

Zakład Chorób Układu Nerwowego Wydział Zdrowia Publicznego AM we Wrocławiu¹,
Kierownik Zakładu prof. dr hab. Janusz Mierzwa
Department of Neuroscience, Department of Public Health Medical Academy of Wrocław,
Head: Prof. dr hab. J. Mierzwa
Katedra i Klinika Neurochirurgii AM we Wrocławiu²,
Kierownik: Prof. dr hab. W. Jarmundowicz
Department of Neurosurgery Medical Academy of Wrocław,
Head: Prof. dr hab. W. Jarmundowicz

J. ROSIŃCZUK –TONDERYS¹, J. MIERZWA¹, W. BERNY²,
A. SZWEDA¹, M. KOSMAŁA¹

Difficultis in communication with the aphasoc patient according to nurses

Afazja jako problem komunikacji interpersonalnej

Problem komunikacji interpersonalnej uwarunkowany jest w dużej mierze czynnością mowy. Jej zaburzenie jest - tym samym – nie tylko inwalidztwem biologicznym ale przede wszystkim kulturowym i społecznym [1].

Mowa w szerokim jej rozumieniu jest przedmiotem analizy wielu dyscyplin naukowych, między innymi: logopedii, psychologii, pedagogiki, foniatrii, neurologii. Może ona interesować jednych specjalistów jako zjawisko fizyczne (akustyczne), innych – jako proces psychiczny. Ze złożoności problemu „ mowy” zdajemy wszak sobie często sprawę dopiero wówczas, gdy ta pozornie „ błaża ludzka umiejętność” staje się przyczyną naszych zmartwień, głębokich przeżyć, cierpień, trudności porozumiewania się. *Afazja* jest to

– „ spowodowane organicznym uszkodzeniem odpowiednich struktur mózgowych częściowe lub całkowite zaburzenie mechanizmów programujących czynność mowy u człowieka, który już uprzednio czynności te opanował.”[2].

W wypadku różnorodnych schorzeń układu nerwowego ma miejsce zespół objawów, którego afazja jest jedynie jednym z elementów ubytkowych , pojawiającym się niekiedy nagle (np. w przebiegu krwotoku podpajęczynówkowego z pękniętego tętniaka) lub sukcesywnie narastającym np. w wolno rosnących, guzach mózgu.

Celem komunikacji pielęgniarki z ludźmi objętymi jej troską jest wzajemne zrozumienie, kształtowanie właściwych relacji, udzielenie skutecznej pomocy. W procesie porozumiewania zadaniem pielęgniarki jest dążenie do porozumienia i uzyskania aktywności osoby objętej opieką. Prawidłowe komunikowanie się wpływa na samoopiekę, samopielęgnację, pokonywanie bezradności, pobudzanie do aktywnego uczestniczenia w procesie leczenia. Skuteczne porozumiewanie się determinowane jest przez aktywne słuchanie, rozmowę, rozwiązywanie problemów chorego, nawiązywanie i prowadzenie dialogu, udzielanie wsparcia. Cechy optymalnej komunikacji pielęgniarki z pacjentem określają zamierzone, celowe, partnerskie, oparte na wiedzy tworzenie prawidłowych relacji interpersonalnych [3].

Celem pracy jest ustalenie:

- zaangażowania personelu pielęgniarskiego w proces reedukacji mowy afatyka,
- faktycznego stopnia zaangażowania poszczególnych członków zespołu terapeutycznego w proces terapii afatyka ?

- poziomu wiedzy personelu pielęgniarskiego dotyczącej opieki nad chorym z afazją?
- rodzaju reakcji emocjonalnych pielęgniarek, jakie pojawiają się w przypadku trudności w komunikacji z chorym z afazją?
- czy realizowana jest (a jeżeli tak to w jaki sposób) edukacja rodziny chorego z afazją.?

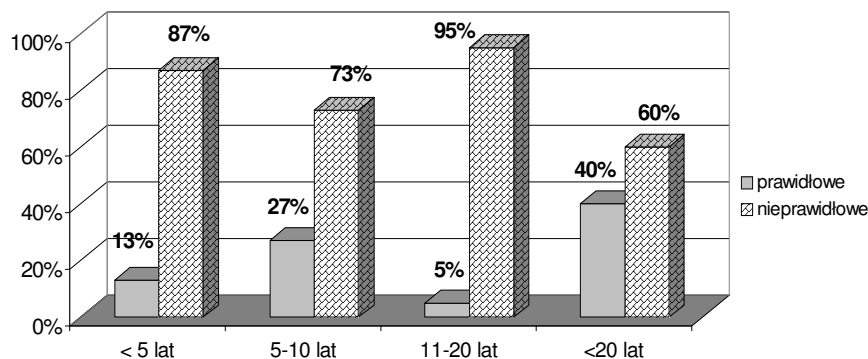
MATERIAŁ I METODA.

