

Univerzita Karlova v Praze
Pedagogická fakulta
Katedra speciální pedagogiky



Dichotomický pohled
na chronické stadium afázie

vedoucí diplomové práce: PaedDr. Blanka Housarová, Ph.D.
autorka DP: Dana Vondráškové, rozená Karlová
bydliště: Prosincová 919/4, Praha 8, 182 00
obor studia: SPPG - oborové studium
typ studia: prezenční
měsíc a rok dokončení DP: duben 2008

**Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně
s použitím uvedené literatury.**

V Praze 11. dubna 2008

Podpis:

£ /


Dana Vondrášková 10

Poděkování a souhlas k využití:

Především děkuji *PaedDr. Blance Housarové, Ph.D.* za vedení mé diplomové práce, za inspiraci, cenné rady a vstřícnost při její tvorbě. Dále děkuji *MUDr. Markétě Griinermelové* a *Mgr. Zuzaně Konůpkové*. Velké poděkování patří i všem lidem s sfází a jejich životním partnerům, kteří se mnou ochotně spolupracovali. Bez jejich účasti, vstřícnosti a pomoci by tato práce nemohla vzniknout.

V neposlední řadě chci vyjádřit upřímný dík celé rodině, mému manželovi a dětem za jejich podporu při psaní, vytrvalost, trpělivost a toleranci i během celého mého studia.

Souhlasím s dalším využitím této diplomové práce.

Podpis: 

Anotace

Tématem této práce je problematika člověka s afázií, především ve fázi chronicity.

Úvod teoretické části je věnován vymezení pojmů zdraví a nemoc, s důrazem na pojetí z hlediska medicíny, psychologie a sociologie.

Východiskem k teoretickému zpracování tématu je širší pojetí chronického onemocnění. Na základě prostudovaných teoretických textů se práce dále zaměřuje i na kvalitu života člověka s afázií v chronické fázi onemocnění, která se promítá do mnoha oblastí každodenního života. Důraz je kladen především na rodinné prostředí a funkci rodiny, na okruh přátel.

V praktické části práce jsou prezentovány výsledky průzkumu zaměřeného na pohled dvou stran na jeden problém, tj. jak danou problematiku vnímá člověk v chronickém stadiu afázie, a jak jeho životní partner. Výsledkem práce je vyhodnocení dat v jednotlivých oblastech zkoumání, zjištěných převážně metodou rozhovorů, které byly zachyceny na videozáznam. Informace by měly přispět k zamyšlení se nad problematikou života osob v chronickém stadiu afázie a na dopad, jaký má toto onemocnění v různých oblastech života na jejich partnery.

Klíčová slova: zdraví, nemoc, chronická nemoc, afázie, skupina, kvalita života, sociální prostředí, rodina, partnerství

Annotation

The topic of this thesis is the life of people with aphasia, mainly in the chronic stage and the life of their partners.

The introduction of the theoretical section of the thesis deals with the definitions of health and disease with emphasis on the medical, psychological and sociological perspectives.

The theoretical section is based on the wider concept of chronic disease. This thesis focuses on the quality of life of people with chronic aphasia that reflects many areas of everyday life. The emphasis is, first of all, put on family environment and friends.

The practical section presents research focused on a two-sided view of the same disorder. How this disorder is perceived by a person with chronic aphasia and by his or her partner. The outcome of this thesis is the evaluation of the answers observed during the recorded discussions in each research area.

Conclusions should provide a reflection on the life of the patients with chronic aphasia and their partners in all spheres of their lives.

Key words: health, disease, chronic disease, aphasia, group, quality of life, social environment, family, partnership

Obsah

<i>Úvod</i>	8
I. Teoretická část	9
1. Zdraví, nemoc, choroba, chronické onemocnění	9
1.1 Úvod do problematiky.....	9
1.2 Definice, vymezení pojmů.....	10
1.3 Fáze onemocnění.....	15
1.3.1 Prodromální stadium nemoci.....	15
1.3.2 Akutní stádium nemoci.....	17
1.3.3 Chronické stádium nemoci.....	18
1.4 Upoutání na lůžko.....	21
1.5 Chronická nemoc.....	25
1.6 Chronické neurologické onemocnění.....	26
1.6.1 Poúrazové stavy.....	27
1.6.2 Demyelizační onemocnění.....	27
1.6.3 Progresivní chronická neurogenní onemocnění.....	28
1.6.4 Nemoci extrapyramidového systému.....	30
1.6.5 Nádorová onemocnění.....	31
1.6.6 Neurodegenerativní onemocnění.....	31
1.6.7 Cévní mozkové příhody.....	34
1.7 Narušená komunikační schopnost u osob s neurologickým onemocněním	36
2. Afázie	38
2.1 Úvod do problematiky.....	38
2.2 Definice, vymezení pojmů.....	39
2.3 Projevy nemoci v čase, v závislosti na formě a stadiu onemocnění.....	41
3. Chronické onemocnění jako psychosociální problém	44
3.1 Psychosociální rovina - kvalita života osob s afázií	45
3.1.1 Deprese a jiné psychické poruchy provázející afázií.....	49
3.1.2 Poruchy spánku.....	51

3.1.3	Sexuální dysfunkce a kvalita života.....	53
3.1.4	Inkontinence a kvalita života.....	55
3.1.5	Osobnost člověka s afázií a jeho rodinné zázemí.....	57
II.	Praktická část.....	64
4.	Záměr a cíle průzkumu.....	64
5	Realizace a metodika průzkumu.....	65
5.1	Použité nástroje.....	65
5.2	Charakteristika souboru.....	66
5.2.1	Párč. 1.....	67
5.2.2	Párč. 2.....	67
5.2.3	Pár č. 3.....	67
5.2.4	Párč. 4.....	68
5.3	Časový harmonogram.....	69
5.4	Sběr dat.....	69
5.5	Analýza videozáznamů.....	71
5.5.1	Párč. 1.....	73
5.5.2	Párč. 2.....	80
5.5.3	Párč. 3.....	88
5.5.4	Párč. 4.....	96
6.	Diskuse.....	104
	Závěr.....	107
	Seznam použité literatury.....	109
	Seznam tabulek.....	" °
	Seznam grafů.....	^ ?
	Seznam obrázků	
	Seznam příloh.....	120

Úvod

V posledních letech nabývá na významu přehodnocení pohledu na zdraví a nemoc. Do popředí zájmu se dostává otázka chronických nemocí, což je dáno především narůstajícím počtem těchto onemocnění v populaci.

Změnou filozofie přístupu ke svému vlastnímu zdraví bychom mohli předcházet či výrazně omezit některá rizika, která jsou spojena s každým onemocněním, obvykle se stupňujícím především ve fázi chronicity. Nejčastějším závažným neurologickým onemocněním, které postihuje i mnoho jedinců v produktivním věku, je cévní mozková příhoda. Její následky představující výrazný medicínský, psychologický, sociální, etický i ekonomický problém. Právě toto onemocnění je jednou z nejčastějších příčin invalidizace, výraznou měrou dlouhodobě či dokonce trvale ovlivňuje každodenní život jedince. Život téměř ve všech oblastech dostává zcela jiný, nepoznaný rozměr.

Dojde-li k porušení center řeči, dochází i k zásadnímu komunikačnímu problému, zvanému afázie. Uvědomíme-li si, že komunikace nám umožňuje vstupovat do sociální interakce, lze ji chápat jako přenos, sdělování, participaci, schopnost užívat výrazových prostředků k vytváření, udržování a rozvoji mezilidských vztahů, je jisté, že afázie vždy negativně zasáhne i do kvality života jedince i celé jeho rodiny a blízkých.

Kvalita života v nejširším slova smyslu se v posledních letech stává ústředním tématem všech pomáhajících profesí, tedy i afaziologie. Stále větší pozornost je věnovaná psychosociálním aspektům ztráty zdraví. Předmětem zájmu je vliv nemoci a léčby na tělesný a duševní stav, na celkovou funkční zdatnost jedince v oblasti rodinného, společenského i pracovního života.

Dojde-li přes veškerou intenzivní péči k trvalému postižení, je nesmírně důležité, abychom mu v jeho obtížné životní situaci byli na blízku. Zde sehrává velmi důležitou roli především rodina a rodinné zázemí člověka s afázií.

I. Teoretická část

1. Zdraví, nemoc, choroba, chronické onemocnění

1.1 Úvod do problematiky

Zdraví, běžně užívané slovo, za kterým se skrývá největší bohatství člověka. Téměř všechny národy a společnosti řadí s největší pravděpodobností právě zdraví v hierarchii hodnot na jeden z nejvyšších stupňů. Skutečnou hodnotu zdraví si mnozí z nás opravdu uvědomí až v situaci, kdy je naše zdraví ohroženo či dokonce ztraceno.

Zdraví je možné vnímat jako stav pohody, rovnováhy, vyrovnanosti, nadhledu, schopnosti vyrovnávat se s nejrůznějšími denními aktivitami a nástrahami, což je zajištěno součinností a harmonií fyzických, psychických, biologických, ale i sociálních funkcí. Lze tedy hovořit o celistvosti člověka. Pokud je však celistvost a harmonie z jakéhokoliv důvodu narušena, je možné dostat se z pozice zdravého člověka do stavu člověka nemocného.

Je přirozené, že většina z nás má z onemocnění obavy, i když se každá lidská společnost s nemocí setkávala prakticky od svého počátku. Každý člověk v nějakém období svého života nemoc prožíval, vyrovnával se s ní, vítězil nad ní, v některých případech bohužel i prohrál. Ze somatického pohledu může v nemoci dojít k úbytku sil, které omezují či znemožňují vykonávat nejrůznější fyzické aktivity. Nemoc ovlivňuje i náš psychický stav. Žijeme ve světě plném spěchu a zvyšujících se nároků na vzdělávání, adaptaci, orientaci v nejrůznějších oblastech života, kde se žádá naše připravenost a schopnost rychlé a správné reakce, což způsobuje poměrně často psychickou únavu, která nezřídka vede až k vyčerpanosti, ale i úzkostným stavům, depresi či jiným psychickým poruchám a onemocněním. Každé, především vleklé a dlouho trávající těžké onemocnění, přináší i řadu omezení v sociální oblasti. Nemoc ale svým způsobem mobilizuje síly člověka, může být signálem ke zpomalení, pozastavení se. Prověřuje charakter člověka a odolnost vůči nepříznivé situaci. I v době nemoci většinou člověk reaguje podle toho, jaký je. Mohou se ale projevit i zcela neočekávané reakce, které jsou pro jeho okolí překvapující, nečekané.

Moderní věda se kromě jiného podílí i na prodlužování lidského života, uplatňuje nové zásady v oblasti hygieny, správné výživy a životosprávy, zachraňuje životy jedincům, kteří by právě bez zásahu vysoce specializovaných moderních technologií nemohli přežít. Pochopitelně i vlivem těchto faktorů dochází celosvětově ke stárnutí populace, k prodlužování průměrného věku života, což s sebou kromě jiného přináší i větší náklady a nároky v oblasti zdravotní a sociální péče, rostou ekonomické náklady na léčbu, je nutné zkvalitňovat i technické zázemí. I z těchto důvodů se v posledních desetiletích klade velký celospolečenský důraz na zajišťování kvalitní primární, sekundární i terciární prevence, rozhodování a odpovědnost se vyžaduje jak od lékařských pracovišť, tak i samotných pacientů.

S tím souvisí i fakt, že bychom měli být o svém stavu poučeni. Lékař se většinou nerozmýšlí, má-li pacientovi sdělit zcela běžnou a nekomplikovanou diagnózu. V případě vážného, komplikovaného či nevléčitelného onemocnění se nabízí otázka, jak se k pacientovi zachovat. Zde je nutno pečlivě zvážit volené řešení problému, jak citlivě a lidsky informovat o nemoci, o možnostech léčby, rehabilitace, včetně možnosti neúspěchu či rizika komplikací. Jistě je nutné brát v úvahu individualitu každého z nás, uvažovat o tom, zda pravda pacientovi prospěje více než nepravda či milosrdná lež. To beze sporu vyžaduje znalost určitých zásad jednání lékařů s pacienty, které mohou přispět ke snadnějšímu sdělení i nepříznivé diagnózy a navázání kvalitnější spolupráce, založené na důvěře jak ze strany lékaře, tak pacienta. „*Pacient má nárok vědět, co s ním v podstatě je. Ovšem technika sdělení může být různá*” Slavík (1967, s. 389).

1.2. Definice, vymezení pojmů

Definice pojmu zdraví se stejně jako definice nemoci měnila vlivem doby, prostředí, ale i vlivem vzdělanosti. Kdysi byla nemoc projevem kouzel, či nepřejčnosti bohů. Dnes má stejně jako zdraví biopsychosociální charakter (Křivohlavý, 2001).

Původní význam slova zdraví, jak je definován v nejrůznějších etymologických slovnících, znamenalo celek. Tento pojem celku se dnes objevuje opět, a to v názvu směru zvaném holismus (Křivohlavý, 2001).

Chápání a prezentace pojmu zdraví je ovlivněna oborem činnosti, v jakém se jednotliví odborníci pohybují. Jistě bude rozdíl pojetí zdraví lékaře, sociologa, fidozofa, humanisty či idealisty. Lékař spojuje pojem zdraví s nepřítomností nemoci, choroby, úrazu. Sociolog nahlíží na zdravého člověka jako na toho, který je schopen fungovat ve všech příslušných sociálních rolích, pro humanistu je člověk zdravý v případě, že je schopen se vyrovnat s tlakem a úkoly, které se naskytanou. Zdraví je prostředkem k realizaci vyšších cílů a hodnot (Křivohlavý, 2001).

„Zdraví není jen absence nemoci či poruchy, ale je to komplexní stav tělesné, duševní i sociální pohody. Zdraví je fyzické (tělesné), psychické (duševní) a sociální blaho,“ tolik definice (WHO, 1964).

Novější definice WHO *„Zdraví je stav úplné fyzické, psychické i sociální pohody, nikoliv pouze nepřítomnost nemoci nebo tělesné chyby.“*

Výše zmiňované definice nesledují pouze objektivní zdravotní stav, ale zachycují i subjektivní rozměr zdraví, zmiňují i otázku sociálního faktoru. Definice je možné chápat jako naznačení ideálního stavu, kterého dle některých odborníků nelze v podstatě dosáhnout (srovnej Payne 1998, Svatošová 2003).

Negativně lze na definici hodnotit to, že není podrobněji a přesněji vymezen pojem pohody (srovnej Diener 1984, Křivohlavý 2002). Definice opomenuly i krajní, extrémní situace a případy, ke kterým v reálném životě dochází. Jako příklad je možné uvést člověka se zdravotním postižením, který je plně sociálně zabezpečený, smířený se svým životním stylem i zdravotním stavem. Z pohledu definic je považován za zdravého. Naproti tomu člověk, u kterého nebyly opakovaně objektivně shledány žádné potíže, přesto se subjektivně necítí dobře, je dle definice považován za nemocného. Nevýhodou definice je tedy i značná nekonkrétnost.

Podle Křivohlavého: *„ Zdraví je celkový (fyzický, psychický, sociální a duchovní) stav člověka, který mu umožňuje dosahovat optimální kvality života a není překážkou obdobnému snažení druhých lidí. “* (Křivohlavý 2001, s. 40).

Na zdraví je možné nahlížet z mnoha pohledů a žádná definice zřejmě neobsáhne celou problematiku.

Jisté ale je, že zdraví je ovlivněno faktory, kterými jsou (Baštecká, Goldman, 2001):

- Exogenní vlivy, které zahrnují prostředí v tom nejširším slova smyslu. Tento faktor může člověk měnit jen omezeně.
- Endogenní vlivy, které jsou dány vrozenými predispozicemi, lze je ovlivnit jen do jisté míry. Co lze ovlivnit a změnit ve velké míře, je složení a kvalita naší stravy, celková životospráva a aktivita člověka.
- Emoce a myšlenky, představující oblast, kterou lze mít za určitých okolností zcela pod svojí kontrolou. Vyžaduje jistou dávku vytrvalosti, trénovanosti a odolnosti vůči zátěžovým situacím.

Z uvedených faktorů lze vyvozovat, že člověk může svoje zdraví alespoň částečně ovlivňovat například dobrými stravovacími návyky, udržováním tělesné kondice, správnou relaxací, duševní hygienou, či jinými metodami, které navozují příjemný pocit a napomáhají k udržení dobrého zdravotního stavu a pohody.

V souvislosti se zdravím a nemocí je možné se setkat i s pojmem zdravotní nepohoda, kterým lze vyjádřit vnímání osobního zdraví či nemoci bez ohledu na to, jaký je skutečný zdravotní stav daného jedince. Člověk bez jakékoli známky nemoci se necítí zcela zdrav, není mu dobře, pociťuje nevolnosti, nepohodu. Zdravotní nepohoda je jevem psychologickým a sociologickým, závislým mimo jiné na zkušenosti, na negativních emocionálních zážitcích. Naproti tomu choroba je jev organický, vhodnými diagnostickými metodami velmi dobře prokazatelný (Křivohlavý, 2002).

Ale i člověk, v mnoha případech i chronicky nemocný, se může cítit zdravě, bez známek nepohody. Pro ilustraci lze uvést hypertenzi, která se stává významným rizikovým faktorem pro vznik mnoha velmi závažných onemocnění, jakými jsou například infarkt myokardu, či cévní mozková příhoda.

Nemoc v nejširším slova smyslu vymezujeme jako stav organismu, ve kterém je nutné se vyrovnávat s více či méně nepříznivou situací. Brání dosažení cíle, znemožňuje realizaci nejrůznějších záměrů.

Definice WHO „*Nemoc je stav organismu vznikající působením vnějších a vnitřních okolností, narušujících jeho správné fungování a rovnováhu. Dochází k poruchám funkce a struktury orgánů vedoucích ke vzniku příznaků nemoci a dalším důsledkům*“ (Vokurka, Hugo, 2007, s. 311).

Ze starších definic: nemoc lze chápat jako „*organický nesoulad, jako projev poruchy fyziologické funkce.*“ (Haškovcová 1975, s. 85). Dále uvádí, že nemoc si lze vyložit i jako sociální jev, který neprobíhá jen na fyzické bázi, kde vyvolává pocity utrpení, bolesti, motivuje jednání směřující k úlevě. Jednání nemocného člověka a jeho okolí je strukturováno, zasazeno do pevných a srozumitelných institucionálních vzorů, kde platí určitá pravidla, normy, které je nutné dodržovat. Nemoc člověka má vážné sociální důsledky, neboť přerušuje některé sociální procesy, podněcuje změny v organizaci sociálních skupin, mění vztahy mezi lidmi (Haškovcová 1975).

V současném medicínském pojetí je nemoc „*porucha zdraví, která je obvykle zjištělná objektivně, bývá vnímána nemocnou osobou a stává se předmětem zdravotních služeb.*“ (Vokurka, Hugo, 2004, s. 589). Podle časového průběhu rozeznáváme počáteční období prepatogeneze, časné patogeneze (latentní, popř. symptomatická fáze nemoci), rozvinutá patogeneze a ukončení nemoci - vyléčením, přechodem do *chronické fáze* nebo smrti (Vokurka, Hugo, 2004).

Jiná lékařská definice na nemoc pohlíží jako na životní událost, proces, nozologickou jednotku, chorobný stav. Nemoc znamená pro pacienta a jeho okolí zkušenost. (Marek, Kalvach, Sucharda a kol. 2001).

Onemocnění je syndrom se známou příčinou, známým průběhem, a nebo patofyziologickým mechanismem. Aby mohla být nemoc lékařsky uznanou nozologickou jednotkou (nozologie - nauka o třídění nemocí), měla by mít začátek, průběh a konec se specifickými symptomy sdružovaných do syndromů (Baštecká, Goldmann, 2001).

