

KOMUNICIRANJE KOT PROBLEM ZDRAVSTVENE NEGE BOLNIKA Z AFAZIJO

Marjeta Furlan-Lipovec

UDK/UDC 616.89-008.434.5-083.2

DESKRIPTORJI: *afazija; nega bolnika; komuniciranje; sestre medicinske*

IZVLEČEK – *Kadar se pojavi pri bolniku bolezenska motnja kot je afazija, ta resno ogrozi bolnikovo sporazumevanje z okolico in v prvi vrsti z medicinsko sestro. Zato so v prvem delu opisane možnosti, ki jih ima medicinska sestra na razpolago za vzpostavitev primerne komunikacije. Opredeljena je naloga zdravstvene nege, ki je dolžna omogočiti bolniku vzpostaviti najučinkovitejšo komunikacijo. V drugem delu pa je opisan primer bolnika z motorično afazijo. Bolnika smo negovali po procesu zdravstvene nege. Natančno je opisano delo medicinske sestre in vrednotenje načrtovanih ukrepov zdravstvene nege.*

COMMUNICATION AS A PROBLEM OF THE PROCESS OF NURSING OF AN APHASIC PATIENT

DESCRIPTORS: *aphasia; nursing care; communication; nurses*

ABSTRACT – *In case of an aphasic patient, the disorder grossly interferes with the patient's communication with his environment, especially with the nurse. The first part of the article considers the possibilities on the part of the nurse for the establishment of appropriate communication. The task of nursing care to provide for the most efficacious communication is outlined. In the second part of the article, the case of an aphasic patient is described. The patient was cared for following the methods of the process of nursing. The tasks of the nurse and the evaluation of the planned measures are described in detail.*

V prispevku bomo osvetlili možnosti za delo z bolniki, pri katerih je po možganski kapi prisoten simptom afazije. To je poseben problem za izvajanje zdravstvene nege. Medicinski sestri otežuje stik z bolnikom, tako težje pridobi osnovne podatke, potrebne za načrtovanje in izvajanje zdravstvene nege. Če se v ta problem ne poglobi, opravlja naloge pri bolniku rutinsko in ga ne vključuje v proces kot enakopravnega udeleženca, temveč ga izolira iz vsega dogajanja. Bolniki zaradi te izoliranosti trpijo. Takšna izkušnja je za človeka grozljiva. Nenadoma ni več sposoben izraziti niti najmanjše želje in potrebe. Izgubi svojo identiteto. Anton Trstenjak pravi v svoji knjigi *Človek, bitje prihodnosti* takole: »Z besedo stopi človek v stik s sočlovekom. Dokler ne spregovori, je njegov stik s sočlovekom na podčloveški ravni. Človek komunicira s sočlovekom in svetom predvsem po besedi in le v besednem stiku se znajde na specifični človeški višini. Človek je človeku po besedi človek ali še krajše: človek je po besedi človek.« (1)

Afazija je zelo pogost simptom možganske kapi. Nastane pri desni hemipleiji, kadar je v levi hemisferi center za govor. Afazije najpogosteje razvrščamo na:

- **motorično afazijo**: bolnik ni sposoben usklajevati gibov govornih organov (jezik, ustnice, glasilke);
- **agrafijo**: nezmožnost pisanja, pogosto se povezuje z motorično afazijo;
- **senzorno afazijo**: bolnik sliši izgovorjeno besedo, vendar ne more dojeti njenega pomena (niti lastnih besed niti tujih);
- **amnestično afazijo**: bolnik ne najde besed za posamezne predmete (se jih ne more hitro spomniti).

Pri bolniku z afazijo je torej osnovna naloga zdravstvene nege vzpostaviti najučinkovitejše komuniciranje. Zdravstvena nega naj obsega vse možnosti, ki olajšajo bolniku izražanje, kakor tudi pomoč pri njegovem iskanju lastne poti za sporazumevanje.

Za vzpostavitev prvih stikov mora medicinska sestra vedeti, kateri je bolnikov materni jezik in ali bolnik govori tudi kak drug jezik. Vedeti mora, ali bolnik dobro sliši, vidi, ali uporablja pomagala (slušni aparat, očala), ali ima svoje zobe, ali uporablja protezo.

Pomembno je, da se začnemo sporazumevati čimprej in sicer takoj po prvih dneh, ko je v ospredju še reševanje in uravnavanje življenjskih funkcij.