Badania ankietowe zostały przeprowadzone w okresie od kwietnia do maja 2004r. w grupie 61 pielęgniarek (33 zatrudnionych na oddziale neurologii, 28 na oddziale neurochirurgii). Terenem badań objęto oddziały neurologii i neurochirurgii trzech szpitali klinicznych. Ankietowane pielęgniarki wykazują zróżnicowanie pod względem wieku, stażu pracy, w niewielkim stopniu wykształcenia. Wśród ankietowanych pielęgniarek najmniejszą, 6 osobową grupę stanowią pielęgniarki z ponad 20 stażem pracy (9,8% badanych). Najliczniej – 24 osoby- reprezentowana jest grupa pracująca w przedziale 5-10 lat, co stanowi 39,3% badanej populacji. Na drugim miejscu plasują się osoby ze stażem pracy 11-20 lat- 31,1% ankietowanych, czyli 19 pielęgniarek. Grupę o najmniejszym stażu - mniej niż 5 lat pracy tworzy 12 respondentek czyli 19,7% badanych.

W badaniach zastosowano skonstruowaną na potrzeby pracy ankietę zawierającą pytania zamknięte wielokrotnego wyboru. Przy opracowaniu ankiety wykorzystano metody statystyki opisowej. Do prezentacji graficznej przeprowadzonych badań zastosowano wykresy słupkowe, opracowane z zastosowaniem programu Excel.

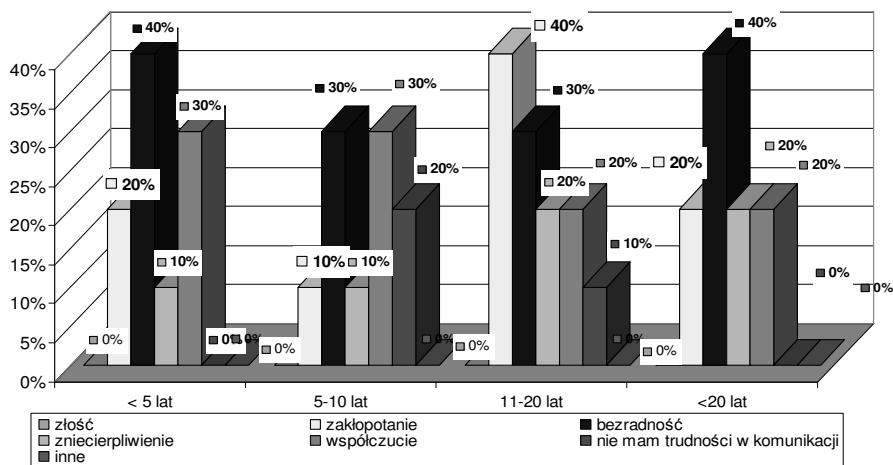
WYNIKI BADAŃ I OMÓWIENIE

WYKRES NR 1 Postępowanie z pacjentem z afazją a staż pracy



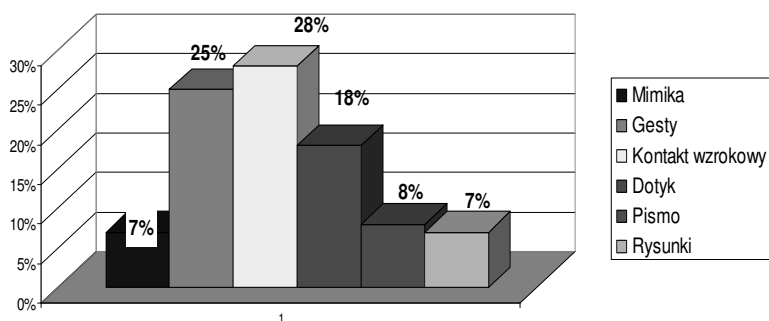
W analizie postępowania pielęgniarek z chorym z afazją ruchową oparto się na założeniach proponowanych przez literaturę fachową [4,5,6]. Brak stosowania ćwiczeń oddechowych, brak dostarczania skojarzonych bodźców wzrokowych, słuchowych i dotykowych określono jako zachowania nieprawidłowe, niezgodne z obowiązującymi standardami. Przeważają one wyraźnie w grupie pielęgniarek zatrudnionych w przedziale 11- 20 lat. Tak wysokie wskaźniki zachowań „nieprawidłowych” w tej grupie mogą mieć związek ze zbyt „rutynowym” podejściem do pacjenta. Nieco mniejszy, lecz również wysoki wskaźnik u najliczniejszej grupy (o stażu pracy 5-10 lat) -73% może być wyznacznikiem przechodzenia do zachowań „rutynowych”. Wśród osób z najkrótszym stażem pracy (poniżej 5 lat) wysoki 87% odsetek działań niezgodnych z przyjętymi standardami może wynikać z braku doświadczenia zawodowego. Nieodpowiednie formy postępowania z afatykiem mogą także wynikać z braku w oddziałach pomocy ułatwiających porozumiewanie się (np.: tabliczki do rysowania, kolorowe obrazki sytuacyjne, obrazki przedmiotów.)