Všechny výše jmenované definice nemoci pohlíží na problém pouze z jednoho úhlu. Pozornost je soustředěna na nedostatečnou činnost a kvalitu tělesné schránky člověka. Zcela opomenuty jsou sociální, psychologické i ekonomické souvislosti.

Dle biomedicínského modelu tedy nemoc vzniká na somatickém (tělesném) základě jako důsledek poruchy tkání a buněk a zdraví je jen absencí choroby (Baštecká, 2003).

Vurm podotýká, že model je charakterizován orientací na příčinu nemoci či stavu (kauzální orientace), orientací na zajištění podkladů pro kauzální léčbu, odpovídajícím klasifikačním systémem ICD¹ (International Classification of Diseases).

Zdravotníci v tomto modelu postupují podle schématu: etiopatogeneze - manifestace nemoci - léčba. Jedná se o kauzální vzorec myšlení. Od prokázání etiologie, přes pochopení a popis patogeneze, objasnění projevů a manifestace nemoci se lékař dostává ke klinické diagnóze, která určuje i jím přijaté postupy léčby a přijatá léčebná opatření (Vurm a kol., 2003).

V posledních letech je právě biomedicínský model pro svou nedostatečnost a neúplnost kritizován. Je nutná změna vzorců myšlení a jednání, neboť nepochybně dochází ke změnám ve vývoji morbidity. Ve spektru prevalence nemocí a chorobných stavů začínají převažovat chronické nemoci, které jsou svojí podstatou vlastně nevyléčitelné ad integrum. Důsledkem toho v podstatě relativně ubývá vyléčitelných, tj. akutních nemocí. Stalo se proto nezbytností, aby bylo postupováno komplexněji (Vurm a kol., 2003).

Do popředí se dostává celostní (holistický) model, kterým je **bio-psychosociální model nemoci**, charakterizovaný „orientací na cílový dopad, orientací na zajištění podkladů pro ošetřování a rehabilitaci cílové osoby pacienta/klienta, odpovídajícím klasifikačním systémem ICIDH² - International Classification of Impairment, Disability and Handicaps " (Vurm a kol., 2003, s. 20). Zdravotníci v tomto modelu uvažují dle schématu: etiopatogeneze - impairments (poškození) - disabilities (porucha schopnosti) - handicaps (znevýhodnění). ICIDH je multidisciplinární klasifikační systém,

¹ ICD - International Classification of Diseases (Mezinárodní klasifikace nemocí)

² ICIDH - International Classification of Impairment, Disability and Handicaps (Mezinárodní klasifikace poškození, poruch a znevýhodnění)

umožňující analyzovat a dokumentovat zdravotní stav člověka v několika základních dimenzích, kterými jsou - fyzický stav, schopnosti, aktivita a výkonnost osoby, dopady zdravotního stavu osoby do sociálních vztahů a socioekonomické důsledky (Vurm a kol., 2003).

Definovat nemoc tak, aby zahrnovala všechny aspekty (tělesné, kognitivní, filozofické, sociální, psychologické, ekonomické atd.), zřejmě není možné. Proto jsem uvedla pouze několik definic různých autorů, které se ovšem mění s vývojem nových poznatků a samozřejmě dle hlediska zaměření a odbornosti autora. Každý z nich nám dává náhled na nemoc z jiného úhlu pohledu.

1.3 Fáze onemocnění

Každá událost, děj, stav, tedy i nemoc, má svou nultou fázi, své spektrum alternativ a jejich možných důsledků, svůj seznam faktorů, které mohou rozehrát nejrůznější hry a uvést do pohybu určitý děj, událost, způsobit stav. I lidské zdraví a nemoc je proces, mající své příčiny, které se mění v čase a lze je analyzovat (Haškovcová, 1975).

1.3.1 Prodromální stadium nemoci

Prodromální fáze onemocnění je pojímána jako soubor nespecifických příznaků, ohlašujících příchod nemoci. Vnímáme to, co jsme doposud nevnímali. Mezi zjištěním existence určitých, často nespecifických příznaků zhoršujícího se zdravotního stavu daného člověka a jeho návštěvou lékařské ambulance se v mysli odehrává mnoho nejrozličnějších pochodů.

Člověk sám nejprve odhaduje, zda jsou jeho potíže projevy nemoci, zda vyžadují, aby se obrátil na lékařskou pomoc, nebo jsou to běžné, občas se vyskytující nepříjemné pocity slabosti, nevolnosti, které obvykle po nějaké době samy zmizí (Haškovcová, 1975).

V běžném denním životě své tělo stále nekontrolujeme, nevnímáme nic, co je pro nás normální. Tělo začneme vnímat až v případě, že nás na sebe upozorní, v době,

kdy dojde k nějakému odlišení od běžných, denně se opakujících signálů. Začínáme reagovat na zprávy o tom, že se objevují určité odchylky od normálu. Tyto signály začínáme registrovat, vnímat, přezkoumávat, porovnáváme je se záznamy v paměti, se svými zkušenostmi a přisuzujeme jim určitou míru závažnosti (Kapr, Koukola 1998).

Nabízí se základní otázka, jak vnímání daných příznaků onemocnění zvládnout. Existuje skupina pacientů, kteří mají tendence jakýkoliv příznak přehlížet, nevšímat si ho. Protipólem jsou ti, kteří okamžitě reagují na sebemenší podnět, jsou velmi vnímaví, bdělí.

Křivohlavý (2002) uvádí, že daleko vnímavější, citlivější a pozornější k registraci negativních změn svého zdravotního stavu jsou neurotičtí jedinci, lidé ve stresu, tísní, napětí, ale i lidé zaměřeni spíše na sebe, do vlastního nitra. Zintenzívnění vnímání příznaků nastává i v důsledku zvýšeného zájmu o určitá onemocnění, ale i vlivem médií. Podstatný podíl na vnímání příznaků mají i lidé, kteří popisují a zprostředkovávají zkušenosti s příznaky svého onemocnění dalším lidem. Účastníci rozhovorů pak často docházejí k závěru, že též těmito příznaky trpí, i když jde o tzv. planý poplach (Křivohlavý, 2001).

Rychlost rozhodnutí a postoj k danému problému je dán intenzitou potíží, jejich četností, úporností, stupněm, v jakém omezují jeho tělesné, duševní a sociální činnosti, paměti, ve které má uchované bývalé zkušenosti s nemocí, soudy a rady jeho rodiny, spolupracovníků, přátel (Haškovcová (1975).

To, jak určité příznaky člověk vnímá, je značně individuální. Obraz stejné nemoci může být velmi pestrý a proměnlivý. O jeho průběhu rozhoduje velké množství vnitřních i vnějších faktorů, jakými je osobnost jedince, vrozené dispozice, postoje, názory, myšlení, zkušenosti, dovednosti, emoce, znalost sebe sama, druh a kvalita sociálního prostředí, ve kterém daný jedinec žije. Z toho vyplývá, že významnou roli sehrává mnoho událostí, které lze jen velmi obtížně zobecnit a systematicky postihnout.

1.3.2 Akutní stádium nemoci

V tomto stádiu onemocnění dochází k manifestaci specifických, ale i nespecifických příznaků nemoci. Akutní onemocnění vzniká náhle, jeho příznaky jsou výrazné a prudké (vysoké horečky, silné bolesti aj.). Akutní onemocnění se může zcela vyhojit, nebo přejít do stádia chronického. U některých těžkých chorob může prudký průběh pacienta trvale poškodit avnejtěžších případech vést i k jeho úmrtí (Vokurka, Hugo, 2004).

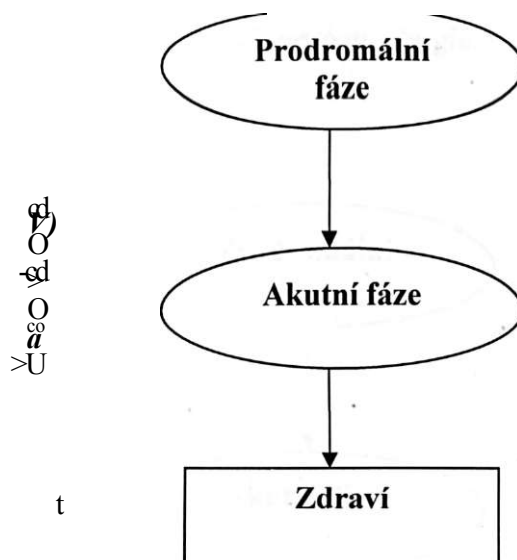
Z pohledu nemocného jde o krizovou životní situaci. Dostane-li se do situace, kterou již sám není schopen zvládnout, obrací se na lékaře, očekává pomoc, podporu, vysvětlení, pochopení. Nemocný prožívá, aniž si to vždy plně uvědomuje, pocit nejistoty a ohrožení vlastního života, strach a úzkost, obavy, které vyplývají z jeho stavu, z nemoci samé (Haškovcová 1975).

„... akutní onemocnění představuje totální pád do nemoci, jež má časově kratší průběh a je zakončena uzdravením. “ (Payne 2005, s. 616)

Lékař se ukázal jako všestranně použitelné, avšak dosud téměř nepoznané terapeutikum. Pacient, který lékaře navštíví, si stěžuje na své určité tělesné obtíže, které chápe jako nemoc. Na to lékař odpoví obvykle prostředím odborných vědomostí, začne si vybavovat známé, dobře popsané obrazy nemocí a jejich spolehlivé symptomy, s cílem pacientovi daný problém vysvětlit, objasnit, řešit (Růžička in Baštecká, 2003).

Baštecká poukazuje na to, že pacient přijímá lékařův pohled na věc, jeho zodpovědnost a moc, ve většině případů dbá rad a doporučení lékaře, protože doufá, že lékař svého postavení a vlivu využívá výhradně v pacientův prospěch. Doufá, že jeho „poslední“ kontakt s ošetřujícím lékařem v souvislosti s jeho onemocněním bude co nejdříve, kdy bude označen za zdravého a lékař danou nemoc ukončí s tím, že nemoc nezanechala žádné trvalé následky (Baštecká, 2003).

Mezi nejčastěji se vyskytující akutní nemoci patří viróza, angína, cévní mozková příhoda, infarkt myokardu, akutní apendicitida, jiná zánětlivá onemocnění, fraktury. Akutně může vzniknout i kochtavost, náhlá ztráta hlasu, mutismus po traumatech.



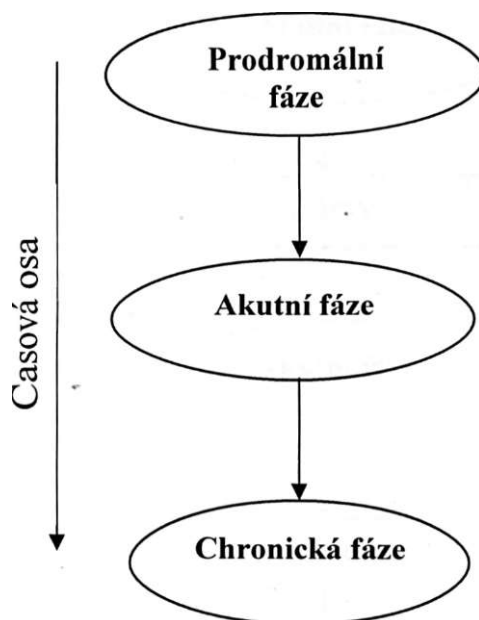
Obr. č. 1 - Schéma průběhu akutního onemocnění

1.3.3 Chronické stádium nemoci

Lidský život je plný zvrátů, mezi které patří i změna zdravotního stavu. Organismus člověka je napadán nejrůznějšími nemocemi, z nichž některé se stávají trvalými společníky dalšího konkrétního lidského osudu (Haškovcová, 1975).

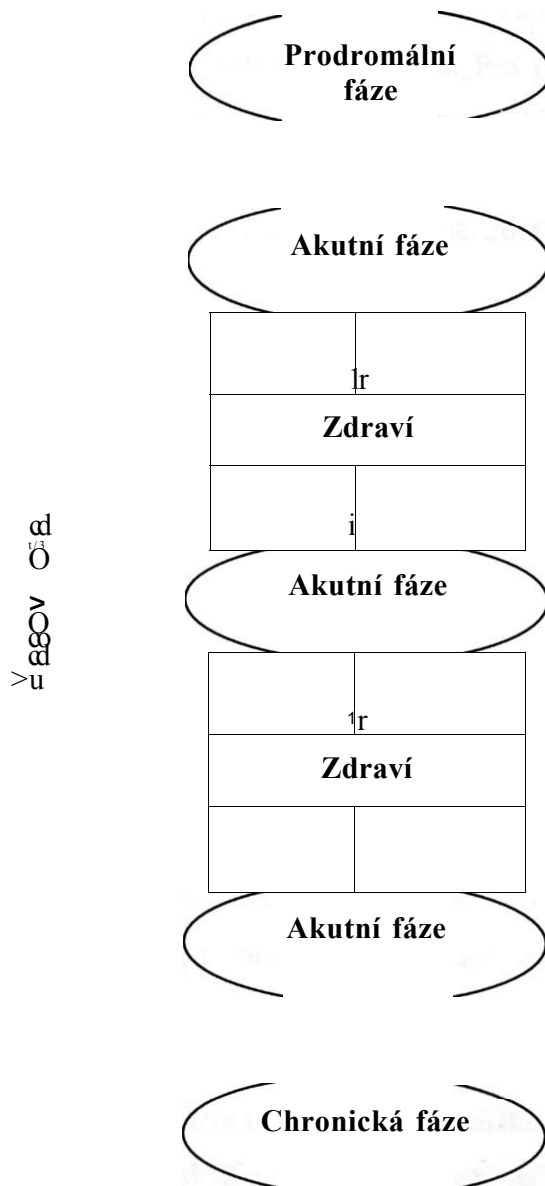
„Jde o chronická onemocnění, která mají zdlouhavý, chronický průběh“ (Vokurka, Hugo, 2004, s. 379). Chronické onemocnění probíhá méně prudce než akutní, je vleklé, její příznaky jsou však přítomny více méně trvale - někdy mohou být sotva patrné, jindy se naopak prudce zhoršují. Jejich trvalé působení může poškozovat organismus a jeho orgány.

Některá onemocnění mají chronický ráz od samého počátku (Vokurka, Hugo, 2004, s. 380). Lze jmenovat např. Parkinsonovu nemoc, roztroušenou sklerózu, diabetes mellitus, Alzheimerovu nemoc, epilepsii, artrózu, alergie.



Obr. č. 2 - Schéma onemocnění s přechodem do fáze chronicity

Jiná onemocnění se stávají chronickými až po opakovaných nebo neléčených akutních nemocech (Vokurka, Hugo, 2004, s. 380). Zde lze jmenovat chronické onemocnění ledvin, chronická respirační onemocnění, chronická onemocnění močového ústrojí a další.



Obr. č. 3 - Schéma onemocnění s remisemi, relapsy a postupným přechodem do chronicity

Při chronickém onemocnění je pacientův život nevratně změněn. Požadavky, které jsou na něho i jeho rodinu a blízké kladeny, bývají mnohdy poměrně vysoké. Pacient musí nejen vědět, jak užívat hlavní lék, ale musí také rozpoznat změnu stavu, která vyžaduje rychlou změnu léčebného režimu a musí se umět samostatně rozhodovat i bez konzultace lékaře. Musí chorobě přizpůsobit své chování, denní režim, stravovací návyky, je nucen se zcela cíleně vyhýbat situacím, které vyvolávají zhoršení obtíží atd. Jedním z předpokladů, aby pacient poučení přijal, je patřičná motivace. Za

nejdůležitější motivační faktor se zpravidla považuje úspěšnost léčby. Ta je ale často lékařem hodnocena jinak, než pacientem. Lékař se zajímá o objektivně změřené zlepšení dané funkce, o snížení potřeby léčiv apod. Pro pacienta je rozhodující, zda léčba zlepšuje kvalitu jeho života, zda ho choroba po léčbě méně omezuje v jeho životních aktivitách. Pacient bude ochotněji dodržovat rady lékaře, když výsledky léčby budou uspokojovat jeho vlastní zájmy a cíle (Medicína, 2000, anonym).

Cílem léčby není pacienta vyléčit, ale umožnit mu pokračovat v životě a těšit se z něj. Snahou by mělo být vytvoření takových podmínek, které budou přispívat k co největší soběstačnosti a samostatnosti chronicky nemocného člověka, ke zlepšení kvality jeho života.

1.4 Upoutání na lůžko

Příčinou upoutání na lůžku může být vlastní nemoc, způsobující omezenou pohyblivost, ale také zranění, stáří, pooperační stavy nebo monitorování pacienta nejrůznějšími moderními přístroji.

Snížená mobilita či imobilita přináší pacientovi v první řadě objektivní fyziologické komplikace. Velkým problémem je také zvýšená náchylnost k apatii, podrážděnosti či úzkostnosti u osob, které nejsou bez asistence schopni vykonávat ani své základní potřeby. Imobilita je v mnoha situacích překážkou k uzdravení nebo zlepšení zdravotního stavu pacienta. Upoutání na lůžko, které velmi omezuje či znemožňuje pohyb, ve svém důsledku negativně působí na orgány a funkčnost celého organismu.

Pobyt na lůžku je určen celkovým stavem nemocného a charakterem jeho onemocnění. Akutní nemocniční péče pro diagnostiku a léčbu krátkodobých onemocnění a urgentních stavů nevyžaduje zpravidla delší pobyt na lůžku než 5 týdnů (Vokurka, Hugo, 2003).

Pacient upoutaný na lůžku musí být často polohován, aby se v co největší možné míře předcházelo bolestivým dekubitům. Svou úlohu zde sehrává i role fyzioterapeuta, který provádí dle stavu pacienta pasivní či aktivní rehabilitaci. Pomocí lůžka a

speciálních cvičebních technik je pohybový aparát imobilního pacienta připravován na případnou vertikalizaci. Pro zlepšení subjektivní psychické i tělesné pohody by mělo být samozřejmostí polohovací lůžko. Dobře navržené a vhodně umístěné ovládací prvky lůžka dávají pacientovi možnost samostatně si nastavit polohu jednotlivých částí postele. Podstatně se tím zvyšuje pohodlí pacienta, podporuje se jeho soběstačnost a nezávislost na personálu. To zvyšuje sebevědomí, navíc je pacient po určitou dobu zaměstnán, je odváděna jeho pozornost od nepříznivého zdravotního stavu.

Samostatnost pacienta, umožněná funkčními prvky lůžka, je proto pro sestru a všechny pečující velkým ulehčením. Právě lůžko se tak může stát významným pomocníkem na dlouhé cestě pacienta k prvním samostatným krokům. Na našem trhu je možné si vybrat z poměrně široké nabídky polohovacích lůžek. Při výběru můžeme využít i internetu (např. www.ortoservis.cz, www.medipos.cz, www.dmapraha.cz).

Péče o člověka upoutaného na lůžko vyžaduje zvláštní úkony, přináší s sebou vyšší nároky na lékaře, ošetřující personál, na všechny pečující, kteří zajišťují domácí péči. Správná péče o tuto skupinu nemocných je nutná pro prevenci komplikací, které dlouhodobým upoutáním na lůžko mohou vznikat. Čím je člověk méně soběstačný, tím více času bychom mu měli věnovat. Cílem je maximální možná míra dorozumět se s ležícím člověkem, vytvořit mu klidné a příjemné prostředí. (Holeková, 2002).

Minulý systém byl více orientován na péči poskytovanou lůžkovými zařízeními, kde převládala orientace na lůžka akutní. Vytrácela se strukturovaná následná péče, péče o dlouhodobě nemocné ležící pacienty, pacienty imobilní a pacienty v terminálním stadiu nemoci. V této oblasti přetrvávala péče v léčebnách dlouhodobě nemocných, které sloužily jako odkladiště pro ty, kteří nebyli schopni se o sebe postarat.