Po pridobljenih prvih podatkih medicinska sestra preveri še bolnikove sposobnosti:

- sposobnost, da pokaže, ali pozna predmete (svinčnik, ključ, gumb),
- sposobnost, da sledi preprostim ukazom (dvignite, prosim, levo roko),
- sposobnost razumevanja vprašalnih stavkov, na katere odgovarjamo z da ali ne (Ali vam je ime Janez?),
- sposobnost razumevanja zapletenejših vprašanj in odgovorov (Ali je poleti hladneje kot pozimi?),
- sposobnost ponavljanja preprostih ali zapletenih besed,
- sposobnost ponavljanja stavkov,
- sposobnost, da pokaže ali opiše, kaj delamo s predmeti, ki jih prepozna,
- sposobnost izpolnjevanja napisanih zahtev,
- sposobnost pisanja.

Medicinska sestra naj poleg podatkov o bolniku zbere tudi podatke o njegovih ožjih svojcih (možu, ženi, otrocih), če je živel pred boleznijo z njimi. Pri tem naj povpraša o njihovem odnosu do bolnika in o tem, kakšne so možnosti, da bo odpuščen v domačo oskrbo. V takšnem primeru naj družinske člane seznanj s težavami, ki jih ima bolnik s komuniciranjem, in z možnostmi za izboljšanje. Svojci lahko namreč veliko pripomorejo k rehabilitaciji govora, saj bolnika najbolje poznajo. In prav oni pomagajo tudi medicinski sestri, saj ji lahko predstavijo bolnika, njegove navade, razvade, način življenja, konjičke in podobno.

Program dela z afazičnim bolnikom načrtuje sicer logoped, ki opravi govorne vaje, vendar je ob bolniku največ medicinska sestra, ki lahko v tem času marsikaj stori, da se povečajo možnosti za vrnitev sposobnosti govora. Pri tem se ravna po logopedovem načrtu.

Na podlagi vseh dobljenih podatkov medicinska sestra načrtuje tudi svojo dejavnost. Opravlja jo lahko hkrati z zdravstveno nego in kot časovno posebej načrtovan pogovor z bolnikom in učenje govora oziroma kretenj. Za to dejavnost sta najprimernejša dopoldanski čas med 10. in 11. uro in čas po popoldanskem počitku.

Vsaka medicinska sestra se mora zavedati, da se bolnik brez tuje pomoči ne bo ponovno naučil govoriti. Ti bolniki pogosto hitro obupajo. Medicinska sestra pa mora biti tista, ki jim razloži, da vsak tak bolnik potrebuje veliko časa, preden bo lahko spet govorno izražal svoje misli. Seveda je napredovanje govora odvisno od obsega poškodbe in od tega, kdaj so se pojavile prve besede. Predvsem pa se mora bolnik zavedati dolgotrajnosti te rehabilitacije, ki lahko traja tudi eno leto.

Napotki za govorne vaje

Najprej mora bolnik vaditi vse mišične skupine, ki sodelujejo pri oblikovanju glasov. To so predvsem žvekalne mišice in jezik. Pri govoru je pomemben tudi pravičen način dihanja. Zato naj se ga bolnik uči. Pri dihalnih vajah naj izmenično izdihne zrak skozi našobljene ustnice in skozi nos ter skozi stisnjene zobe in nos. Vaje za jezik dela tako, da ga premika iz enega ustnega kota v drugega z različno hitrostjo. Vaje za žvekalne mišice so videti dokaj smešne, saj se mora bolnik pačiti. Vaje naj trajajo približno 10 do 20 minut.

Nato začnemo vaditi govor. Bolnik naj poskuša najprej sam povedati kako besedo. Če tega še ne zmore, potem ponovi besedo, ki jo izgovori medicinska sestra.

Pri tem ga opozori, naj izgovarja počasi in naj poskuša besedo čim boljje artikulirati. Če bolnik ni sposoben izgovoriti sam ali po naročilu nobene besede, potem poizkusimo z besedo »mama«. V človekovem besednem izražanju namreč obstaja nekaj bioloških zvez. Beseda s pomenom mati se skoraj v vseh jezikih začneja z glasom M, ki je v zvezi z ustno kretnjo sesanja. Kadar opazimo, da bolnik izgublja voljo ali koncentracijo, prekinemo vajo, mu svetujemo, naj se spočije in ga spodbudimo, naj ne izgubi volje.