WYKRES NR 2 Reakcje emocjonalne personelu w przypadku trudności w porozumiewaniu się z afatykiem a staż pracy



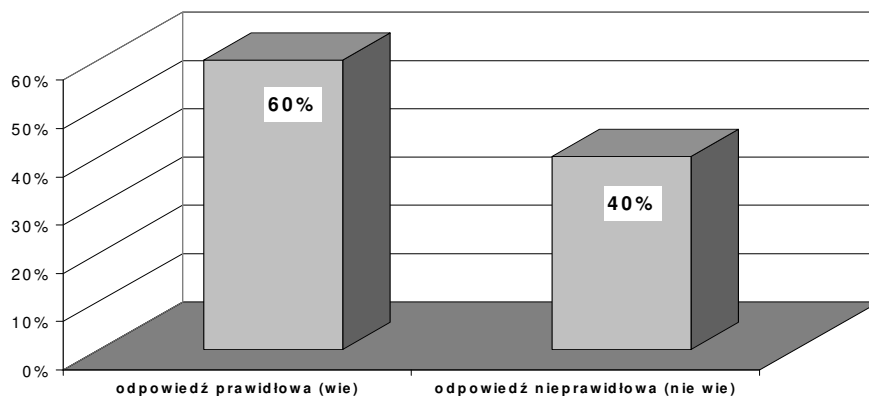
W przypadku wystąpienia trudności w komunikacji z chorym z afazją, dominującą reakcją emocjonalną jest bezzadność – przeważa ona zarówno w grupie o najkrótszym jak i najdłuższym stażu pracy (40%). We wszystkich grupach istotną reakcją jest współczucie wobec chorego (30%). Wśród pielęgniarek o najdłuższym stażu pracy reakcją ta występuje równie często jak zakłopotanie i zniecierpliwienie (20%). W najliczniejszej grupie pielęgniarek (staż pracy 5-10 lat) wyraźnie zaakcentowana jest opcja „braku trudności w porozumiewaniu się”. W przypadku pojawienia się trudności w porozumiewaniu się z chorym, wśród pielęgniarek nie pojawiały się reakcje złości (0%), oraz innego rodzaju nieprawidłowe zachowania emocjonalne (0%).

WYKRES 3 Niewerbalne formy kontaktu pielęgniarek z pacjentem z afazją



W badanej populacji pielęgniarek najczęściej stosowaną formą jest kontakt wzrokowy- stanowi on 28% wszystkich form komunikatów niewerbalnych. Na drugim miejscu znajdują się gesty – 25%. Dotyk, wpływający m.in. na poczucie akceptacji, bezpieczeństwa, stanowi jedynie 18% pozawerbalnych form kontaktu. Zbyt sporadyczne jego stosowanie może wynikać z obawy personelu o naruszenie „osobistej sfery” pacjenta. Metoda komunikowania za pomocą rysunku – bardzo przydatna – została zminimalizowana do 7%. Może to wskazywać oprócz braku odpowiednich pomocy na braki wiedzy w tym obszarze. Posługiwanie się rysunkami było bardziej przypadkowe, niż jako forma terapeutyczna.