Transformace socialistického zdravotnictví a sociální péče přináší postupný **návrat péče** o tyto pacienty **do prostředí domova**. Zdravotník se stává více konzultantem či poradcem svého pacienta a jeho rodiny. Hlavním úkolem pečujících profesí není tedy náhrada rodiny, nýbrž její podpora (Kalvach, 2002).

Přestože je snaha o to, aby se zdravotní péče v maximální možné míře odehrávala v rodině, nastávají situace, kdy se rodina a blízké okolí z nejrůznějších

důvodů o člověka, který je upoutaný na lůžku, postarat nemůže. V takových případech je nutné využít služeb sociální či zdravotní péče.

V současné době jsou systémy zdravotní a sociální péče resortně odděleny, přestože ve skutečnosti existuje těsná návaznost a provázanost této péče. Velmi často se péče zdravotní i sociální poskytuje souběžně. Kombinaci těchto služeb potřebují především lidé, kteří se neobejdou bez pomoci kvalifikovaného personálu. Zdravotní a sociální péče je poskytována v různých typech zařízení.

Následující tabulky znázorňují druhy a typy služeb, kterých mohou osoby **upoutané na lůžko** využít.

Sociální a zdravotní služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče		
Intramurální péče	Semimurální péče	Extramurální péče
Nemocnice I., II., III. typu	Stacionáře <ul style="list-style-type: none"> • léčby bolesti • onkologické 	Zvláštní ambulantní péče <ul style="list-style-type: none"> • domácí zdravotní péče • zdravotní péče v domovech pro osoby se zdravotním postižením
Fakultní nemocnice		
Odborné léčebné ústavy <ul style="list-style-type: none"> • LDN • specializované rehabilitační ústavy • hospice 		

Tab. č. 1 - Sociální a zdravotní služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče

Struktura sociálních služeb v oblasti sociální péče		
Intramurální péče	Semimurální péče	Extramurální péče
Odlehčovací služby	.	Osobní asistence
Domovy pro osoby se zdravotním postižením		Pečovatelská služba
Domovy pro seniory	.	Krizová linka

Tab. č. 2 - Sociální služby (viz Zákon 108/2006 Sb.o sociálních službách)

Jelikož se člověk upoutaný na lůžko nachází ve velmi těžkém období svého života, je plný úzkosti, obav, strachu, nejistoty, je možné, či dokonce pravděpodobné, že se vyskytnou problémy v komunikaci, a to jak ze strany nemocného, tak z naší strany. Nemocného se snažíme pochopit, vcítit se do jeho problémů, projevit velkou dávku empatie (Holeksová, 2002). Dále zmiňuje, že je nesmírně důležité s nemocným se snažit udržet kontakt a vztah plný důvěry a porozumění. Těžko se domluvíme s nemocným, který nám nevěří. Pozorně nasloucháme, co nám nemocný sděluje. Při aktivním naslouchání se pacientovi díváme do očí. Nad nemocným nestojíme, ale sedneme si k němu. Chováme se uvolněně a přirozeně. Nemocného k rozhovoru povzbuzujeme. Nesmíme používat bezduché utěšování, nepodceňujeme jeho strach slovy „to bude dobré“, ale nasloucháme, proč a z čeho má obavy. Nejčastěji je to otázka smrti. I na toto téma je nutné se bavit.

Nikdy nesmíme v člověku vyvolat pocit, že je zbytečný a neužitečný. Pokud nám chce, v rámci svých možností, pomoci, umožníme mu to. Nesmí mít pocit, že nám překáží. Snažíme se ho zaměstnat něčím, co má rád - čtení, poslech hudby, luštění křížovek, sledování televize, ruční práce atd.(Holeksová, 2002).

Závěrem je třeba zmínit, že odborná literatura, která by se zabývala Problematikou pacientů upoutaných na lůžko komplexně, je v domácích zdrojích zastoupená poměrně v malé míře. Je orientována především na oblast komunikace ošetřujícího personálu s pacientem.

1.5 Chronická nemoc

Chronické choroby existovaly odedávna, i když se celý systém zdravotnictví vyvinul z potřeb léčby akutních nemocí. Až v druhé polovině tohoto století, v souvislosti s prodlužováním průměrného věku a s nefyziologickým způsobem života, se v průmyslových zemích staly chronické nemoci hlavní skupinou mezi příčinami úmrtí, jsou nejčastějším důvodem, proč člověk potřebuje zdravotní péči a jejich léčba spotřebovává podle některých odhadů až 70% všech prostředků zdravotnických rozpočtů (Medicína, 2000, autor neuveden). Posun medicíny k zvládnutí chronických onemocnění je hlavním důvodem k zásadní změně úlohy pacienta. Při chronickém onemocnění se pacient musí aktivně podílet na téměř každém kroku rozhodování o léčebném postupu. Bez aktivního partnerského vztahu mezi lékařem, terapeutem, rodinou a pacientem není efektivní léčba chronického onemocnění téměř možná.

Chronická onemocnění mohou mít mnoho podob a odlišný průběh (diabetes mellitus, celiakie, srdeční onemocnění, demence, astma a další), ale zpravidla všechna podstatně mění dosavadní život konkrétního jedince. Je nucen vyrovnat se s řadou obtíží, které nejsou spojeny výhradně s fyzickou nedostatečností. Bojuje se strachem z případné invalidity, z neschopnosti pokračovat v dosavadní práci, z odloučení od svých blízkých, z finančních těžkostí. Nastupují obavy, jak jej přijmou příbuzní, známí, celá společnost. Klade si otázku, jaká bude jeho budoucnost, bude-li nějaká (Haškovcová, 1975).

Celý dnešní systém zdravotnictví se historicky vyvinul z potřeb léčby akutních nemocí. Když se v posledních padesáti letech postupně zvyšovala prevalence chronických chorob, postupy ověřené v léčbě akutních nemocí se začaly stále častěji jevit jako neúčinné. Pasivní pacienti, zbytečné hospitalizace, drahé technologie s nejistými účinky, zbytečné hromadění klinických údajů - to všechno vedlo k zvyšování nákladů, které se neprojevovalo zlepšením stavu pacientů.

Ve většině zemí si rostoucí náklady vynutily reformy zdravotnického systému, ale pozornost politiků byla soustředěna na organizační a finanční otázky. Nicméně, objevily se i nové přístupy, odpovídající potřebě péče o chronicky nemocné, např. domácí péče (home care) a sociální služby. Postupně byly formulovány zásady přístupu

k léčbě nejzávažnějších onemocnění - astmatu, diabetu, hypertenze, ischemické choroby srdeční, bolestí zad, alergií, chronické úzkosti a deprese, osteoporózy a jiné.

Rozhovor mezi odborníkem a pacientem, stejně jako kterýkoliv rozhovor, probíhající mezi lidmi, probíhá ve dvou rovinách, tj. v rovině kognitivní a emoční. Obě tyto roviny spolu úzce souvisí. Kognitivní rovina zahrnuje fakta, konkrétní obsah sdělení. Emoční rovina dodává konkrétním faktickým údajům prostřednictvím intonace, mimiky, gest a držení těla význam (Beran, 1997). Protože pacient musí novým přístupům rozumět a spolupracovat při nich, edukace pacienta se stala základním úkolem lékaře. Autor dále uvádí, užije-li lékař při sdělování informací množného čísla (např. „Budeme hledat...“), zdůrazňuje tím nutnost spolupráce lékaře a pacienta při hledání souvislostí mezi problémovými situacemi v jeho životě a jeho obtížemi (Beran, 1997).

„Zatímco se nám během života více či méně daří děsivou úvahu o smrti zahnat, v případě vážné chronické nemoci a vždycky ve stáří to již nejde. Tato hrůza se nedá řešit práškem či rozptýlením, takto se totiž problém toliko odsune a nakonec se vrátí v ještě horší podobě. To jediné, co se dělat dá, je vzít svůj konec a limit vážně“ (Payne, 2005, s. 205).

1.6 Chronické neurologické onemocnění

Neurologie, oblast medicíny, věnující se nervovým onemocněním, zahrnuje velmi široké spektrum nemocí, z nichž každá skupina má svá specifika a znevýhodnění z nich vyplývající. V důsledku poškození nervové soustavy může docházet k poruchám hybnosti, citlivosti, vnímání, obratnosti, paměti, rozumových schopností, řeči.

Onemocnění, zmiňovaná v následujícím textu, nejsou popisována dle jednotné struktury, vždy je poukazováno především na symptomy ve vztahu k řeči a komunikaci.

1.6.1 Poúrazové stavy

Vlivem dopravních nehod, neopatrnosti, přeceňování sil, napadení, neodhadnutí svých možností při sportu, práci, hlavně u starších osob často i doma, neustále přibývá **úrazů mozku, hlavy, páteře a míchy**. Uraz způsobuje primární lézi, která je neovlivnitelná. Sekundární poškození, jako je edém, hematom, ischemie, infekce, herniace, se vyvíjí až vpoúrazovém období (Seidl, Obenberger, 2004). Právě těmto komplikacím se specializovaná lékařská pracoviště snaží zabránit, popř. je alespoň omezit. V mnoha případech jsou zranění ale tak vážná, že se s jejich následky člověk vyrovnává po celý zbytek života - např. poruchy hybnosti (parézy, plegie), poruchy komunikace (dysartrie, anartrie, afázie, dysfágie, respirační poruchy), psychické, sociální, ekonomické problémy.

1.6.2 Demyelizační onemocnění

Demyelizační onemocnění, u nichž dochází k destrukci myelinových pochev nervových vláken, tvoří další oblast neurologických onemocnění. Mezi těžké onemocnění této skupiny patří **roztroušená skleróza**, což je autoimunitní onemocnění centrálního nervového systému. V patogenezi se uplatňují zánětlivé a neurodegenerativní mechanismy, které vedou k poškození myelinových obalů i k ireverzibilní ztrátě nervových vláken (Havrdová a kol, 2005).

Vůbec nejčastější příznak nemoci je únava, která je jako symptom vysoce nespecifická. Nemoc je dále provázána poruchami motoriky, poruchami pohybové koordinace, spasticitou s kontrakturami, častý je intenční tremor s ataxií a třesem před cílem, diplopií, nystagmem. Poruchy vyprazdňování močového měchýře úzce souvisí s hybností DK. Spolu s poruchami mikce dochází k manifestaci sexuálních problémů. V pokročilých stádiích jsou přítomny kognitivní poruchy (Seidl, Obenberger, 2004). 2 poruch komunikace bývá přítomna získaná **dysartrie, řeč je skandovaná** (Preiss, 1998).

V současné době lze terapeuticky ovlivnit složku zánětlivou. Pouze včasné zahájení této léčby může oddálit rozvoj nevratné invalidity pacienta (Havrdová a kol, 2005).

1.6.3 Progresivní chronická neurogení onemocnění

Progresivní chronická neurogení onemocnění, další obsáhlá skupina neurologických onemocnění, jsou projevem dysfunkce neuronů periferního motorického nebo aferentního systému, buněk předních rohů míšních a kořenů míšních.

Primární nemoci periferního neuronu představují heterogenní skupinu chorob, u kterých postupně dochází k degeneraci neuronů nebo k demyelinizaci. Navzájem se liší typem dědičnosti (autosomální či heterosomální, dominantní nebo recesivní), frekvencí výskytu, rozmanitou etiologií, patogenesou, věkem začátku prvních projevů nemoci, nesterjně rychlým průběhem.

Sekundární neuropatie jsou získané, vznikají důsledkem zánětlivých procesů, možný je imunologický podklad, některé provázejí četné systémové a endokrinní choroby - diabetes mellitus, vaskulitidy, malignity, revmatická onemocnění, nemoci jater a ledvin.

Zvláštní kapitolu tvoří toxické neuropatie, neuropatie při nutričním deficitu a neuropatie při infekčních chorobách.

První subjektivní příznaky spočívají ve zhoršení hybnosti a u periferních neuropatií i v poruše cití. Jedním z hlavních příznaků periferních neuropatií je bolest, fascikulace a hypotonie, narůstající atrofie v oblastech postižených svalů, převážně symetrický pokles svalové síly s různě progredující poruchou hybnosti (Havlová, 1997).

Onemocnění předních rohů míšních

Jde o výhradně motorickou poruchu bez sensitivních příznaků, dominuje zde svalová slabost a atrofie, obvykle s převahou na akrálních částech končetin. **Spinální svalové atrofie** (SMA) jsou vrozené poruchy a mohou začít v dětství i v dospělosti. Čím později začínají, tím je průběh pomalejší a benignější. **Amyotrofická laterální**

skleróza (ALS) je progresivní neurodegenerativní onemocnění dospělých, nejčastěji ve věku 50 - 70 let. V počátečním stádiu se nemoc projevuje přibližně v 50 - 60% svalovou slabostí a atrofiemi na ruku, ve 25 - 30% na dolních končetinách. Bulbární začátek bývá ve 20 - 30% případů. Prvním příznakem zde je obvykle *dysartrie*, mohou být patrné *atrofie* a *fascikulace jazyka*, dalším projevem je *dysfagie*. Citlivost je neporušena. Kognitivní poruchy sice nepatří k běžnému klinickému obrazu ALS, ale některá neuropsychologická vyšetření ukázala poruchy frontálních exekutivních funkcí až u 50% pacientů. Asi v 5% se udává demence fronto-temporálního typu. Onemocnění je velmi progresivní, nemocní umírají do 2 - 5 let od vzniku prvních příznaků (Ambler, 2006).

Aiononeuropatie

Postihují inervační oblast jednoho nervu. Pokud dojde k onemocnění hlavového nervu, bývají nejčastěji postiženy nervy okohybné a *n. facialis*. Paréza lícního nervu se projevuje postižením mimického svalstva příslušné poloviny obličeje. Mononeuropatie mohou vznikat na základě traumat, kompresí, příčina může být i endokrinního původu (Havlová, 1997).

Poruchy nervo svalového přenosu

Nejčastější onemocnění nervosvalového přenosu je **myastenia gravis**. Projevuje se slabostí a únavností, která se zhoršuje aktivitou, obvykle v průběhu dne.

Při obrně svalů měkkého patra dochází k typické *nasolalii*, která se zhoršuje při delším hlasitém mluvení. Dochází k *poruchám polykání*, případně i ke *zvýšené únavnosti žvýkacích svalů*. Zpočátku jsou obtíže nekonstantní a jsou i období pocitu plného zdraví. Jindy je průběh s rychlou progresí a hrozí nebezpečí nedostatečné plicní ventilaci (Havlová, 1997).

Myopatie - primární svalová onemocnění

Svalovou slabostí se projevují také myopatie. Část z nich - dystrofie - začínají často už v dětském věku, vzácněji až v dospělosti. Onemocnění a subjektivní příznaky slabosti jsou v tomto případě s velmi pomalou progresí, není kolísání obtíží, nejsou remise. Mohou být delší období stabilizace onemocnění. Postiženy jsou obvykle proximální svaly horních a dolních končetin. (Mumenthaler, Mattle, 2001).

1.6.4 Nemoci extrapyramidového systému

Mezi nejčastější **nemoci extrapyramidového systému** patří **Parkinsonova nemoc** (PN), což je chronicko-progresivní onemocnění nervové soustavy na podkladě neuronální degenerace substantia nigra a nedostatku dopaminu v bazálních gangliích mozku. Příčina PN není známa, předpokládají se vlivy genetické, exo- a endotoxické. Prevalence PN je 100-150 případů na 100 000 obyvatel, ve věkové skupině nad 60 let tvoří PN až 1% všech onemocnění.

PN se projevuje charakteristickou poruchou hybnosti (hypokineze, tremor, rigidita). Přítomny jsou posturální poruchy (změny držení těla, stoje a chůze). Nemoc je často doprovázena depresemi a úzkostnými stavy. V pokročilejších stádiích onemocnění se mohou rozvinout poruchy kognitivních funkcí, které mohou vyústit až v demenci (Roth, Sekyrová, Růžička, 1999).

Již od počátku onemocnění bývají přítomny poruchy řeči. „... **dysprosodie** (neschopnost dostatečně melodicky modulovat řečový projev) společně s **hypofonií** (nedostatečná hlasitost řečového projevu) může vést k výrazným problémům s komunikací. Dochází k rozvoji typické **dysartrie** (změny tempa řeči a změny výslovnosti), konkrétně její hypokinetické formy, pro niž je charakteristická setřelá, tichá a mumlavá artikulace, která v terminálních stádiích nemoci může přejít až v **afonii** (ztráta schopnosti hlasitě mluvit) či **anartrii**“ (Růžička a kol. 2000, s. 82). V průběhu PN dochází přibližně u 70 - 80% případů k řečovým nebo hlasovým poruchám.

Až u 50% jsou nápadné **poruchy polykám** (Erdmann, s. 183). Přítomnost a míra řečového postižení je vysoce individuální.

1.6.5 Nádorová onemocnění

V jakémkoli období života může člověk onemocnět závažným neurologickým onemocněním, kterým je **mozkový nádor**, vznikající v nejrůznějších lokalitách mozku. Rozsah a místo tumoru mohou naznačit, jaké problémy lze očekávat. Pokud dojde k poruchám řeči a jazyka a nádor je lokalizován v oblasti temenního laloku dominantní hemisféry, pak se vyskytuje *senzorická afázie*, při lokalizaci v nedominantní hemisféře se lze zachytit tzv. *neglect syndrom*. U nádoru ve spánkové oblasti při poruše dominantní hemisféry bývá přítomna *senzorická* či *amnestická afázie* (Káš, 1997).

„Nezáleží na histologické povaze nádoru (zda je nádor benigní či maligní), ale pouze na lokalizaci“ (Čecháčková, s.146 In: Škodová, Jedlička a kol. 2003).

1.6.6 Neurodegenerativní onemocnění

„Se stárnutím roste pravděpodobnost vzniku neurodegenerativních onemocnění“ (Kulišťák, 2003, str. 239). Ty jsou ve většině případů spojeny s úbytkem psychických funkcí, tedy s demencí. **Demence** patří k typickým psychickým poruchám stáří, způsobená atrofií CNS. V počátečním stadiu demence dochází k amnézii pojmů a k vyhýbání se komunikaci. Ve středním stadiu se objevuje těžká a trvalá amnézie s poruchami řeči, myšlenkové perseverace a v pozdním stadiu mutismus (Neubauer, 1997).

Neubauer uvádí, že se demence *„projevují poruchami kontaktu s okolím, poruchami řeči, jazykového vyjadřování, rozumění verbálnímu projevu a jsou spjaté s poruchami čtení a psaní.“* (Neubauer, In Škodová, Jedlička, 2003, s. 177). *„...poruchy komunikace provázejí s různými projevy a intenzitou všechny typy a stadia demence“* (Neubauer, In: Škodová, Jedlička, 2003, s. 177). Demence se může projevit kdykoliv, s věkem se ale pravděpodobnost zvyšuje. Nejčastějšími příčinami demence jsou Alzheimerova nemoc, multiinfarktová demence, Parkinsonova nemoc, Huntingtonova nemoc, užívání drog a omamných látek, tumory mozku, jiná cerebrovaskulární onemocnění, úrazy hlavy, alkoholismus, poruchy metabolismu, infekce atd. (Preiss, 1998).

/ 6.6.1 Primární degenerativní demence

Primárně degenerativní (atroficko-degenerativní) demence lze obecně dělit dle toho, jaké části mozku atrofují na:

Korové demence - dochází k atrofii mozkové kůry. Protože mozková kůra řídí vyšší psychické funkce, při jejím postižení se následně objevuje demence a s tím spojená narušená komunikační schopnost. Typické jsou především deficity kognitivních funkcí (Alzheimerova nemoc, multiinfarktová demence, Píckova choroba).