Kadar želimo od bolnika dobiti podatke, je najbolje, da uporabljamo kratka vprašanja, na katera lahko odgovori z da ali ne ali s prikimavanjem in odkimavanjem. Tak je lahko tudi rekreacijski pogovor.

Pri delu z afazičnim bolnikom morajo vsi zdravstveni delavci upoštevati naslednja pravila:

- z bolnikom govorimo povsem normalno,
- govorimo počasi in razločno, z normalno jakostjo glasu, če bolnik dobro sliši,
- bolnika ne priganjamo, le spodbujamo ga in mu damo dovolj časa, da nas razume in poskuša govoriti,
- z bolnikom naj govori le en človek hkrati.

Primer

Zgoraj opisane metode dela smo uporabili pri 54-letnem bolniku, ki je bil sprejet na Univerzitetno nevrološko kliniko zaradi možganske kapi (žilni strdek) z znaki delne ohromitve po desni strani telesa in motorične afazije. Bolnik je bolehal tudi za mitralno stenozo s fibrilacijo atrijskih. V delo z bolnikom smo se vključili 2. 12. 1986. To je bil zanj že tretji teden hospitalizacije.

Po opazovanju smo ugotovili:

- ima ohromljeno desno roko in delno ohromljeno nogo;
- če se poskušamo z njim pogovarjati izbruhne v jok, pri čemer zaripne;
- bolnik dobro vidi in sliši;
- ima urejeno, zdravljeno zobovje;
- razume naša kratka vprašanja, zmore prikimati;
- edina beseda, ki jo samostojno izgovori, je »ne«;
- premika levo roko, odmahuje z njo, kot bi nam hotel reči: kar pustite me, saj ni vredno. Ob tem joka.

Problemi zdravstvene nege (sestrska diagnoza):

1. Bolnik je prestrašen, brezvoljen, obupan, frustriran.

2. Motorična afazija je popolna.
3. O njem ni nobenih podatkov (pisnih) razen o simptomatiki bolezni in rezultatih preiskav.
4. Znan je podatek o obiskih. Pogosteje ga obiskuje svakinja, ki je po poklicu medicinska sestra inštrumentarka.
5. Terapevtski režim bolniku še ne dovoljuje ne sedenja ne vstajanja.

Po zbranih podatkih je bil **globalni cilj** jasen. Pri bolniku bo treba doseči zaupanje, pomiritev, sodelovanje in izboljšanje možnosti za komuniciranje. Zaupanje naj bi dosegli že v prvem tednu. Komunikacija pa naj bi se izboljšala postopoma, ker je to odvisno od bolnika samega. Vzpostaviti je treba stik s svojci, predvsem s svakinjo, ki bolnika obiskuje tudi popoldan. S tem bi pridobili nujne podatke o tem, kakšen je bil bolnik pred boleznijo, in o možnostih za odpust. Etapne cilje pa smo si postavljali za vsak dan posebej, upoštevajoč sodelovanje in napredovanje bolnika. Ker smo etapne cilje sproti vrednotili, smo lahko sproti dopolnjevali načrt zdravstvene nege.

Načrt zdravstvene nege ni obsegal le dejavnosti v zvezi s komuniciranjem, temveč tudi vse ukrepe za zadovoljevanje bolnikovih življenjskih potreb. Pri tem smo skušali doseči, da bi bolnik čimprej začel skrbeti zase; krepili smo spretnosti leve roke in spodbujali pasivno rabo desne.

Etapne cilje smo vrednotili hkrati z razvojem naših dejavnosti.

Prvi teden. Bolniku smo razložili načrt dela za naslednje štiri tedne. Razložili smo mu nujnost krepitve leve roke, ker bo desna ostala še dolgo motorično slabo oživčena. Na začetku je tu in tam še izbruhnil v jok, a ne za dolgo. Lahko smo ga umirili in pridobili za sodelovanje.

V prvem tednu smo ga naučili pravilno dihati in uporabljati mimične mišice. Ker je bila edina beseda, ki jo je dokaj razumljivo izgovoril, »ne«, smo začeli vaditi z besedo »ne«. Pri tem se je preveč naprezal in zaradi mitralne stenoze se je pojavila cianoza in okrepljena perspiracija. Čas intenzivnega učenja smo zato skrajšali, razširili pa rekreacijski pogovor z možnostjo odgovaranja z da ali ne. Za soboto in nedeljo mu nismo dali navodil za samostojno vadbo.