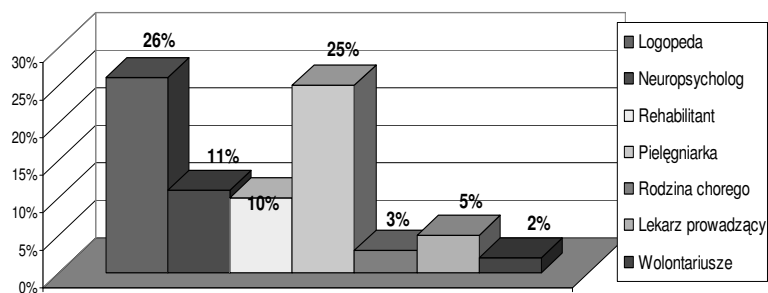
WYKRES NR 4 Rozpoczęcie procesu reedukacji mowy a wiedza pielęgniarek



Ankietowane pielęgniarki najczęściej(60%) wskazywały, iż reedukację mowy należy rozpoczynać w dniu zdiagnozowania afazji.

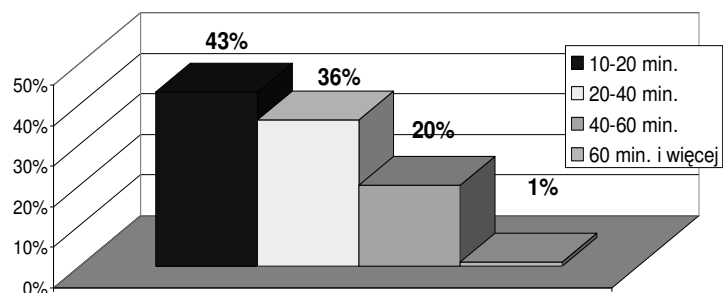
Jest to zgodne z obowiązującymi standardami (odpowiedź „prawidłowa”). Pozostałe 40% respondentek stwierdziło, że rehabilitacja mowy może być rozpoczęta w różnym czasie od momentu zdiagnozowania afatycznych zaburzeń mowy (zachowania „nieprawidłowe”). Taka postawa może wskazywać na fakt, iż 40%pielęgniarek nie dostrzega związku między wczesnym rozpoczęciem reedukacji mowy a efektywnością terapii.

WYKRES NR 5 Zaangażowanie personelu w proces reedukacji chorego z afazją



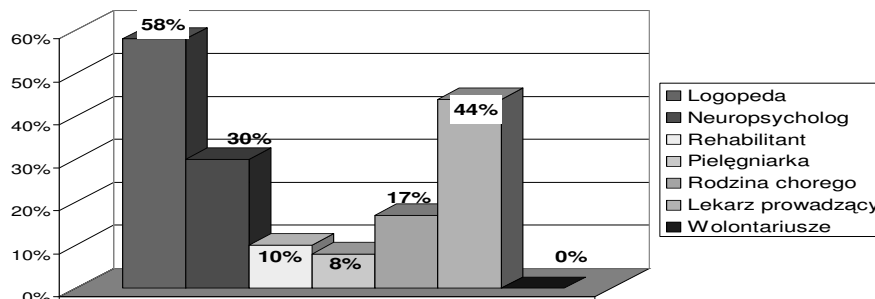
W opinii ankietowanych faktyczne zaangażowanie personelu w rehabilitację mowy przypadku na logopedę. (26% udziału w reedukację chorego). Zaangażownaie ze strony pielęgniarek również jest wysoko oceniane – 25%, niemalże na równi z udziałem specjalisty. Niepokojąco natomiast przedstawia się udział rodziny chorego- jedynie 3%. Tak mały wskaźnik można interpretować brakiem wiedzy i praktycznego przygotowania rodzin do realizacji reedukacji.

WYKRES NR 6 Czas poświęcony przez pielęgniarkę na kontakt z chorym z afazją



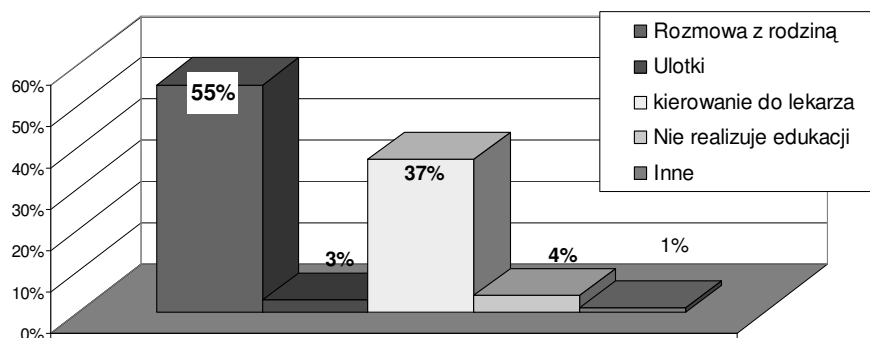
Pielęgniarka poświęca na kontakt z „afatykiem” w ciągu 12 godzin dyżuru 10-20minut (43% ankietowanych). Więcej czasu- 20-40min. przeznaczają ponad 36% respondentek, natomiast jedynie 1% ankietowanych pielęgniarek potrafi znaleźć ponad 1 godzinę na kontakt z chorym.