Podkorové demence - dochází k atrofii převážně podkorových struktur. Podkorová centra řídí hlavně pohybové funkce a emoce. Následkem jejich poškození bývají extrapyramidové projevy, dysartrie, dysfagie, narušení procedurální paměti a zpomalení myšlenkové činnosti (Parkinsonova a Huntingtonova nemoc, roztroušená skleróza).

Nejčastější příčinou **korové demence** je **Alzheimerova nemoc**, která se projevuje rozvíjející se zapomnětlivostí, četné jsou poruchy logického úsudku, typická je ztráta prostorové orientace, dochází k redukci zájmů, zvyšuje se afektivní labilita, přidávají se poruchy intelektu, dochází k poruše péče o sebe sama, postupně progredují poruchy paměti, které postihují všechny paměťové funkce. Mohou se přidružovat i **poruchy praktických, gnostických, fatických funkcí** (Preiss, 1998). Nejprve se obvykle projevuje anomie (obtíže ve výbavnosti slov) a používání více obecných pojmenování. **Řeč** se tak stává **rozvláčná, postrádá smysluplnost**. Dále jsou časté **perseverace** (Stuart-Hamilton, 1999).

V mírném stádiu se projevují hlavně problémy s pamětí (hlavně epizodické a sémantické paměti), které mohou být považovány za běžný příznak stárnutí. Sociální dovednosti nebývají dotčeny. Velmi **časně** jsou **porušeny pragmatické a sémantické Jazykové schopnosti** (Neubauer, 2003). Je **chudší slovní zásoba**, pacient **mí problémy s chápáním abstraktních vět** (Stuart-Hamilton, 1999). Často hledá vhodný výraz.

S rozvojem choroby se prohlubuje závažnost všech symptomů. Nápadně *se zhoršuje impresivní i expresivní složka řeči*, bývá *postižena i syntaktická a fonologická rovina jazyka*. V terminálních stadiích choroby pacienti obvykle propadají do netečného stavu, klesá schopnost komunikovat s okolím. Bývají inkontinentní.

Nejvíce bývá zasažena tzv. sémantická stránka jazyka, ostatní stránky nebývají příliš poškozeny. V pokročilých stadiích jsou již porušeny veškeré prvky jazykového vyjádření i rozumění, vážne iniciace rozhovoru. Při těžších poruchách bývá zjištěna také *porucha čtení a psaní* (Jedlička, Nebudová, 1989).

Druhá nejčastěji se vyskytující demence vůbec je **multiinfarktová demence**, jejímž podkladem jsou mnohočetné, většinou drobné mozkové infarkty. Na vzniku multiinfarktové demence se podílí více faktorů, mezi nejčastější patří arterioskleróza, zvýšená krevní srážlivost, hypertenze, anémie, přidružené srdeční selhání a další (Preiss, 1997). Autor dále uvádí, že demence může začít náhle, především v případě rozvoje většího mozkového infarktu, nebo pokud jsou zasaženy strategicky důležité oblasti mozku. Rozvoj demence může probíhat také pozvolně. V anamnéze pacientů s MID bývá často cévní mozková příhoda, hypertenze, doprovodnými příznaky bývají extrapyramidové nebo pseudobulbární syndromy. Mohou se vyskytovat *fatické, praktické i gnostické poruchy*. Jelikož bývá dlouho zachován náhled choroby, rozvíjí se velmi často deprese.

Pickova nemoc patří mezi tzv. frontotemporální demence, které jsou charakteristické hlavně poruchami chování a afektivními příznaky. Atrofie nervové tkáně začíná ve frontálních lalocích, postupuje ke spánkovým lalokům a je provázena rozmanitými změnami psychické činnosti (Stuart-Hamilton, 1999). Neurony degenerují v tzv. Pickova tělíska. Ze začátku se projevuje neschopností plánovat a myslet abstraktně. Postupně se projevují symptomy demence. Nemoc není pouze chorobou stáří, objevuje se už v dospělosti (Koukolík, Jiráček, 1998).

V řeči se objevují *feiavi automatismy, echolálie a perseverace*. Probíhá progresivní omezení řeči až *mutismus*. *Řeč* bývá *váhavá a rozvláčná*, objevuje se *anomie*, postupné *zhoršování jazykových schopností hlavně v oblasti syntaxe* (Káš, 1997). Osoba má *sklon ke smyšlenkám a konfabulacím*.

Huntingtonova choroba je příkladem **podkorových demencí**. Jde o autozomálně dominantně dědičné onemocnění, které se většinou manifestuje ve středním věku. Počátek je provázen změnami chování, nezdrženlivostí, heterosexuální, podrážděností, psychomotorickým neklidem, agresivitou, alkoholismem, kriminálním chováním. Další stádium je obvykle provázeno *choreatickými mimovolnými pohyby* končetin a *obličejů*. Často jsou přítomny *poruchy řeči a polykání, hypersalivace*. Vývoj nemoci vede postupně k rozpadu osobnosti, k těžké demenci, pacient je zcela závislý na své okolí (Preiss, 1998).

1.6.6.2 Sekundární demence

Vznikají jako symptom jiného onemocnění mozku jsou příznakem systémového onemocnění. Tato skupina zahrnuje velké množství demencí, mezi které patří **demence infekční etiologie**, uvádím alespoň vzácnější **Creutzfeldt - Jakobovu nemoc**, která má charakter pomalé virózy. V průběhu choroby se objevují myoklonické svalové projevy, mozečkové příznaky, pyramidové a extrapyramidové poruchy hybnosti (Weiss, 1998). V pozdním stadiu se objevuje *afázie, apraxie a agnózie*. Může vyústit až v *mutismus* (Káš, 1997).

Vyšší věk je obdobím častějšího výskytu především chronických nemocí, ale to rozhodně neznamená, že být starý = být nemocný nebo být dementní. Mezi devadesátiletými je sice již kolem 20-40% lidí postiženo demencí. To ale současně znamená, že přes 50% devadesátiletých je duševně čilých a demencí netrpí!

1.6.7 Cévní mozkové příhody

Cévní mozkové příhody (ikty) představují závažné neurologické onemocnění s vysokou morbiditou, bohužel i mortalitou. Postihují velké procento lidí v nejproduktivnějším věku. Přibližně 50% pacientů, kteří přežijí, má trvalý neurologický deficit, více než 25% vyžaduje neustálou péči (Vestenická, 2002).

Cévní mozková příhoda je dnes definována jako emergentní stav, v mnohých případech velmi dobře ovlivnitelný. Podmínkou je velmi časně zahájení terapie ve zdravotnickém zařízení, které poskytuje kvalitní diagnostické zázemí a vysoce

odbornou péčí. Nejvíce se osvědčily tzv. iktové jednotky, kde je poskytována multidisciplinární a kvalifikovaná péče. Intenzivní léčba CMP zahrnuje celkovou intenzivní terapii, medikamentózní léčbu, rehabilitaci, *reedukaci řeči* a psychoterapii (Bauer, 2001).

Toto onemocnění je problémem nejen medicínským a sociálním, ale také ekonomickým a v neposlední řadě i etickým a společenským. Významně ovlivňuje další život nemocného, jeho rodiny a okolí. Možnosti zlepšení této situace jsou hledány především v lepší organizaci péče, v přijímání nemocných do specializovaných center a docenění významu primární a sekundární prevence. V primární prevenci dominuje ovlivnění rizikových faktorů. V sekundární prevenci jsou obdobně významné léky a v určitých případech chirurgické léčení (Ambler, Polívka 2001).

Za nejdůležitější mozkovou cévu lze považovat arteria cerebri media, která zásobuje hlavně oblast capsula interna, subkortikální oblasti a parietální a temporální lalok. Poruchy prokrvení v této oblasti způsobují *poruchy funkční*, ale i dalších symbolických funkcí (Cséfalvay, Traubner, 1996).

Cévní mozkové příhody jsou jednou z nejčastějších příčin získané narušené komunikační schopnosti. *Afázie* se po prodělaném iktu vyskytují vzhledem k jiným onemocněním nejčastěji, vyšší frekvence afázií je zpravidla udávána při levostranném poškození mozku (Hrbek In Preiss, 1998).

U osob po CMP se v literatuře poukazuje hlavně na snížení aktivity, deprese, závislost na okolí a ochabování sociálních kontaktů. Dále je možné se setkat se smutkem, únavou, apatií a úzkostí. Běžné bývají také poruchy emocionální kontroly a poruchy spánku. Deprese může mít sekundárně za následek obtíže s pamětí a Pozorností, sebevražedné tendence a pasivní způsob života. To vše předpovídá horší kvalitu života.

1.7 Narušená komunikační schopnost u osob s neurologickým onemocněním

Mnoho neurologických onemocnění je provázeno poruchami řeči a komunikace různého stupně od nejlehčích, které člověka zatěžují pouze minimálně, až po velmi těžké poruchy, které výrazně ovlivňují celou osobnost člověka.

Dysartrie je v pojetí logopedie obecně charakterizována jako „vývojové i získané obtíže při hláskování, vyslovování (nikoli výslovnosti, kdy jsou porušeny jen některé hlásky), narušena je i prozodie řeči (přízvuk, melodie, tempo řeči, pauzy i hlasitost). Jde o expresivní poruchu, která je způsobena zřejmým (nejčastěji bilaterálním) poškozením mozku a mozkových drah. Porucha se projevuje v dyskoordinaci a nesprávném tonu svalů ústrojí dechového, hlasového a artikulačního. Obtíže mají konstantní charakter" (Dvořák 2001, s. 50). „Dysartrie zahrnuje řadu typů či syndromů řečových poruch, které jsou způsobeny obtížemi ve svalové kontrole řečových mechanismů a řazeny do oblasti motorických řečových poruch (Motor Speech Disorders) " (Neubauer in Lechtá 2002, s. 201). „Jazykové a kognitivní složky řečové komunikace bývají v zásadě intaktní" (Neubauer 1997, s. 20).

Anartrie je definována jako „nejzávažnější porucha motorických řečových modalit, s prakticky nemožnou verbální komunikací s okolím, neschopností artikulované mluvy pro ztrátu či nerozvinutí vůlí kontrolované hybnosti mluvidel, a to frekventovaně i ve spojení s neschopností tvořit hlas - **afonii**. Anartrie se nejčastěji projevuje u velmi hlubokých poruch psychomotorického vývoje dětí, u těžkých postižení traumatických stavů po úrazech a lézích nervové tkáně a je symptomem pozdního stadia některých Regenerativních a progresivních onemocnění nervové soustavy" (Neubauer in Lechtá a kol. 2002, s. 201).

Dysfagie - porucha polykání, bývá nejčastěji důsledkem vrozených či získaných neurologických poruch (Preiss 1998). Tato porucha představuje častou komplikaci dysartrie, neboť léze nervové soustavy zasahuje i vitální funkce orofaciálního systému člověka, kterými jsou dýchání (respirace) a příjem stravy. V důsledku výrazně snížené pohyblivosti jazyka, rtů, dolní čelisti a měkkého patra dochází ke zpomalení a narušení

první, tj. orální fáze polykání. Při dysfagii je ztížen či znemožněn příjem potravy a tekutin, porucha může být v závažnějších případech vzhledem k nebezpečí vniknutí stravy či tekutin (aspirací) do dýchacího ústrojí životu nebezpečná a život ohrožující (Neubauer in Lechtá 2002).

Afázie - o této problematice bude podrobněji pojednáno v následujících kapitolách.

2. Afázie

2.1 Úvod do problematiky

Charakteristice a klasifikaci afázie předcházelo dlouhé bádání, zkoumání, ověřování nejrůznějších hypotéz. Průlom ve studiu afázie nastal v 2. polovině 19. století. K tomu (Koukolík, 1995, s. 100):

„Pierre Paul Broca, pařížský anatom a antropolog, v únoru roku 1861 na zasedání antropologické společnosti předvedl mozek muže, který přestal v důsledku náhlé cévní mozkové příhody mluvit. Jediné, co pacient říkal, byly slabiky tan-tan, takže se pozorování označuje jako „případ Tan-tan“. Mozek tohoto muže je v pařížské Akademii uschován podnes a nedávno byl vyšetřen počítačovou tomografií, která doložila správnost Brocových závěrů:…pitva ukázala dutinu velikosti slepičího vejce v zadní třetině druhého a třetího závitu čelního laloku levé mozkové poloviny.“ (Koukolík, 1995, s. 100)

Je smutnou skutečností, že velký rozvoj ve výzkumu afázie nastal v období světových válek, kdy se lékaři v nebyvalé míře setkávali s těžkými poraněními hlavy a mozku (Peutelschmiedová, 2005).

Se stále se zvyšujícím počtem jedinců, u kterých byla diagnostikována afázie, zjevně narůstá i snaha o maximální pomoc a podporu těmto lidem. Problematika afází je tak rozsáhlé téma, že se mu věnuje jedno z odvětví logopedie, zvané afaziologie.

Afaziologii jasně vymezil Cséfalvay: *„Moderní afaziologie stojí na průsečíku tzv. neurověd (neuroanatomie, neurofyzologie, neurobiologie, klinické neurologie aj.), Psychologických věd (kognitivní psychologie, klinická psychologie, neuropsychologie), lingvistiky (psycholingvistiky, neurolingvistiky), logopedie, ale v určitém smyslu i biokybernetiky, biofyziky, aj.“* (Cséfalvay, 1996, s.16).

2.2 Definice, vymezení pojmů

Centrální procesy řeči, tj. fatické funkce se vyvíjejí zcela individuálně během života každého jedince. Jestliže k poruše těchto funkcí dojde v době, kdy jsou již vytvořeny základy řeči, nikoli ve stádiu vývoje řeči, hovoříme o získané narušené komunikační schopnosti. Afázie je porucha řečové komunikace, vznikající při ložiskovém poškození mozku. Je jednou z poruch, souborně nazývaných poruchami vyšších kortikálních funkcí - afázie, agnózie, apraxie, akalkulie, alexie, agrafie, astereognózie a další.

Pojetí afázie a její definice jsou ovlivněny odborným zaměřením, které se danou problematikou zabývá. Z tohoto faktu vyplývá, že škála definic afázie je velmi široká, dohledatelná v nejrůznějších lékařských, speciálně pedagogických, psychologických či lingvistických slovnících.

Slovník praktické medicíny afázii definuje jako poruchu tvorby a porozumění řeči způsobené poruchou dominantní hemisféry (Vokurka, Hugo, 2000).

Psychologický slovník definuje afázii takto: „*afázie, porucha řeči; buď motorická porucha mluvidel, nebo sensorická porucha příjmu řečových informací; inteligence není snížena*“ (Hartl, 1994, s. 7).

Moderní česká literatura, zabývající se afázií, uvádí: „*Jedná se o úplnou nebo částečnou neschopnost přijímat a vysílat symbolické kódy mluvené a psané řeči, na Podkladě jednostranného poškození mozku.*“ (Mimrová In Kulišťák, Lehečková a kol. 1997, str. 26)

Významný slovenský afaziolog definuje afázii jako „*získané narušení komunikační schopnosti zasahující všechny modalities řeči a v různé míře i všechny roviny jazykového systému. Afázie vzniká při ložiskových poškozeních mozku jako následek systémového vlivu mozkové léze na vyšší psychické funkce člověka*“ (Cséfalvay, 1996, str. 15).

Z neuropsychologických definic uvádím Lurijovo pojetí, který afázii vnímá jako „*systémové narušení řeči, které vzniká při organických poškozeních mozku,*

zasahující různé úrovně organizace řeči. Toto poškození má vliv na vztah řeči k ostatním psychickým funkcím a vyvolává dezintegraci všech psychických sfér člověka a narušuje především komunikační funkci řeči" (Lurija in Cséfalvay, 1996, str. 15).

Neubauer ve svých publikacích pojímá afázii jako „*poruchu řečové komunikace, vznikající většinou náhle na základě ložiskového poškození mozku. Afázie je jednou z poruch souborně nazývaných poruchami vyšších korových funkcí - afázie, agnózie, apraxie...*“ (Neubauer in Preiss 1998, str. 288). Dále uvádí, že afázie jako porucha jazykových schopností, která vychází z poškození mozku, se vyskytuje ve více modalitách. Dochází k závěru, že zásadním a dominujícím projevem afázie je zejména nemožnost srozumitelně se vyjádřit pomocí verbální řeči, narušena je schopnost chápat signální význam slov, vyskytují se obtíže s vyhledáváním adekvátních výrazů v mentálním slovníku. Závažné nedostatky se projevují při tvorbě vět, v gramatických kategoriích. Tyto problémy mohou doprovázet i problémy v oblasti čtení a psaní. Může být přítomna i apraxie.

Z foniatrických definic lze uvést definici Nováka: *"...afázie vzniká na základě poškození v oblasti řečových center v dominantní hemisféře"* (Novák, 1989, str. 59)

V několika větách, které definují afázii, lze jen velmi obtížně vystihnout celou podstatu dané problematiky. Za velmi důležitá kritéria, která jsou v některých definicích obsažena, vybírám následující:

Afázie:

- je narušená komunikační schopnost **získaná**
- vzniká na základě organického, **ložiskového poškození mozku**
- zasahuje **všechny modality jazyka**, produkci i percepci

Z uvedených definic je patrné, že se zabývají dvěma podstatnými kritérii, tj. etiologií a symptomatologií afázie, což jsou bezesporu podstatné ukazatele pro následující diagnostiku, neboť tak afázii vůči ostatním narušeným komunikačním schopnostem vymezí. Etiologie, tj. organické poškození dominantní hemisféry v oblasti řečových center a Symptomatologie, tj. narušení produkce i/nebo porozumění řeči ve

všech modalitách, je v odborné literatuře propracována poměrně podrobně (srovnej Cséfalvay 1996, Neubauer 1997, Čecháčková in Škodová, Jedlička 2003, Neubauer 2007, Cséfalvay 2007 aj.).

Jelikož definice může jen obtížně obsáhnout problematiku afázie v celém širokém spektru, nevymezuje psychosociální důsledky poruchy, nezabývá se otázkou kvality života osob s afázií, která se stále více dostává do popředí zájmu nejen odborníků, ale i laiků (viz kap. 3). Dále je třeba si uvědomit, že se afázie jako narušená komunikační schopnost dotýká komunikace³ jako celku (srovnej Cséfalvay 1996, Lurija 1982), což znamená, že zasahuje i jiné než jazykové roviny.

2.3 Projevy nemoci v čase, v závislosti na formě a stadiu onemocnění

Stupeň poruchy je ovlivněn řadou faktorů, mezi které patří typ a stupeň neurologického postižení, další přidružená onemocnění, psychické reakce, překážky kladené okolím, omezení každodenních aktivit, mentální úroveň jedince a další.

Žádný syndrom, který je spojen s afázií, nemá svou patognomickou lokalizaci. Někteří jedinci mají lézi skutečně v oblasti, kde bychom očekávali, že se vzhledem ke klinickému obrazu bude nacházet. U jiných tomu tak není. Jelikož afázie nepředstavují trvalý deficit, mění se s průběhem onemocnění, i jeho klinický obraz se mění. Je zřejmé, že afázie spolu s klinickými příznaky se zhoršuje u degenerativních onemocnění, zlepšování lze spatřovat u cévní mozkové příhody (Neubauer, 2007).

³ komunikace - přenos nejrůznějších informačních obsahů v rámci různých komunikačních systémů za použití různých komunikačních médií, zejm. prostřednictvím jazyka, sdělování (Akademický slovník cizích slov, 2001, s. 406).

komunikace - sdělování, dorozumívání, předpoklad a nejdůležitější forma sociálního styku, spočívající ve vysílání a přijímání signálů. Komunikace může být bezprostřední nebo zprostředkovaná, signály mají povahu slovní nebo neslovní (dle Encyklopedie Diderot, Praha, 1999).