Drugi teden. Bolnik je bil v ponedeljek v približno takem stanju kot za začetku ob sprejemu v našo oskrbo. Po preverjanju razlogov smo ugotovili, da se dva dni ni nihče ukvarjal z njim individualno, temveč le rutinsko, kot je v navadi za ležečega bolnika. Bolnik očitno tudi ni razumel predstavitve načrta našega dela. Zato smo ponovili razlago in pojasnili odsotnost ob koncu tedna. Povedali smo mu, da mu bomo dali »domačo nalogo«, ki jo bo lahko opravljal po lastni presoji. Zdravnik je bolniku v tem tednu že dovolil sedenje v postelji. Tako smo dodali učenju govora še učenje pisanja z levo roko. Vaja za pisanje je obsegala risanje črt in krogov ter vijuganje s svinčnikom po belem brezčrtnem papirju, pisanje besed »mama«, »ata« ter svojega priimka in imena.

Samostojno je že izgovarjal besedi »ne« in »mene«. Učil pa se je oblikovati samoglasnik O ter besedi »da« in »noga«. Konec tedna je bil bolnik zelo zadovoljen in ni več jokal. Zadovoljen je bil, ker je lahko sam poskrbel za osebno higieno, sam

* Referat na seminarju Zveze društev medicinskih sester Jugoslavije o procesu zdravstvene nege in organizaciji sestrške službe, Portorož, 13. in 14. aprila 1987

jedel, opravljal potrebo in se premikal v postelji. Zadovoljen je bil, ker je lahko z nami komuniciral na zanj primeren način, sproščeno, brez strahu, da ga ne bomo razumeli. S pomočjo vprašanj, na katera je odgovarjal z da ali ne, smo mu omogočili, da nam je sporočil vse svoje želje in potrebe. Poleg tega pa je samostojno že izgovarjal besede »mene«, »mama«, »moja«, »noga«.

Za konec tedna smo mu naročili, naj čimveč piše, izgovarja naučene besede in naj upošteva navodila fizioterapevta za razgibavanje telesa. Navodila smo dali tudi medicinski sestri, ki je bila takrat v službi.

V tem tednu smo navezali stik tudi s svakinjo in ji razložili, da je nujno, da ga obiskujejo svojci, predvsem žena in njegova dva otroka. Pri tem smo jo opozorili na bolnikov jok in ji svetovali, naj ga prezre in naj se naprej mirno pogovarja z njim. Prosili smo jo, da to razloži tudi njegovi ženi. Naročili smo ji, naj bolniku prinese njegov lastni pribor za osebno higieno in copate, ker bo v naslednjem tednu verjetno poskušal s pomočjo fizioterapevta vstajati. Pogovor s svakinjo nam je osvetlil bolnikovo osebnost pred boleznijo in družinske odnose, ki so bili zelo dobri.

Naše delo z bolnikom se je v naslednjih tednih nadaljevalo po načrtu. Posebnih težav s komuniciranjem in zadovoljevanjem pacientovih potreb nismo več imeli. Dosegli smo zastavljene cilje, čeprav je bila rehabilitacija govora še nedosegljiv cilj. Bolniku smo poskušali razložiti, da bo tudi to dosegel, in sicer s pomočjo logopeda v zavodu za rehabilitacijo invalidov, kjer bosta imela drugačne možnosti.

LITERATURA

1. Trstenjak A. Človek – bitje prihodnosti: okvirna antropologija. Ljubljana: Slovenska matica, 1985.
2. Chusid JG. Korelativna neuroanatomija: funkcionalna neurologija. 16. izd. Beograd: Savremena administracija, 1979: 238–44.
3. Phipps WJ, Long BC, Woods NF, eds. Medical surgical nursing: concepts and clinical practice. 2nd ed. St. Louis: Masley, 1983: 113–29.
4. Radojčić B. Klinička neurologija. 7 izd. Beograd: Medicina danas, 1983; 118–125.
5. Reedy DF. The client with aphasia: the nurse's assessment of language abilities. Top clin nurs 1986; 67–74.
6. Tilton NC, Maloof M. Diagnosing the problems in stroke. Am J nurs 1982; 82: 596–601.

SILA, KI IZVIRA IZ GLOBINE SANJ LJUDSKIH MNOŽIC, JE MOČNEJŠA OD VSEH SKLEPOV ZA ZELENO MIZO IN OD VSEH POIZKUSOV, DA SE S SILO OHRANI NEKAJ KRIVIČNEGA.

Edvard Kardelj