WYKRES NR 7 Kto spośród personelu powinien brać udział w terapii afatyka



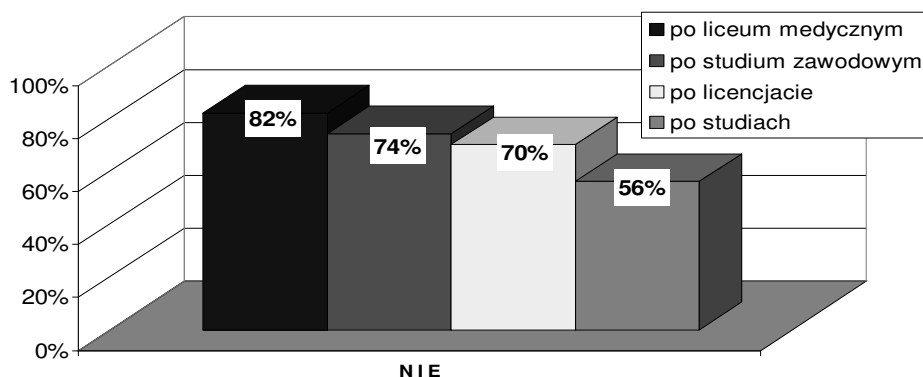
W opinii badanych zdecydowanie największe zaangażowanie powinno być skoncentrowane na rehabilitacji specjalistycznej- główna rola logopedy-58% . Swoją rolę powinien zwiększyć lekarz prowadzący (stan faktyczny 5% wobec 44%). Zaangażowanie neuropsychologa, jako specjalisty dość rzadko zatrudnionego w oddziałach ankietowane określiły na 30%. Zminimalizowana natomiast została rola pielęgniarki (do 8%) oraz wolontariuszy (0%).

WYKRES NR 8 Edukacja rodzin chorych z afazją dotycząca kolejnych etapów reedukacji mowy



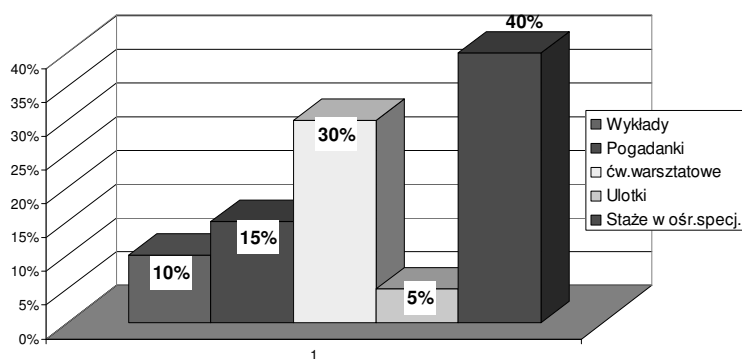
Wg badanych obowiązek edukacji spada na lekarza. Realizacja reedukacji jest zazwyczaj ograniczana jedynie do formy rozmowy. Niewielki odsetek badanych stosuje formę ulotek. Natomiast inne metody reedukacji (instruktaż, broszury, kontakt z innymi chorymi i ich rodzinami) w ogóle nie mają zastosowania. Osoby, które nie realizowały reedukacji jednocześnie nie potrafiły uzasadnić swojego postępowania (pojedyncze odpowiedzi to:” nie czuję się kompetentna”). Informacja na temat rehabilitacji szpitalnej najczęściej jest udzielana przez lekarza prowadzącego (70%), oraz logopedę (25%).

WYKRES NR 9 Przygotowanie pielęgniarek do sprawowania opieki nad chorym z afazją



Większość wyraża opinię, iż nie czuje się dobrze przygotowana merytorycznie i praktycznie do sprawowania tego typu opieki 82% (po lic. med.). Niepokojący jest fakt iż osoby które ukończyły studia wyższe, również odczuwają braki wiedzy w tym obszarze. (56% badanych).