Symptomy afázie u cévní mozkové příhody jsou často velmi výrazné především v akutním stádiu onemocnění. V iniciálním stadiu nemoci může být přítomný klinický obraz nejtěžší formy afázie, tj. globální afázie i přes to, že nedošlo k rozsáhlým lézím v dominantní hemisféře mozku. Zde se jedná spíše o přechodný stav, který se poměrně rychle upraví. Jelikož jsou symptomy afázie velmi variabilní, během onemocnění se mění, některé symptomy ustupují, jiné mohou přetrvávat, další se dostávají do popředí.

Symptomem, vyskytujícím se v různé míře a kvalitě v klinickém obrazu u velké většiny afatiků, je porucha funkce rozumění řeči (Košťálová in Lechtá, 2001).

Globální afázie jako nejtěžší typ afázie, může přetrvávat až do fáze chronicity, nebo se postupně upravovat do klinického obrazu motorické afázie. Brocova (motorická) afázie v průběhu vývoje příznaků často přechází do transkortikální motorické, kondukční nebo anomické afázie. Projevy Wernickeovy (senzorické) afázie se upraví často přes neologický žargon po sémantický žargon do anomie. Kondukční, transkortikální senzorická a transkortikálně motorická afázie má často dobrou prognózu vývoje, mnohdy se zcela upraví nebo přechází v obtíže anomického typu. Anomická (amnestická) afázie, klinicky nejlehčí typ afázie, je často reziduální formou po těžších typech afázie (Neubauer, 2007).

Někteří odborníci též uvádějí další typ fatické poruchy, kterou je transkortikální smíšená afázie, nazývaná též syndrom izolace řečových zón. Klinický obraz je podobný globální afázii, výjimku tvoří reprodukce slov či frází. Projev je nonfluentní s řečovými stereotypy, těžce porušeným rozuměním. Opakování je zachováno (Cséfalvay, Trauber, 1996; Cséfalvay, Košťálová, Klimešová, 2002).

Je nutné mít na zřeteli, že u mnoha lidí s afázií mohou být v různé intenzitě přítomné i poruchy symbolických funkcí, tj. alexie, agrafie, akalkulie. Může dojít i k manifestaci poruch gnostických funkcí (agnózie, astereognózie, anosognózie aj.).

Jelikož v každé odborné publikaci, která se zabývá problematikou afázie, nalezneme přehled různých klasifikací, pro ilustraci je v následující tabulce znázorněna nejužívanější, *Bostonská* klasifikace, která se vztahuje na kortikální (korové) afázie. Základním orientačním kritériem, tj. dominujícím symptomem, je plynulost či neplynulost řeči a řeč psaná.

Typ afázie	Spontánní řeč	Porozumění řeči	Opakování	Pojmenování
<i>Brocova afázie</i>	nonfluentní agramatická parafázie	lehké až těžké poruchy	narušené	narušené
<i>Wernickeova afázie</i>	fluentní parafázie neologismy	těžce narušené	narušené	narusene
<i>Konduktivní afázie</i>	fluentní	lehce narušené	výrazně narušené fonematické parafázie	lehce narušené
<i>Globální afázie</i>	absentuje, řečové stereotypy	těžce narušené	těžce narušené	těžce narušené
<i>Transkortikálně-motorická afázie</i>	nonfluentní echolalická	lehké až středně těžké poruchy	nenarušené, příp. lehce narušené	narušené
<i>Transkortikálně-senzorická afázie</i>	fluentní echolalická	těžké poruchy	zachované echolálie	narušené
<i>Smíšená transkortikální afázie</i>	nonfluentní řečové stereotypy	těžce narušené	zachované, popř. mírně narušené	narušené

Vysvětlivka:

Tučně zvýrazněny nejvíce narušené funkce řeči

Tab. č. 3 - Bostonská klasifikace afázií

3. Chronické onemocnění jako psychosociální problém

Každá životní událost představuje situaci, která znamená menší či větší změny v dosavadním životě samotného jedince, případně více lidí. Nemoc, zejména pak chronická, přináší do našeho zaběhnutého stylu života různé, trvalé změny, které již svou podstatou ovlivňují i kvalitu života. Důsledky chronického onemocnění se v různé míře promítnou do všech oblastí života jedince, téměř vždy i do života celé rodiny. Prognózu dalšího vývoje onemocnění může zásadním způsobem ovlivnit komorbidita, tj. výskyt dalšího koexistujícího onemocnění. Velmi podstatným kritériem, které ovlivňuje somatický stav nemocného, je jeho psychický stav, jeho duševní pohoda.

Jelikož se chronická nemoc stává dlouhodobým či trvalým společníkem na cestě životem, je nutné se s ní naučit žít, smířit se s ní, což ale neznámá rezignovat. Je zcela pochopitelné, že ke smíření se s nemocí a jejich důsledky dochází člověk postupně. Reakce jednotlivých lidí na těžkou životní situaci jsou různé, závislé na vnějších okolnostech, na osobnostní charakteristice a mnoha dalších faktorech. Vědomí nemoci vyvolává u nemocných pocit nejistoty. Pohled do budoucnosti může vyvolávat chmurné představy, jak se bude nemoc vyvíjet v další fázi. Je-li budoucnost nejistá, je člověk vystaven trvalému napětí a stresu. Nejčastěji se vyskytujícími obavami vážně nemocných jsou ztráta vlastní nezávislosti, soběstačnosti, svobodného plánování a rozhodování. Bojí se vlastní bezmocnosti a závislosti na ostatních lidech (Vymětal, 2003).

Jak již bylo zmiňováno, každý z nás je jedinečnou osobností, tedy i vyrovnávání s krizovou (tíživou, problémovou) situací je zcela individuální proces. Určité zákonitosti však obecně platí. Každý pacient, kterému je sdělen nepříznivý zdravotní stav, prochází několika fázemi vyrovnávání se s nemocí (šok, popření, vtíravé myšlenky, vyrovnání, smíření) (srov. Křivohlavý 1989, Svatošová, 2003). Jednotlivé fáze probíhají různě dlouho a v různém pořadí. Některé mohou zůstat nenaplněny. Charakter závěrečného stadia procesu vyrovnávání se s nemocí ovlivňuje např. závažnost změn zdravotního stavu, perspektiva nemocného, hierarchie hodnot, osobnost jedince a další vnitřní i vnější faktory.

Dosáhne-li nemocný nejvyšší fáze vyrovnávání se se svým zdravotním stavem, tj. fáze smíření, může pro něho být i nemoc obohacujícím prvkem jeho nelehkého života. Odpoutává se od nemoci jako stavu, který byl doposud velmi určujícím a limitujícím faktorem jeho každodenního života, o své nemoci je schopen uvažovat racionálně, aniž by tím byl příliš stresován, s nemocí se vyrovnal, přestala být v jeho mysli prioritou.

Jak již bylo uvedeno, nemusí jedinec do určité fáze nikdy dospět. Nejčastěji to bývá fáze smíření. Proces adaptace může končit rezignací, tj. poddáním se nemoci. Někteří jedinci se s nemocí nejsou schopni vyrovnat vůbec, nesmíří se s ní, jsou velmi podráždění, ve vztahu k okolí bývají nepřátelští, výbušní, netolerantní či agresivní.

Závěrem kapitoly zmiňuji citát, který se mi jeví ve vztahu k charakteristice vyrovnávání se s těžkou chronickou nemocí jako příznačný „*Nevyjdeme nikdy ze starostí, budeme-li sledovat jen svůj vlastní tep.*“ (M. Luther).

3.1 Psychosociální rovina - kvalita života osob s afázií

Současná moderní afaziologie se začíná obracet k člověku s afázií jako k osobnosti, která vyžaduje komplexní pomoc, do centra zájmu se nestaví pouze afázie jako nemoc či patologie. Zdůrazňuje se dopad nemoci na kvalitu života osob s afázií a možnosti, jak nepříznivou situaci co nejvíce zmírnit, pozitivně ovlivnit.

Pokud se přes všechno úsilí a intenzivní péči nepodaří odstranit následky onemocnění mozku a člověk se ocitá v chronické fázi afázie, je nezbytně nutné snažit se o psychické vyrovnání pacienta s tímto problémem. Snahou je docílit co největší soběstačnosti, integrace do rodiny, širšího okolí i celé společnosti.

Afázie ve fázi chronicity výrazně mění i kvalitu života, neboť právě kvalita života se mění v čase a v závislosti na změnách daného jedince i jeho okolí. V případě nemocného člověka vyjadřuje mim, do jaké nemoc a její léčba ovlivňují schopnost jedince a možnost žít život, který by ho uspokojoval. Kvalita života je posuzována v několika oblastech, mezi nejčastěji zjišťované patří oblast tělesných obtíží, funkční zdatnost, psychologická a emocionální oblast, sociální oblast, existencionální a

duchovní oblast (Sláma in Payne, 1998). Je nutné si uvědomit, že vnímání kvality života má velmi subjektivní charakter.

Každý jedinec je individualita se svými osobnostními charakteristikami, s určitými životními zkušenostmi, postojem k životu, individuálními životními cíli, se schopností adaptace a řešení krizových situací, s určitým emočním potenciálem.

Psychickou pohodu člověka a jeho kvalitu života odráží i míra uspokojení lidských potřeb. V případě, že nejsou lidské potřeby dlouhodobě a v dostatečné míře uspokojovány, dochází k deprivaci, tj. nedostatek něčeho, co je k uspokojení potřeby nezbytné - nedostatek smyslových podnětů, spánku, citových podnětů, sociálních vztahů apod. (Jobánková, 2003). Pokud nejsou uspokojovány potřeby a dojde k zablokování cesty k žádoucímu cíli, hovoříme o frustraci. Nejčastějším zdrojem frustrace bývá nemoc, se kterou se dotčený jedinec nesmířil, nepřijal ji jako fakt. Nejpřirozenější reakcí na frustraci je agrese, která je zaměřená na okolí, na objekt, který ji vyvolal, popř. sama na sebe. Další reakcí na frustraci je racionalizace, kdy je nemožnost dosažení cíle rozumově zdůvodněna. V některých případech se nemocný snaží své problémy s nemocí bagatelizovat, zlehčovat či zcela popřít a odmítat (Jobánková, 2003).

Smysluplné bytí a život člověka by byl v podstatě nemožný bez motivace. Proces uzdravování či postupné regenerace u člověka s afázií je umocněný adekvátním využitím prostředků, kterými jsou již zmiňovaná motivace, dále stimulace a facilitace. Právě tato jmenovaná kritéria a mnoho dalších faktorů, se podílejí i na vnímání a prezentaci kvality života daného jedince.

Dnes je známo poměrně značné množství funkčních dotazníkových nástrojů, orientovaných buď obecně na velmi širokou škálu nemocí, nebo specificky na určitou nemoc, populaci, klíčovou oblast. Hodnocení kvality života je založené na subjektivně vnímané úrovni fyzických, psychických, emocionálních a sociálních schopností daného jedince.

Všeobecné dotazníky (generic assesment) posuzují kvalitu života v obecné rovině, se zaměřením na celkový stav nemocného. Zprostředkovávají pohled na podobnosti či rozdíly mezi jednotlivými populačními podskupinami, jsou tedy vhodné pro hodnocení kvality života nesespecifických vzorků populace. Pomocí těchto dotazníků lze srovnat míru ovlivnění kvality života různými chorobami (Salajka, 1997). Pro praxi je přínosem i to, že je jejich prostřednictvím možné porovnat jednotlivé nemoci (nosologické jednotky) a lze též odvodit, zda je jejich kvalita života srovnatelná či naprosto rozdílná vlivem té které nemoci (Petr 2004).

Mezi rozšířené obecné dotazníky, kterých je užíváno hlavně medicíně, patří SF-36 (Short form 36), který byl přeložen i do češtiny. Zdravotnictví též využívá dotazníky SIP (Sickness Impact Profile), TTO (Time Trade Off) a dotazníky WHOQOL. SIP charakterizuje zejména dopad na zdravotní profil pacienta, TTO zjišťuje, jaký vliv či dopad má onemocnění na pracovní schopnost a soběstačnost (Vondra, Reisová, 1998).

Speciální dotazníky (specific assesment) jsou určeny pro jistou skupinu populace, kterou v medicíně zastupují nemocní s konkrétní diagnózou (nádorová onemocnění, chronická bronchitida, alergická onemocnění, kardiovaskulární onemocnění, astma, nemoci pohybového aparátu...). Hlavním smyslem těchto dotazníků je kvantifikace omezení a postižení, která souvisejí s určitou chorobou. Jejich předností je přesnější a citlivější hodnocení celkového stavu jedince a jeho změn. Specifické dotazníky se zaměřují na současné problémy a na intenzitu vyskytujících se obtíží při daném onemocnění. Tyto dotazníky umožňují vyhodnocovat vývoj stavu nemoci v čase (Libigerová; Müllerová, 2001). Jelikož je tento typ dotazníků vytvořený pro specifické hodnocení určité kategorie nemocí, jsou případné změny v kvalitě života nemocných odhalitelné podstatně dříve, než je tomu u obecných dotazníků. Pozitivní je též větší citlivost k odhalení méně nápadných změn v kvalitě života v průběhu času, což je pro spolupráci s jedincem velmi podstatné (Salajka, 1997).

V české a slovenské odborné literatuře informoval D. Kováč o průběhu realizace rozsáhlého projektu WHO, který se týkal kvality života (WHOQOL), zaměřeného na šest hlavních oblastí (domén): tělesné zdraví, psychické funkce, úroveň nezávislosti, sociální vztahy, prostředí a spiritualitu (Kováč, 2001).

K možnostem posuzování kvality života v české a slovenské odborné literatuře přispělo i několik dalších autorů (srovnej Ptáčková, 1999, Vymětal, 2003, Křivohlavý 2001, 2002, Buchtová, 2004).

Pro měření kvality života u lidí s afázií se v zahraničí nejvíce využívá výše zmiňovaný SIP (Sickness Impact Profile)⁴, popř. jeho zkrácené varianty, speciálně upravené pro osoby s afázií⁵. Jelikož nejsou tak časově náročné, menší je i formální náročnost, jsou vhodné právě pro afatiky, u nichž se kromě jiných obtíží vyskytuje i vysoká míra únavnosti. Velkým přínosem je zároveň to, že byly svými autory dostatečně ověřeny jako validní. Cílem je zhodnocení situaci chronicky nemocného člověka ve třech základních oblastech, tj. fyzické, sociální a psychické (Pélissier a kol. in Mazaux a kol. in Vodehnalová, 2003).

Pélissier dále uvádí, že existuje pouze jediná práce skutečně zaměřená na kvalitu života osob s afázií, kterou je výzkum autorů Kwa a kol.⁶. Výzkum ukázal korelaci nízkého skóre kvality života s rozsahem mozkového infarktu, s poruchou motoriky, se sociální závislostí a s afázií u pacientů po ischemické cévní mozkové příhodě (dále jen CMP). Podobné výsledky prokázaly jiné výzkumy u pacientů po hemoragii. Výzkumy zaměřené na hodnocení kvality života hemiparetiků po CPM ukázaly několik faktorů zhoršené kvality života jako např. depresi a závislost na okolí. Mnohé práce upozorňují na převládající statické aktivity osob po CPM a na zeslabování sociálních kontaktů zejména v okruhu přátel a známých. Dále je zdůrazňováno, že v chronickém stadiu onemocnění nedochází k úpravě deprese a izolace v závislosti na čase (Pélissier a kol.

⁴ SIP - de Haan R.J.; Limburg M.; Van der Meulen J.H.; Jacobs H.M.; Aaronson N.K.: Quality of life after stroke. Impact of stroke type and lesion location. *Stroke*, 1995;26(3):402-408

⁵ Bénaim C.; Micolon I.; Weigand D.; Pélissier J.: Qualité de vie et aphasie: intérêt d'une forme abrégée Sickness Impact Profile. *Ann. Med. Phys. Rehabil.*, 1999van Straten A.; de Haan R.J.; Limburg M.; Schuling j.; Bossuyt P.M.; van der Bos G.A.: A stroke-adapted 30-item version of the SIP to assess quality of life (SA-SIP30). *Stroke*, 1997;28(11):2155-2161

⁶ Kwa V.; Limburg M.; de Haan R.J.: The role of cognitive impairment in the quality of life after ischaemic stroke. *J. Neurol.*, 1996;243:599-604

in Mazaux a kol., in Vodehnalová, 2003). Deprese, ztráta kontroly v sociálních vztazích, problémy se základním přizpůsobením v každodenních aktivitách a nepříznivá situace jsou nejčastější faktory, které osoby s mozkovými lézemi nejvíce handicapují (Doloche a kol. in Vodehnalová, 2003).

Problémem mnoha ověřovaných metod, které slouží k měření kvality života, je jejich nekoplexnost, postrádají též univerzálnost (Kebza, 2005).

Posuzování kvality života, ať už prostřednictvím obecných či specificky zaměřených dotazníků, je velmi komplikované, ne zcela objektivní, neboť zde výraznou roli sehrává subjektivní náhled a individualita každého posuzovaného jedince.

3.1.1 Deprese a jiné psychické poruchy provázející afázii

Afázie je vnímána jako závažná životní událost, která je dlouhodobě ohrožujícím, limitujícím stavem, představujícím mimo jiné zvýšené riziko vzniku deprese (Janečková in Payne, 1998).

Deprese se stala nejčastěji se vyskytující poruchou nálady u pacientů s cévním onemocněním mozku, odhaduje se, že jí trpí až 60% pacientů po cévní mozkové příhodě. Je po hemiparéze a afázii třetím nejčastějším symptomem CMP (Goldemund, Telecká, 2006).

Positivně korelujícími faktory jsou: přítomnost nonfluentní afázie, předcházející Psychiatrická onemocnění, ztráta nebo výrazné omezení autonomie, koexistence jiných neurologických syndromů. Na manifestaci deprese má vliv i dlouhodobý stres, omezená sociální podpora a medikace (Binder, 1984). Mezi nejvážnější důsledky deprese patří zvýšené suicidální tendence, špatná sociální adaptace a pasivní způsob života, spojený se ztrátou sociálních rolí a emocionální zátěží (Wirocius a Petrissans in Mazaux a kol. in Vodehnalová, 2003).

Výskyt deprese může během nemoci značně kolísat. Riziko vzniku deprese je nejvyšší v prvních třech měsících po příhodě, ale i v dalším období je její výskyt častý. Pokud se deprese vyskytuje i v chronické fázi afázie, může stav jedince značně komplikovat a zhoršovat. Deprese totiž nezřídka sama o sobě vede ke snížení kognitivní

výkonnosti, k obtížím v paměti a pozornosti. Může být zaměněna za demenci (pseudodemence). Proto je nutné sledovat charakteristiky v klinickém obraze i průběh onemocnění. Při správné a důsledné terapii deprese dochází k úpravě kognitivních funkcí. Velkým problémem zůstává, že je deprese často nerozpoznána a neléčena. Odhaduje se, že je správně diagnostikováno pouze 20% pacientů a adekvátně léčeno pouze 10%. Jednou z příčin neadekvátní léčby je, kromě nerozpoznání diagnózy, také obava z nežádoucích účinků léků a jejich interakcí u pacientů. Deprese je také často chápána jako přirozená reakce na onemocnění, nikoliv jako samostatné onemocnění, které vyžaduje terapii (Goldmund, Telecká, 2006).

