o nějakém zařízení úzce se specializující na kompenzaci potíží a léčbu afázie:**
- a) ne
  - b) ano
- 25. Spolupracuje Vaše oddělení v případě potřeby s klinickým logopedem:**
- a) ne
  - b) výjimečně
  - c) ano
  - d) často
- 26. Dokázal/a byste pacientovi s afázií nebo jeho příbuzným doporučit postup, který by měli zvolit ke kompenzaci a léčbě tohoto postižení:**
- a) ne
  - b) nevím, nejsem si jist/a
  - c) ano
- 27. V čem vidíte největší problém v komunikaci s takto postiženým pacientem:**
- a) neochota ke spolupráci ze strany pacienta
  - b) neochota ke spolupráci ze strany zdravotníka
  - c) nedostatek času ze strany zdravotníka
  - d) neznalost ze strany zdravotníka
- 28. Máte nějaké doplňující informace či námět:**
- a) ne
  - b) ano (uved'te konkrétně).....

### **příloha 3 - Průvodní dopis k dotazníku**

**Milé kolegyně a kolegové,**

obracím se na Vás s prosbou o vyplnění tohoto dotazníku, který bude součástí výzkumu k závěrečné bakalářské práci.

**Tímto výzkumem sleduji:**

1. úroveň znalostí a dovedností zdravotnického personálu v komunikaci s pacientem s poruchou řeči.
2. dostupnost pomůcek v naší nemocnici, které by nám měli usnadňovat komunikaci a tím i péči o takto postižené lidi.

Výsledkem mého výzkumu bude edukační materiál, který bude obsahovat návod, či pomůcku k úspěšnější komunikaci s pacientem s afázií.

Distribuce dotazníků a výzkum je schválen hlavní sestrou p. Caklovou, která bude obeznámena s finálním výsledkem.

Dále Vás žádám, aby dotazník vyplnil celý ošetřující nelékařský personál na Vašem oddělení, pouze tím mohou být výsledky objektivní.

**Nezapomeňte vyplnit dotazník ve všech bodech.**

Velice děkuji Renata Růžičková  
zdravotní sestra ( CH3 – 4716)



## příloha 4 - Žádost o povolení distribuce dotazníků

pí. L. Čaklová  
hlavní sestra  
NsP Česká Lípa  
Purkyňova 1849  
47077 Česká lípa

Věc: Žádost o povolení k distribuci dotazníků

Jsem studentka 3. ročníku LFHK, bakalářský program ošetrovatelství, obor všeobecná sestra a tímto Vás žádám o povolení k provedení výzkumu ve formě dotazníků v NsP Česká Lípa. Získaná data použiji výhradně ke zpracování bakalářské práce na téma: Komunikace s pacientem s afázií. Dotazníky mají zjistit schopnost a úroveň komunikace zdravotnického personálu s pacientem se smyslovou poruchou, afázií.

Zároveň Vás žádám o povolení k použití informací v rámci mé bakalářské práce, k prezentaci výsledků u státních zkoušek a k event. publikaci.

O výsledcích Vás budu ráda informovat.

Vedoucí mé práce je doc.PhDr. Jana KUTNOHORSKÁ CSc.

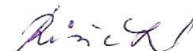
přednosta ústavu  
Ústav společenských a humanitních věd  
Lékařská fakulta Univerzity Palackého  
Olomouc

Předem děkuji za kladné vyřízení mé žádosti.

Příloha: 1x dotazník

V Novém Boru dne 6.10 2009

Renata Růžičková  
Rumb. hrdinů 741  
47301 Nový Bor



*Já distribuji dotazníky publikuji a to  
v rámci - ORKULOGICKÉHO oddel.  
- NEUROLOGICKÉHO oddel.  
- L D N oddel.  
- DO oddel.*

*Je uloženo studie posílám a sesterám v zálohu  
některým*

**Lenka Čaklová**  
hlavní sestra

954 005 mobil: 739 500 430  
lenka.caklova@nemcl.cz