WYKRES NR 10 Preferowane formy szkolenia dla pielęgniarek



W opinii badanych pielęgniarek szkolenia dotyczące postępowania z chorym z afazją powinny być realizowane w formie staży/kursów w ośrodkach specjalistycznych. Tego typu formę preferuje 40% ankietowanych. Na drugim miejscu plasują się ćwiczenia warsztatowe- Za taką formą dokształcania opowiada się 30% badanych. Z uwagi na charakter i formę wykładów i pogadank , ta forma preferowana jest jedynie przez 10 i 15% respondentek Za najmniej użyteczną metodą podnoszenia kwalifikacji – stosowaniem ulotek- opowiedziało się 5% pielęgniarek.

WNIOSKI

1. Respondentki identyfikują swą pracę zawodową zgodnie z ogólną ideą pielęgniarstwa jako pomoc potrzebującym. Niestety, jak wykazały wyniki badań , pielęgniarki nie wiedzą jak postępować z chorym z afazją, pomimo deklarowanej chęci niesienia pomocy.
2. Niedostatki wiedzy determinują u pielęgniarek poczucie bezradności. Jest to najczęściej występująca reakcja emocjonalna w przypadku trudności w komunikacji z chorym z zaburzeniami mowy.
3. W opinii badanych czas poświęcony na kontakt z afatykiem jest zbyt krótki, a najczęściej podawanym uzasadnieniem jest brak czasu i deficyty kadrowe
4. Zminimalizowana została użyteczna funkcja zastosowania rysunku, będąca jedną z istotnych metod pozawerbalnej interakcji pielęgniarka – afatyk.
5. W opinii badanych pielęgniarek , w procesie reedukacji mowy chorego z afazją główną rolę powinien pełnić logopeda.

6. Badania dowodzą, iż dużą część respondentek zna zasadę wczesnego wdrażania reedukacji mowy u chorego z afazją, jednakże nie stosują jej w praktyce.
7. Wyniki badań wykazały, iż edukacja rodziny chorego z afazją jest realizowana za pomocą zbyt małej ilości form edukacyjnych, co może wpływać na jej skuteczność.
8. Otrzymane wyniki, oraz spostrzeżenia respondentek sugerują, iż bardzo ważnym zagadnieniem jest realizacja szkoleń tematycznie związanych z postępowaniem w przypadkach afazji.

PIŚMIENNICTWO

1. Tołkiński W.: Mowa. Przegląd problematyki dla psychologów. PWN, Warszawa 1986.
2. Maruszewski M.: Mowa a mózg. PWN Warszawa 1970.
3. Ulatowska H.K., Sadowiska M. : Dyskurs w badaniach i terapii osób z afazją; w:
4. Balejko: Diagnostyka i terapia osób z afazją.. Białystok, 1998.
5. Zielińska- Charszewska S.: Rehabilitacja neurologiczna chorych w domu. PZWL, Warszawa, 1986.
6. Nowakowska M.T: Rehabilitacja chorych afazją. Wydawnictwo PAN 1978/1997.
7. Szumska J. : Afazja. Rehabilitacja. Warszawa, 1990.

STRESZCZENIE

W wypadku różnorodnych schorzeń układu nerwowego ma miejsce zespół objawów, którego afazja jest jedynie jednym z elementów ubytkowych, pojawiającym się niekiedy nagle (np. w przebiegu krwotoku podpajęczynówkowego z pękniętego tętniaka) lub sukcesywnie narastającym np. w wolno rosnących, guzach mózgu.

Celem komunikacji pielęgniarki z ludźmi objętymi jej troską jest wzajemne zrozumienie, kształtowanie właściwych relacji, udzielenie skutecznej pomocy. W procesie porozumiewania zadaniem pielęgniarki jest dążenie do porozumienia i uzyskania aktywności osoby objętej opieką. Prawidłowe komunikowanie się wpływa na samoopiekę, samopielęgnację, pokonywanie bezradności, pobudzanie do aktywnego uczestniczenia w procesie leczenia.

SUMMARY

Aphasia it is only an element of a group of symptoms occurring in various diseases of the nervous system, which may sometimes happen suddenly (e.i. during subarachnoid hemorrhage of a ruptured aneurysm) or gradually (e.i in slowly growing brain tumours).

The aim of communication between the nurse and the patients she takes care of is mutual understanding, creating of proper relations and providing effective help. In the process of communication the nurse should aim at understanding and obtaining the activity of the patient. The proper communication influences self-care, self-nursing, overcoming the feeling of helplessness, stimulating active participation in the therapy.