Z dalších poruch nálady se nejčastěji vyskytuje apatie a anxieta, které se projeví buď v rámci deprese nebo jako izolovaný jev. Dále může být přítomen smutek, zvýšená únava, emocionální labilita, přechodný egocentrismus, zvýšená citová dráždivost, zpomalené psychomotorické tempo vázané na depresi, snížená emotivní kontrola, snížená iniciativa. Lze pozorovat sklony k pasivitě, ztrátu plánování budoucnosti, obtíže při navazování nových sociálních kontaktů, slabé sociální citění. Narušená iniciativa a nedostatek empatie může přispět k necitlivému, neadekvátnímu a nepřizpůsobivému chování, tím i k narušení mezilidských vztahů (Binder, 1984).

Vyrovňávání se s poruchou je pomalý a pozvolný, dlouhotrvající proces. Především v počátečním stadiu nemoci mohou být patrné projevy maladjustace⁷. Úbytek intelektuálních schopností a celková kognitivní regrese jsou odborníky zpravidla odmítány. Uvádějí, že v závislosti na lokalizaci léze pozorujeme řadu kognitivních, mnestických a behaviorálních změn, které nesplňují obecná kritéria demence (globální porucha), často se jedná o tzv. izolovaný kognitivní deficit (afázie, apraxie, gnostické poruchy). Typický je zde náhlý vznik v závislosti a návaznosti na Proběhlou mozkovou příhodu (Goldmund, Telecká, 2006). Wirotius a Petrisans •odkazem na Kase však tuto problematiku relativizují, upozorňují především na obtížnost testování těchto funkcí (Vodehnalová, 2003).

⁷ maladjustace - psychologické selhávání přizpůsobivosti (dle Encyklopedie Diderot, Praha, 1999)

Mezi rizika psychické maladaptace⁸ patří poruchy příjmu potravy a závislosti, především závislost na alkoholu není v souvislosti s depresemi výjimkou (Wirocius, Petrissans in Mazaux a kol. in Vodehnalová, 2003).

Často diskutovaným a velmi složitým problémem je sebeuposuzování (sebereflexe), které chápeme jako zrcadlení, přemýšlení, úvahu, sebepoznání atd. Sebereflexí směřujeme k proměně či změně toho, co v sobě samém spatřujeme jako nevyjasněné, nevyřešené, nezdravé vzhledem k našemu dalšímu životu.

Člověk s afázií v mnoha případech sám sebe spíše podceňuje, nevěří si, trpí pocity méněcennosti. K vystupňovanému pocitu méněcennosti dochází následkem toho, že je zdravotně znevýhodněný jedinec konfrontován s určitými normami, s nějakým očekáváním a jasně danými požadavky společnosti. Další fakt, vlivem kterého může k vystupňování těchto pocitů dojít, je snaha nemocného porovnávat se zdravými lidmi. Obojí mívá za následek celkové zhoršení úrovně společenského života (Libigerová, Müllerová, 2001).

3.1.2 Poruchy spánku

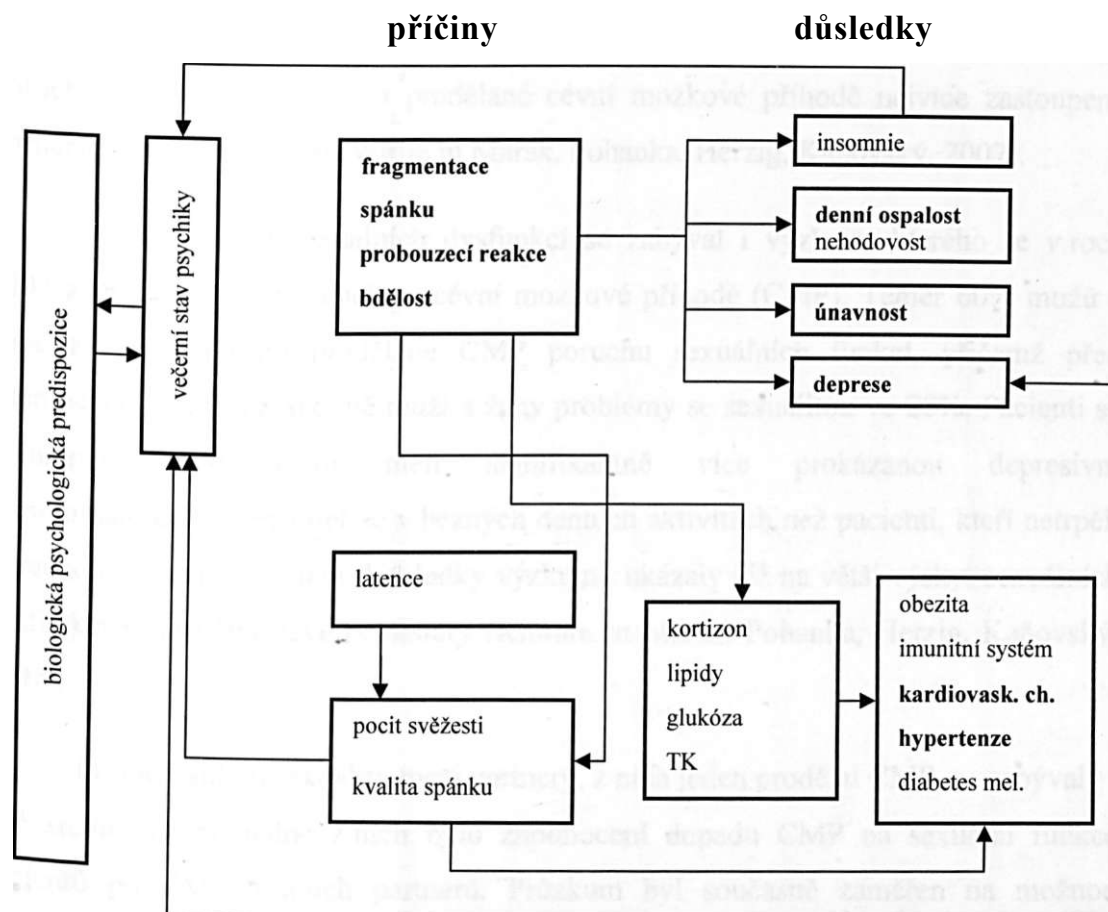
Kvalitu našeho života významným způsobem ovlivňuje i úroveň spánku. Spánek a odpočinek jsou základem zdraví. Fyziologický spánek je charakteristický minimální fyzickou aktivitou, různými úrovněmi vědomí, sníženou odpovědí na vnější podněty, Přináší regeneraci fyzických i duševních sil, je nezbytný pro vytváření paměťových stop, tedy pro kognitivní funkce, výrazně přispívá křadě metabolických pochodů (Holeksová, 2002).

U osob s afázií, stejně jako u mnoha dalších chronických onemocnění, je možné ^ setkat se sníženou kvalitou spánku, provázenou nedostatečnou regenerací sil, která vede ke zvýšené únavě, podrážděnosti, denní ospalosti. V důsledku nekvalitního spánku

⁸ maladaptace - špatná přizpůsobivost, nepřizpůsobivost jedince životním podmínkám (dle Encyklopedie Diderot, Praha, 1999)

může dojít k manifestaci deprese (Nevšímalová, 2006). Poslední výzkumy prokázaly, že nejen zkrácený spánek, fragmentace nočního spánku, ale i prodloužený a nadbytečný spánek přináší značná rizika, mezi která mimo jiné patří i cévní mozkové příhody, jejichž následky jsou více než alarmující. Riziko úmrtnosti na cerebrovaskulární příhody bylo nejvyšší u respondentů s délkou nočního spánku nad devět hodin. Riziko bylo vysoké rovněž u délky spánku pod pět hodin (Kripke, Garfinkel, Wingard a kol., 2002, Patel, 2004). Průzkumy prokázaly, že nejnižší riziko mortality lze očekávat při trvání spánku mezi šesti a sedmi hodinami (Patel, 2004).

Odbourávání či snížení zvýšené tenze a stresu, lze dosáhnout vhodnou formou odpočinku, který má navodit pocit klidu, uvolnění psychického napětí a úzkosti (Holeksová, 2002). Odpočinkem však není míněn spánek, ale určitá aktivita, která člověka naplňuje, která mu dělá radost, potěšení. Pod relaxací si lze představit čtení, luštění křížovek, vycházku, práci na zahradě, návštěvu kulturního zařízení, návštěvu známých, výlet, v rámci možností sportovní aktivity, u žen ruční práce a další. Právě aktivita, která by člověka uspokojovala, je v případě jedinců s afázií velmi nutnou a žádanou součástí každodenního života, neboť právě oni mívá sklony k pasivnímu způsobu života. Pokud dojde k dlouhodobému omezení dříve užívaných aktivit, vede to u osob v chronické fázi afázie k častější přítomnosti potíží se spánkem.



Obr. č. 4 - Schematické znázornění zevních a vnitřních vlivů, stresové reakce a možných zdravotních důsledků (Nevšímalová, S. Neurologie pro praxi, 2002, s.94)

³-1.3 Sexuální dysfunkce a kvalita života

Významnou a neopomenutelnou součástí spokojeného, kvalitního a Plnohodnotného života je i partnerský a sexuální život. Problémy v této oblasti mohou a často narůstají se zvyšujícím se věkem, významnou roli sehrávají i přidružená onemocnění, některé druhy léků a psychický stav. Důvodem vzniku sexuální dysfunkce^u neurologických onemocnění je mimo jiné i postižení především v oblasti centrálního nervového systému, ať už mozku či míchy (Mařák, Pohanka, Herzig, Kaňovský, 2007)

Cévní onemocnění mozku a míchy zodpovídají za 40% neurologicky podmíněných sexuálních dysfunkcí u mužů nad 50 let, z čehož nejčastějším projevem je porucha erekce. U žen je po prodělané cévní mozkové příhodě nejvíce zastoupena porucha sexuální apetence (Willie in Mařák, Pohanka, Herzig, Kaňovský, 2007).

Problematikou sexuálních dysfunkcí se zabýval i výzkum, kterého se v roce 2002 zúčastnilo 100 pacientů po cévní mozkové příhodě (CMP). Téměř 60% mužů a 45% žen udávalo po prodělané CMP poruchu sexuálních funkcí, přičemž před onemocněním udávali shodně muži a ženy problémy se sexualitou ve 20%. Pacienti se sexuálními dysfunkcemi měli signifikantně více prokázanou depresivní symptomatologii a větší obtíže v běžných denních aktivitách než pacienti, kteří netrpěli poruchou sexuálních funkcí. Výsledky výzkumu ukázaly též na větší výskyt sexuálních dysfunkcí u postižení levé hemisféry (Kimura in Mařák, Pohanka, Herzig, Kaňovský, 2007).

Problematikou sexuality mezi partnery, z nich jeden prodělal CMP, se zabývaly i jiné studie. Cílem jedné z nich bylo zhodnocení dopadu CMP na sexuální funkce pacientů po CMP a jejich partnerů. Průzkum byl současně zaměřen na možnou propojenost klinických a psychologických faktorů se změnami sexuálních funkcí po CMP. Z výsledků vyplynulo, že většina pacientů po CMP uvedla pokles ve všech měřených sexuálních funkcích, kterými byly - pohlavní pud, frekvence styku, sexuální vzrušení, erektilní a orgastické schopnosti, vaginální zvlhčení jakožto sexuální schopnosti. Nejdůležitějšími vysvětlujícími faktory těchto změn byly celkový přístup k sexualitě, strach z impotence, neschopnost o sexualitě se svým partnerem diskutovat, neochota se účastnit jakékoliv sexuální aktivity, v neposlední řadě i úroveň funkční schopnosti. Partneři rovněž uvedli značný pokles v jejich sexuální aktivitě, v sexuálním životě jako takovém, v pohlavním pudu, v sexuálním uspokojení, ke kterým došlo následkem CMP. Sexuální dysfunkce a nespokojenost se sexuálním životem jsou běžné pro obě pohlaví osob po CMP a jejich partnery. Na sexuální dysfunkce a kvalitu sexuálního života partnerů mají silný účinek psychologické faktory (např. deprese, anxiety, apatie), ale také sociální faktory, mezi kterými hraje významnou roli především sociální izolace obou partnerů (Carod, Edigo, González, de Seijas, 1999).

Navzdory tomu, že většina pacientů s levostrannou mozkovou lézí po prodělaném iktu, kteří se ve svém životě podrobili testování sexuálních funkcí, vykazuje nižší sexuální aktivitu ve všech měřitelných parametrech, v malém procentu těchto osob se však vyskytuje zvýšená sexuální potřeba. Důkazem toho může být 69 letý muž, u kterého se hypersexualita objevila až po prodělaném masivním iktu. Zatím co před onemocněním měl pohlavní styk každý druhý týden, v současnosti vyžaduje styk denně, což partnerku obtěžuje, s příliš velkou frekvencí stykuje nespokojená. Jelikož nebyla na tuto situaci odborníky upozorněna a připravena, sexuálním apetitem svého manžela byla zjevně zaskočena. I když se jejich intimní život výrazně změnil, vyloučila, že by u manžela pozorovala deviantní sexuální chování, i v sociální oblasti považovala jeho chování za přiměřené (Hamad, Sokrab, Momeni, Mesraoua, 1999).

Změny sexuálního chování, které vznikají po prodělané cévní mozkové příhodě, či jiném onemocnění mozku, by se měly stát předmětem odborného sexuálního poradenství, jak u pacientů, tak jejich partnerů. K odhalení problémů v sexualitě je nutné vypracovat jednoduché, stručné a přímé otázky, na které je možno konkrétně a jednoduchým způsobem odpovědět. Pro většinu pacientů a jejich partnerů je nepřijatelné, aby o svých sexuálních problémech vedli volný rozhovor. Připravené konkrétní otázky do jisté míry zmírní stres, který je s řešením této intimní problematiky spojen (srovnej Carod, Edigo, González, de Seijas, 1999; Hamad, Sokrab, Momeni, Mesraoua, 1999).

3.1.4 Inkontinence a kvalita života

Sexuální dysfunkce mohou souviset s dalším zdravotním problémem, kterým je inkontinence moči, výrazně ovlivňující kvalitu života některých jedinců s afázií i jejich Partnerů. Zasahuje do mnoha oblastí života člověka, jde o omezování v obvyklých aktivitách, společenských vztazích. Je zcela zřejmé, že inkontinence moči postihuje oblast fyzickou - zdravotní (podráždění kůže, její macerace, močové infekce, omezení fyzické aktivity u imobilních jedinců dekubity), psychosociální, emoční i ekonomickou. Pro většinu dospělých je únik moči spojen s pocitem dyskomfortu, nepatřičnosti, společenské nepřijatelnosti, studu, napětí, zahanbení, strachu ze zápachu nebo znečištění a mnoha dalšími nepříjemnými pocity. Inkontinence, stejně jako jiná

chronická onemocnění včetně afázie, představuje chronický stresor. U inkontinentních nemocných je pozorován zvýšený výskyt smutku, poruch spánku, úzkostného depresivního ladění (Topinková, 2002a).

Zvýše jmenovaných důsledků je zřejmé, že psychický a sociální faktor inkontinence je stejně důležitý jako medicínský. Pokud je postižení spojené se ztrátou soběstačnosti, vyžaduje řešení problémů spojených s inkontinencí týmovou spolupráci (ošetřující lékař, pacient, psycholog, člen rodiny, pečovatel, zdravotníci home care (domácí péče), sociální pracovník, popř. je-li člověk umístěn v ústavním zařízení, tak i zdravotní sestra.

Důsledky inkontinence moči pro pacienta	
psychologické	sociální
<ul style="list-style-type: none"> • pocity studu, zahanbení, frustrace, vzteku • vystavení posměchu ' nízké sebehodnocení depresivní Symptomatologie ' úzkost, insomnie porucha sexuálních funkcí • horší životní spokojenost 	<ul style="list-style-type: none"> • omezení v pracovních aktivitách, snížená produktivita • omezení v běžných činnostech (v příjmu tekutin, návštěvy míst, kde není WC) • omezení v domácích činnostech a sebeobsluze • omezení ve společenských vztazích • sociální izolace, osamělost • sociální stigmatizace • inkontinence jako chronický stresor pro pacienta i pro pečovatele • nutnost trvalé péče (i ústavní) • zátěž pro pečovatele

Tab. č. 4 - Psychologické a sociální důsledky inkontinence - modifikováno dle (Topinková, 2002 b)

3.1.5 Osobnost člověka s afázií a jeho rodinné zázemí

Existuje celá řada vnějších i vnitřních faktorů, které významně ovlivňují postoj člověka s afázií ke své nemoci. Postoj, který ke své nemoci zaujme, má rozhodující význam pro její další průběh a především rehabilitaci.

Významným faktorem je sama osobnost nemocného a okolnosti s ní úzce související. Důležitý je rozsah a stupeň postižených schopností a prognóza. V překonávání překážek jsou důležité vlastnosti jedince před vznikem onemocnění, intelekt, temperament, tedy premorbidní osobnost (Jobánková, 2003). Záleží na tom, jakým stylem života žil dotyčný před tímto onemocněním, jaké měl zájmy, záliby, jaká byla jeho psychická i fyzická kondice, jakým způsobem se vyrovnával se stresujícími situacemi, událostmi, v nejširším slova smyslu řečeno, jaká byla jeho kvalita života.

V prožívání nemoci a postoji k ní také sehrává důležitou roli i věk pacienta, Souvisící s mírou osobní zralosti a životní zkušenosti.

Výraznou a nezastupitelnou roli v postavení člověka s afázií hraje jeho rodina a Přátelé, kteří tvoří nejbližší okolí nemocného, jsou mu oporou v jeho každodenním životě. „*Výzkumy, které byly v minulých letech provedeny a týkaly se řady nemocí, ukázaly, že opora pacientů přicházející z pozitivních mezilidských vztahů pomáhá lidem zvládat nemoci, zatímco absence této opory vytváří jakýsi primární předpoklad horšího zdraví*” (S.Cohen a G. Mac Kay in Křivohlavý, 2001, s.193).

Velká část afatiků se důsledkem svého zdravotního stavu stává trvale invalidními, čím větší změny u člověka s afázií nastanou, tím více je vzniklou situací zasažena i jeho rodina a rodinní příslušníci. Podle toho, jak má nemocný nastaven žebříček hodnot, zaujímá svůj postoj k nemoci a její léčbě, k životu. Hierarchie hodnot úzce souvisí s otázkou smyslu život, Považuje-li nemocný svůj život za smysluplný, Pak budou jakékoliv obtíže a problémy výzvou k jejich překonání, neboť má pro co, Popř. pro koho žít (Tupá in Blabolová, 2006). Jelikož i hierarchie hodnot je vehm individuální záležitostí, závisející na osobnosti člověka, na míře postižení, na dosavadních životních hodnotách, tak i názory některých afatiků na životní styl a

hodnoty se během onemocnění změnilo pouze minimálně, u některých došlo k výraznému přehodnocení a změně životního stylu (Heroutová, 2003).

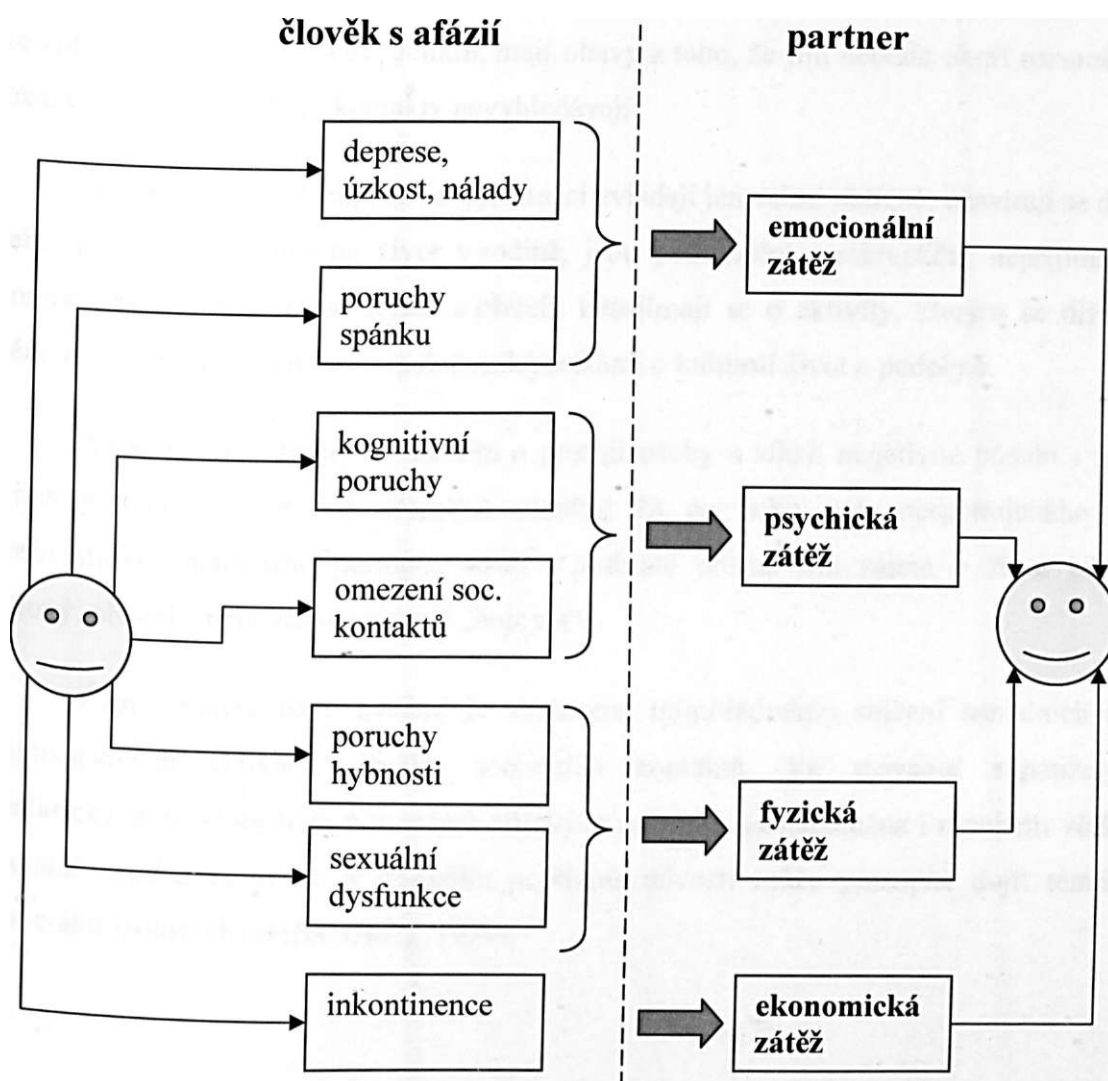
Pokud se u afatika vyskytnou deprese, apatie, nečekané reakce, odmítavý postoj k terapii, k řešení vzniklých problémů, je pravděpodobné, že milující partner bude rovněž trpět depresivními stavy, pocitem viny, bezmocnosti, podrážděností. Všechny tyto stavy ho nesmírně vyčerpávají a odebírají síly v pomoci svému nemocnému partnerovi.

Během prvních měsíců po onemocnění jsou člověk s afázií i jeho rodina zapojeni do intenzivního, komplexního rehabilitačního programu, jsou středem pozornosti mnoha odborníků. I když prožívají vesmírně vyčerpávající období, jsou povzbuzováni dílčími úspěchy, věří, že se stav postupně upraví.

Pokud však nenastane změna k lepšímu, nastupuje nedůvěra v kompletní uzdravení, rodina se může cítit jako chycená do pastí, ze které se není schopna sama dostat. V mnoha rodinách jde o první setkání s vážným onemocněním, které mění trvale a od základu denní rytmus i životní styl rodiny. Jelikož se rozsah a intenzita spolupráce s některými odbornými pracovišti postupně snižuje, největší péči o nemocného přebírá rodina, hlavně partner, který je často nucen opustit svoje dosavadní zaměstnání. Mnohdy nastává nové, často mnohem výraznější a více frustrující, drásající znepokojení, jak bude rodina dále fungovat, co bude dál v osobním i společenském životě, jak se bude vyvíjet ekonomická situace rodiny. Zdravý partner velmi často přebírá vedoucí roli, je na něj kladen velký psychický i fyzický tlak. Přizpůsobení se novému režimu vyžaduje značné úsilí všech zúčastněných a je velkou výzvou pro celou rodinu. Jestliže má člověk s afázií děti, které vychovává, často se stává, že se musí vzdát aktivit, kterým se společně dříve věnovali. Může to vněm vyvolávat pocit smutku, odmítavého postoje vůči jeho osobě, pocit odloučení či podřazenosti, neboť člověk • afázií se často stává zcela závislý na pomoci ostatních lidí, včetně svých vlastních dětí.

Partnerské vztahy jsou mimo jiné (viz výše) zatíženy poruchami interpersonální komunikace, ztrátou spoluprožívání. Nově vzniklá konfliktní situace může aktualizovat předchozí latentní problémy nebo upevnit patologické vztahy partnerů, např. typu matka-syn. Problémy se obvykle manifestují až určitý čas po návratu do domácího prostředí, v době, kdy rodina přestává profitovat z podpory systémové péče o osoby s afázií (Vodehnalová, 2003). Specifickým problémem je otázka hyperprotektivity, která se vyskytuje častěji u manželek osob s afázií než u manželů. Mezi její časté projevy patří příliš hlasitá či pomalá mluva, omezování iniciace exprese osob s afázií, nezřídka partneři mluví „za“ ně (užívání označení „maminka“ pro partnerku není výjimkou). Všechno toto jednání, je-li opakované, může vést k dalšímu oslabování partnerských vztahů a ke snižování zájmu pacienta o možnosti vyjádřit se (North in Mazaux a kol., 2000 in Vodehnalová, 2003).

Problematikou rodinného a partnerského života osob s afázií se ve světě zabývalo již mnoho studií. Všechny dospěly v podstatě ke stejnému závěru. Osoby s afázií a jejich manželé/manželky, partneři/partnerky zaznamenávají naprosto jiné postavení v rodině a partnerském životě, než tomu bylo před onemocněním. Osobní život dostává zcela nový rozměr, vznikají nové charakteristické rysy v postavení a životě celé rodiny. Nastávají problémy v komunikaci, komunikační potíže, které se u afázie očekávají, jsou mimořádně stresujícím faktorem jak pro osobu s afázií, tak pro Partnera i pro celou rodinu. I způsob řešení běžných problémů, které člověk s afázií před onemocněním zcela bezstarostně zvládal, se důsledkem narušené komunikační schopnosti stávají velkým problémem. U žen s afázií bylo zaznamenáno opakovaně problematické chování, které nejčastěji provázelo některé psychiatrické onemocnění (srovnej Kinsella, Duffy, 1979; Santos, Farrajota, Astro- Caldas, de Sousa, 1999).



Obr. č. 5 - Dopad chronické nemoci na partnera

Zde je nutné poznamenat, že existují jedinci s afázií, kteří se svým komunikačním handicapem vyrovnávají, jsou schopni zapojit se do běžného života bez větších psychických či sociálních a ekonomických problémů. Záleží na mnoha okolnostech, které v životě člověka sehrávají významnou roli (viz výše).

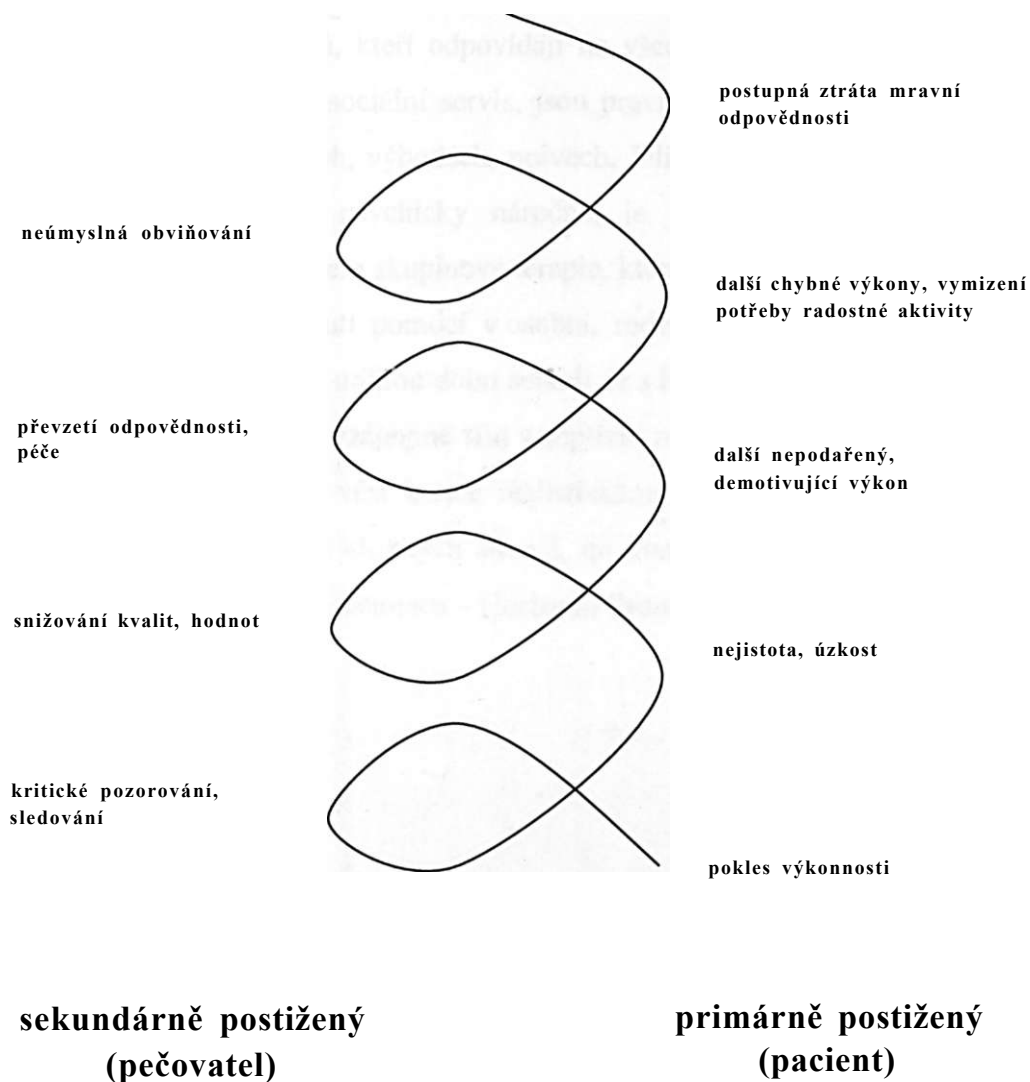
Většinou se ale setkáváme s tím, že opouštějí svoje původní zaměstnání, dochází ke zpretrhání vazeb s kolegy. Jelikož mají obavy z toho, že jim nebude okolí rozumět, zůstávají v ústraní a nové kontakty nevyhledávají.

Zůstává mnoho těch, kteří svoji situaci zvládají jen velmi obtížně, uzavírají se do sebe, omezují se pouze na život v rodině, jsou podráždění, pesimističtí, nepřijímají pomoc okolí, přestávají se stýkat s přáteli, nezajímají se o aktivity, kterým se dříve věnovali, neprojevují zájem o společenská setkání, o kulturní život a podobně.

Všechny tyto změny v chování a postoji osoby s afázií negativně působí i na jejich partnery. Je pro ně nesmírně náročné žít po boku stále nespokojeného a pesimisticky naladěného partnera, který v podstatě přestal mít zájem o život jako takový, přestal s nepříznivou situací „bojovat“.

Část partnerů osob s afázií je vystavena mimořádnému snížení sociálních a volnočasových aktivit, k úbytku sociálních kontaktů. Ve srovnání s manžely neafatických pacientů byla u manželů aftických pacientů zaznamenána i mnohem větší sociální nepřizpůsobivost. V důsledku nepřizpůsobivosti může postupně dojít téměř k sociální izolaci (Kinsella, Duffy, 1979).

Společná sociální izolace



Obr. č. 6 - Postupná společná sociální izolace (Grohnfeldt, 2001, s. 225)

Aby se co nejvíce zamezilo oslabení sociálních kontaktů či dokonce sociální izolaci, vznikají ve světě organizace (viz. Škola pro terapii řeči, Freiburg, SRN), které sdružují partnery afatických pacientů a poskytují jim komplexní skupinovou terapii. Je prozkoumávána náplň a činnost kurzů, výsledky z odborného poradenství a terapeutické skupiny pro příbuzné či pečující osob s chronickou afázií. Jednotliví členové skupiny velmi oceňují všeobecné informace, jak o své partnery pečovat, jak se k nim chovat, jak je psychicky podporovat, vést k aktivitě, pozitivnímu pohledu na život. Za velmi

přínosné považují diskuse a informace o nemoci svých blízkých, o jejich nástrahách, komplikacích, následcích. Skupinu pravidelně navštěvují lékaři - specialisté, především z oblasti neurologie, ortopedie, psychiatrie, ale též odborníci z řad logopedů, fyzioterapeutů a ergoterapeutů, kteří odpovídají na všechny kladené otázky. Členům skupiny se dostává i kvalitní sociální servis, jsou pravidelně informováni o změnách v sociální oblasti, o možnostech, výhodách, právech. Jelikož péče o člověka s afázií je velmi fyzicky a především psychicky náročná, je členům skupiny nabízena i psychoterapeutická pomoc. Cílem skupinové terapie, která je poskytována ve Freiburgu v SRN, je především poskytnutí pomoci v osobní, rodinné i sociální oblasti členům skupiny tak, aby se alespoň na určitou dobu setkali se s lidmi, majícími stejné či velmi podobné starosti. Dávají si tak vzájemně sílu s nepřízní osudu bojovat. Předpokládá se, že skupinová terapie by měla vést k více realistickému pohledu na nemoc blízkého člověka, na řešení obtížných a složitých situací, do kterých se každodenně člověk s afázií i jeho partner dostávají (Johannsen - Horbach, Crone, Wallesch, 1999).

II. Praktická část

4. Záměr a cíle průzkumu

Cévní mozková příhoda patří mezi onemocnění, která velmi často vyvolávají afázi. Chronické stadium afázie znamená pro většinu nemocných závažné změny v dosavadním způsobu života, v tělesné, duševní, emocionální, ale i ekonomické oblasti. Vede k omezení každodenních aktivit, velmi často zasahuje do života celé rodiny.

Záměrem šetření bylo zjistit, zda osoby s afázií a jejich nejbližší rodinní Příslušníci (manžel/ka, partner/ka) mají stejný či podobný pohled na život a problémy, které člověka s afázií provázejí. Dále byly zjišťovány změny, se kterými se byli nuceni vyrovnat sami jejich partneři/partnerky.

Odpovědi na tyto otázky mohou směřovat k úvahám, jak co nejúčinněji nemocným pomoci zmírnit dopady nemoci na jejich každodenní život, ale i na život jejich blízkých, popřípadě, jakým směrem účelně zaměřit intervenční snahy.

Realizace a metodika průzkumu

5.1 Použité nástroje

Šetření probíhalo formou kvalitativního průzkumu. Informace od osob s afázií a jejich životních partnerů jsem získala metodou polostrukturovaného rozhovoru, pozorování a analýzou videozáznamů.

Pro zjištění základních údajů o respondentech s afázií bylo dále využito metody dotazníku a analýzy lékařské dokumentace.

Okruhy otázek, které byly užity v polostrukturovaném rozhovoru pro osoby s afázií i jejich partnery, byly směřovány ke zjištění faktů v následujících tématických oblastech:

- ' **fyzická oblast** - sebeobsluha, samostatnost, hygiena, pohyb/sport, záliby/koníčky, dovolená, výlety/procházky, společná aktivita partnerů,
- **duševní oblast** - kultura, četba/knihy, komunikace, četba/tisk, rodina, přátelé, sousedí, partnerství,
- **emocionální oblast** - nálady, deprese, úzkost.

Rozhovor s partnery osob s afázií byl rozšířen o další dva okruhy otázek:

- ' **ekonomická oblast** - výdaje za léky, hygienické pomůcky, za dopravu k lékaři, na terapii, na kompenzační pomůcky
- ' **sexuální oblast** - pokles sexuální aktivity, nezájem o intimní život, vyhaslá sexuální aktivita. Jelikož je tento okruh otázek velmi intimního charakteru, všichni respondenti byli obeznámeni s tím, že mohou předem odmítnout na tyto otázky odpovídat.

Partneři osob s afázií nejprve hodnotili změny, ke kterým vlivem onemocnění u jejich protějšků došlo, dále pak, zda mají osoby s afázií reálný náhled na svoje onemocnění, na svůj zdravotní stav, na sociální postavení. Předmětem zájmu byly také informace o tom, zda a jak se změnil život jich samotných (role pečovatele, změna postavení v rodině, opuštění zaměstnání, ztráta kontaktů se spolupracovníky, změna okruhu přátel, atd).

5.2 Charakteristika souboru

Do zkoumané skupiny byly zařazeny pouze osoby s afázií, které splňovaly následující kritéria:

- ' **afázie po CMP,**
- **chronické stadium afázie** (minimálně 1 rok po CMP),
- ' **společná domácnost se životním partnerem** (manžel/ka, partner/ka).

Průzkum se týkal osob s méně závažnými projevy nemoci, tedy především klientů schopných a ochotných spolupracovat, rozhovor byl koncipován pouze pro ně a jejich partnery.

Dále je třeba zdůraznit, že v práci nebyl zohledňován typ a stupeň afázie, ani případné jiné zdravotní znevýhodnění či postižení. To ostatně potvrzuje muž s afázií u Páru č. 4, kde je v porovnání s osobami s afázií ve všech zbylých párech stupeň Postižení rozsáhlejší a těžší.

Chronické stadium v tomto sledovaném souboru znamená časové rozmezí 1 - 4 roky po prodělané cévní mozkové příhodě.

52.1 Párč. 1

Muž M1(A), narozen 1950, Dg. - stav po CMP (1/2005) s pravostrannou spastickou hemiparesou, **přetrvávající fatickou poruchou**, hypertenze III. st., divertikulóza tlustého střeva, gastropatie, porucha páteře v C, Th a L oblasti, stav po fraktuře claviculy, meniskektomie. Délka s afázií 3 roky.

V současné době je mu přiznán plný invalidní důchod a ZTP. Přesto, že Přetrvává fatická porucha, nevyužívá žádnou z forem logopedické péče. Vystudoval střední průmyslovou školu stavební, pracoval jako stavební mechanik v Metrostavu. Je ženatý, bydlí s manželkou v panelové zástavbě v Praze. Mají jednoho ženatého syna a vnučku. **Manželka Ž1, narozena 1951, je zdravá**, pracuje jako úřednice České pošty a.s..

52.2 Párč. 2

Žena Ž1(A), narozena 1941, Dg. - stav po CMP (5/2006), expresivní afázie, Porevmatická srdeční vada, arteriální hypertenze III. st, stav po plastice děložního čípku. Délka s afázií 2 roky.

V současné době pobírá plný invalidní důchod, nepřiznán žádný stupeň Postižení. Vzhledem k přetrvávající expresivní afázii dochází pravidelně do logopedie ambulance na individuální terapii. Je vyučena zahradnicí, pracovala v zahradnictví jako zahradnice. Je vdaná bydlí s manželem v rodinném domku nedaleko Prahy. Mají dvě vdané dcery, 5 vnoučat. **Manžel M1, narozen 1936, je zdravý**, v současné době je ve starobním důchodu. Dříve pracoval jako mistr v továrně.

5-2.3 Pár č. 3

žena Ž2(A), — »» * " »«» C M P
hypertenze III st, **přetrvávající expresivní afázie**, vertebrogenní pouze vC a L
"Masti, úzkostná porucha, snížená orientační schopnost. Délka s afázií 4 roky.

V současné době pobírá plný invalidní důchod, přiznáno TP. Vzhledem k přetrvávající fatické poruše pravidelně dochází na individuální logopedickou terapii, zúčastnila se rekondičního pobytu o. s. Záře. Vystudovala gymnázium, FF UK Praha obor lingvistika. Je vdaná, bydlí s manželem v panelovém domě v Praze. Mají spolu dospělého syna, který žije s manželkou a synem trvale v USA. **Manžel M2, narozen 1950, je zdrav** a je soukromým podnikatelem.

5.2.4 Pár č. 4

Muž M2(A), narozen 1934, Dg. - stav po CMP (7/2006), arteriální hypertenze "I. st., přetrvávající expresivní afázie, chronická renální insuficience cca středního stupně, benigní hyperplasie prostaty, permanentní močový katetr, pravostranná tříselná kýla, pravostranná hemiplegie, úzkostná porucha. Délka s afázií 1 rok a 10 měsíců.

V současné době pobírá plný invalidní důchod, přiznán ZTP/P. Přes závažné komunikační problémy nenavštěvuje žádné logopedické pracoviště. Nejezdí na žádné rekondiční pobyty. Je vyučen v oboru zedník, pracoval jako dělník ve stavební firmě. Je ženatý, bydlí s manželkou ve starším rodinném domě na okraji Prahy. Mají syna a dceru, 4 vnoučata. **Manželka Ž2, narozena 1940, Dg - diabetes, hypertenze, vertebrogenní obtíže v C, Th, L oblasti.** V současné době je ve starobním důchodu, Pracovala jako prodavačka.

Zvýše uvedeného vyplývá, že se podařilo získat soubor respondentů tak, aby byla rovnoměrně zastoupena obě pohlaví (žena s afázií/partner, muž s afázií/partnerka), tzn. soubor obsahuje dvě ženy s afázií a jejich partnery, dále dva muže s afázií a jejich Partnerky.

Jelikož partneři osob s afázií z parů č. 2 a 4 jsou již ve starobním důchodu, Pravděpodobně budou muset sami čelit problémům, které s sebou přináší pokročilejší věk. Je tedy pravděpodobné, že onemocnění jejich blízkých bude právě pro Partnerky/partnerky představovat větší zátěž i na ně.

5-3 Časový harmonogram

Postup	05/07	06/07	07/07	08/07	09/07	10/07	11/07	12/07	01/08	02/08	03/08	04/08
zadání diplomové práce	■											
seznámení s tématem	■											
vyhledání odborné literatury		■	■	■			■	■	■			
studium odborné literatury		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
rozpracování teoretické části DP				■	■	■	■	■	■			
příprava empirického šetření					■	■	■					
seznamování s klienty		■				■	■					
sběr dat + natáčení videozáznamů							■	■	■	■		
analýza dat										■	■	■
dokončení teoretické části DP										■	■	■
kontrola položek DP											■	■
odevzdání DP												■

Tab. č. 5 - Harmonogram zpracování diplomové práce

5-4 Sběr dat

Přípravná fáze probíhala od května do listopadu 2007. Zpočátku se jednalo zejména o vyhledávání relevantní odborné literatury k zadanému tématu diplomové práce a dalších informačních pramenů, bez kterých by nebylo možné tuto práci na dostatečné úrovni realizovat. Bylo nutno prostudovat zejména literaturu vztahující se k Problematice zdraví a nemoci, k chronicitě v obecném slova smyslu. Posléze bylo nutné vyhledat a prostudovat především cizojazyčné publikace, které se zabývají Problematikou biologických, ale i psychosociálních obtíží, které provázejí člověka v chronickém stadiu afázie po prodělané cévní mozkové příhodě, neboť otázky, které byly předmětem řešení, jsou v současnosti v české odborné literatuře zastoupeny pouze okrajově. I když v zahraničí je situace nepochybně lepší, stále je však v centru zájmu vědeckého bádání i pomáhajících profesí především cévní mozková příhoda a následná •«ba v akutní fázi onemocnění, dlouhodobé následky onemocnění, které omezují jak člověka s afázií, tak životní partnery a celou rodinu, jsou též zpracovány v mnohem m

Na přelomu května a června roku 2007 jsem se zúčastnila rekondičního pobytu Občanského sdružení Záře, což je nestátní, neziskový subjekt, zaregistrovaný na Ministerstvu vnitra ČR dne 28. 9. 1999, sdružující osoby s poruchami hybnosti a komunikace. Podrobnější informace o tomto sdružení jsou přístupné na webových stránkách <http://home.tiscali.cz/oszare>.

Na tomto pobytu jsem měla možnost získat mnoho cenných informací jak o životě osob s afázií, tak pozorovat, jaké dopady má jejich onemocnění na životní Partnery. Domnívala jsem se, že se mi od některých podaří získat souhlas k rozhovoru. S rozhovorem všichni oslovení souhlasili do doby, než jsem jim sdělila, že součástí rozhovoru bude i videozáznam. Nakonec byli všichni respondenti vybráni na základě spolupráce s MUDr. Griinermelovou.

Vlastní realizaci rozhovoru předcházelo několik neformálních setkání. Všechny Páry jsem před vlastním rozhovorem dvakrát kontaktovala v jejich domácím prostředí. Cílem bylo odbourání zábran a ostychu, navození příjemné spolupráce.

Realizační fáze průzkumu se uskutečnila od prosince 2007 do února 2008. Všechny čtyři zúčastněné páry byly plně informovány o průběhu rozhovoru, o důvodu, Proč daný rozhovor vzniká. Bylo třeba získat informovaný souhlas všech účastníků rozhovoru. Též byli informováni o tom, že mohou kdykoli svoji účast v rozhovoru ukončit. Dále jsem je ubezpečila, že mohou odmítnout odpovědět na jakoukoliv otázku, Pokud pro ně bude mít příliš intimní charakter (např. sexuální oblast). Po získání informovaného souhlasu byly postupně pořizovány *videonahrávky* s rozhovory osob s afázií a jejich partnerů. Všichni respondenti s využitím videonahrávky souhlasili, ale nepřáli si, aby byl videozáznam zveřejňován, což je nutné samozřejmě respektovat.

Všechny rozhovory tazatel - respondent proběhly v přirozeném prostředí respondentů (domácí prostředí) bez přítomnosti třetí osoby.

Fáze vyhodnocování probíhala v časovém rozmezí březen - duben 2008. Podstatou vlastního vyhodnocování bylo:

- **zanesení získaných údajů do tabulek** (viz příloha č. 1),
- **kvantitativní a kvalitativní analýza dat,**
- **porovnávání dvojího úhlu pohledu** (osoba s afázií - partner/ka),
- **porovnání toho, zda odpovědi respondentů korespondují s výsledky mého pozorování,**
- **porovnání toho, zda odpovědi respondentů odpovídají poznatkům uváděným v odborné literatuře,**
- **hodnocení verbální i neverbální komunikace.**

5.5 Analýza videozáznamů

Tato kapitola se věnuje **analýze rozhovorů s jednotlivými osobami s afázií a jejich životními partnery**. Zaměřuje se především na to, jaký dopad v oblasti tělesné, duševní, emocionální, ekonomické či sexuální má dané onemocnění jak na osobu s afázií, tak na partnera. Dále zkoumá, zda se pohledy obou partnerů na aktivity jednotlivých oblastech shodují či nikoliv.

Podkladem pro analýzu je videozáznam, který je doslovně přepsán, ne však stylisticky upraven, proto se v něm nachází mnoho nespisovných a hovorových výrazů. Vzhledem k tomu, že všechny rozhovory obsahují velké množství dat a jsou poměrně rozsáhlé, domnívám se, že pro lepší orientaci a přednost vdaných přepisem je vhodnější jejich zařazení do přílohy č. 3 této diplomové práce, kde všechny přepsané rozhovory naleznete.

Hodnocení všech sledovaných parametrů, které jsou u všech párů naprosto shodné, jsou zaznamenány v jednotlivých tabulkách. **Údaje** v 1. **sloupci** vždy uvádějí sebehodnocení osob s afázií, **2. sloupec** se zaměřuje na to, jak vnímají své současné vlastní aktivity partneri osob s afázií, **3. sloupec** znázorňuje názor či pohled na to, jak vnímá zdravý partner svého nemocného partnera, tj. člověka s afázií. **Ve 4. sloupci** je zaneseno moje subjektivní hodnocení osob s afázií, které vzniklo **analýzou** jednotlivých rozhovorů a pozorováním.

Pro všechny tabulky, které jsou součástí následujících podkapitol (5.5.1, 5.5.2, 5-5.3, 5.5.4) platí následující:

2 - dopad onemocnění na danou aktivitu nulový, případně minimální,

1 - dopad onemocnění na danou aktivitu částečný,

0 - dopad onemocnění na danou aktivitu výrazný.

Zvýrazněná pole u partnera osoby s afázií vyjadřují nesouhlas partnera (N) se sebehodnocením osoby s afázií. Zvýrazněná pole u tazatele (NT) vyjadřují rovněž nesouhlas se sebehodnocením osoby s afázií.

5.5.1 Párč. 1

Ohodnocení fyzické oblasti

Fyzická oblast				
Aktivita	Pár č. 1			
	M 1 (A)	Ž 1	N	NT
soběstačnost	2	2	1	1
samostatnost	2	2	1	1
hygiena	2	2		
pohybové aktivity/sport	2	2	1	1
záliby/koníčky	2	2	1	1
dovolená	2	2		
výlety/procházky	2	1	1	1
společná aktivita	1	1	1	1

Vysvětlivky:

M 1 (A) - muž s afázií -

Z 1 - žena/partnerka

N - názor, hodnocení osoby s afázií z pohledu partnera

NT- názor, hodnocení aktivit (situace) z pohledu tazatele

Tab. č. 6 - Vyhodnocení páru č. 1 (fyzická oblast)

Z rozhovorů je zřejmé (viz tab. č. 6), že se v případě tohoto páru podařilo poměrně dobře obnovit téměř všechny aktivity, zahrnuté do této oblasti. Též se ale ukázalo, že muž má tendence svůj zdravotní stav zlehčovat, nadhodnocovat. Téměř všechny položky hodnotí vysoko, jakoby nebyl žádným onemocněním téměř limitován (viz odpovědi **MI(A)-3, MI(A)-4, M1(A)-10, MI(A)-32**). Otázkou zůstává, zda jsou některé pohybové aktivity (především hokej) vzhledem k prokazatelným problémům ^MKA vhodné (viz kap. 5.2.1).

Žena na problém fyzické oblasti nahlíží poněkud realističtěji, což je patrné z následujících odpovědí (**Ž1-2, Ž1-3, Ž1-4, Ž1-8, Ž1-13, Ž1-16, Ž1-20, Z1-23, Ž1-27**). V této souvislosti si kladu otázku, jaké aktivity vykonává M1(A) dopoledne, % je Ž1 v zaměstnání? Z odpovědi M1(A) i Ž1 je patrné, že všechny dopolední aktivity jsou velmi stereotypní (viz odpovědi **MI(A)-2, MI(A)-3, MI(A)-44, M1(A)-45 < MI(A)-46**), což dokládají i odpovědi Ž1 (viz odpovědi **Ž1-1, Z1-2, Z1-3, Z1-4**). Z rozhovorů není patrný zájem M1(A) o nové aktivity, iniciátorem všech dopoledních aktivit je Ž1.

V oblasti soběstačnosti, samostatnosti jsou patrné názorové neshody páru, které lze nalézt v odpovědích (MI(A)-44, MI(A)-45, MI(A)-48), což je v rozporu s výpovědí Ž1-13. Další názorové neshody jsou patrné i v oblasti výletů (viz odpovědi MI(A)-33, Ž1-16).

Z rozhovoru s Ž1 je patrné, že aktivity, které omezila, spadají do společných aktivit (viz odpovědi Ž1-17, Ž1-18, Ž1-28) a výše jmenovaných výletů. Ostatní aktivity vykonává bez jakéhokoliv omezení, které by souviselo s onemocněním jejího manžela.

Fyzická oblast

MI (A)

• samostatnost IQ částečně • absence

Fyzická oblast

Ž1

• samostatnost • částečně • absence

Grafč. 1 - Sebehodnocení MI (A) (fyzická obl.)

Grafč. 2 - Sebehodnocení Ž1 (fyzická obl.)

Fyzická oblast

názorová neshoda

m neshoda • shoda



Grafč. 3 - Neshoda páru č. 1 (fyzická obl.)

Přes to, že tento pár může vykonávat téměř všechny výše jmenované aktivity bez větších problémů, byť v některých oblastech pouze za určitých podmínek, i zde se ukazuje, že v důsledku CMP a afázie dochází k poklesu fyzické aktivity, ke sklonům k pasivnějšímu způsobu života člověka s afázií.

Zhodnocení duševní oblasti

Duševní oblast				
Aktivita	Pár č. 1			
	M 1 (A)	Z 1	N	NT
četba/knihy	2	2	2	2
četba/tisk	2	2	2	2
komunikace	2	2	1	1
jrřátelé	2	2	2	2
sousedí	2	2	1	0
kultura	2	2	1	1
televize	2	2	2	2
partnerství	2	2	2	2
rodina	2	2	2	2
spolupracovníci	1	2	1	1

M 1 (A) - muž s afázií

Z 1 - žena/partnerka

N - názor, hodnocení osoby s afázií z pohledu partnera

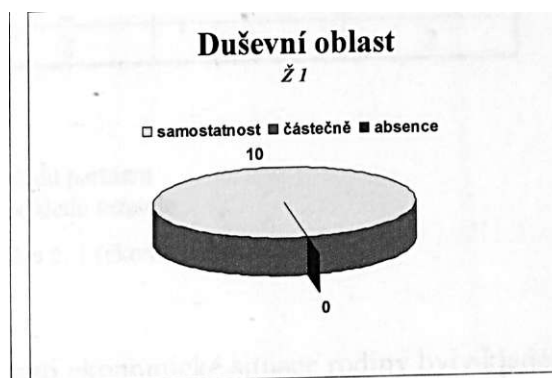
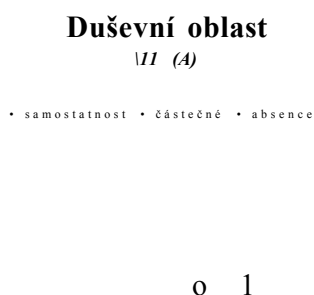
NT - názor, hodnocení aktivit (situace) z pohledu tazatele

Tab. č. 7 - Vyhodnocení páru č. 1 (duševní oblast)

Z rozhovorů je zřejmé, že ani v této oblasti nedochází k větším názorovým neshodám manželů. Téměř všechny sledované parametry vnímají a hodnotí stejně. Patrné jsou pouze názorové neshody ve vnímání **sousedských vztahů** (viz odpovědi **MI(A)-52**, **MI(A)-53**) v rozporu s odpověďmi MI(A) je odpověď Ž1 (viz odpověď **Ž1-22**).

Dále se liší ve vnímání aktivit v **oblasti kultury**. Zatímco MI(A) se domnívá, že je situace v podstatě stejná, jako tomu bylo před jeho onemocněním (viz odpověď **MI(A)-25**), Ž1 se domnívá, že u MI(A) došlo k úbytku kulturních aktivit (viz odpověď **Ž1-28**). MI(A) se domnívá, že určité kulturní akce navštěvuje víc než v minulosti (viz odpověď **MI(A)-26**).

Do duševní oblasti byly zařazeny i otázky, týkající se **komunikace**. U **MI(A)** přetrvává fatická porucha, ale v současné době nedochází do logopedické ambulance. Nezúčastňuje se ani rekondičních pobytů. Z rozhovoru, který je doslovně přepsaný, jsou patrné agramatismy, nonfluentní projev, místy se objevují fonemické parafázie, narušené pojmenování. **MI(A)** se necítí narušenou komunikační schopností nějak výrazně limitován (viz odpovědi **M1(A)-13**, **M1(A)-14**). **Ž1** si v odpovědích na toto téma poněkud protičečí (viz odpovědi **Ž1-11**, **Z1-13**).



Graf. 4 - Sebehodnocení MI (A) (duševní obl.)

Graf. 5 - Sebehodnocení Ž1 (duševní obl.)



Graf. 6 - Neshoda páru č. 1 (duševní obl.)

Zhodnocení ekonomické oblasti

Ekonomická oblast				
Aktivita	Pár č. 1			
	M 1 (A)	Ž1	N	NT
zaměstnání	nehodnotí	2	0	0
léky	nehodnotí	1	2	2
lékařská péče	nehodnotí	1	2	2
logopedie	nehodnotí	2	2	2
rekondiční pobyt	nehodnotí	2	2	2
kompensační p.	nehodnotí	2	2	2
rehabilitace	nehodnotí	2	2	2

M 1 (A) - muž s afázií

Z 1 - žena/partnerka

N - názor, hodnocení osoby s afázií z pohledu partnera

NT - názor, hodnocení aktivit (situace) z pohledu tazatele

Tab. č. 8 - Vyhodnocení páru č. 1 (ekonomická oblast)

Jak je patrné z tab. č. 8, otázky z oblasti ekonomické situace rodiny byly kladeny Pouze Ž1. Je zřejmé, že v této oblasti je jednoznačná závislost M1(A) na Z1 (viz odpovědi Ž1-52, Ž1-53). Složitější ekonomická situace je v současné době lépe zvládnutelná díky tomu, že je Ž1 výdělečně činná. Ovšem po té, co byl M1(A) Propuštěn z nemocnice do domácího ošetření, musela Ž1 opustit více než na rok své zaměstnání (viz odpověď Ž1-8). M1(A) byly přiznány mimořádné výhody II. stupně - ZTP. Má tedy podle Vyhlášky č. 182/1991 Sb., § 31 nárok na bezplatnou dopravu Pravidelnými spoji MHD. Této výhody využívá. Dále je mu podle zákona 155/1995 Sb. Přiznán plný invalidní důchod.

Z výpovědi Ž1 (viz odpověď Ž1-53) je zjevné, že výdaje za léky a lékařskou Péči jsou vyšší než v minulosti. Je tedy zřejmé, že i zátěž pro partnery bude v ekonomické oblasti vyšší než tomu bylo v minulosti.

Zhodnocení emocionální oblasti

Emocionální oblast				
Aktivita	Pár č. 1			
	M1 (A)	Ž1	N	NT
úzkost	2	1	1	1
nálady	2	1	1	1
deprese	2	2	1	1

Vysvětlivky:

M 1 (A) - muž s afázií

Z 1 - žena/partnerka

N - názor, hodnocení osoby s afázií z pohledu partnera

NT- názor, hodnocení aktivit (situace) z pohledu tazatele

Tab. č. 9 - Vyhodnocení páru č. 1 (emocionální oblast)

Ukazuje se (viz tab. č. 9), že onemocnění M1(A) zasahuje i do oblasti emocí tohoto páru. M1(A) se domnívá, že největší období stresu, depresí a úzkosti prožíval **V době hospitalizace v nemocnici (viz odpovědi III(A)-13,**

eo# se shoduj®

s výzkumy, zabývajících se vznikem deprese (viz kap. 3.1.1). Stres a úzkostná nálada přetrvávala v období po návratu do domácího ošetření, kdy byla omezena soběstačnost

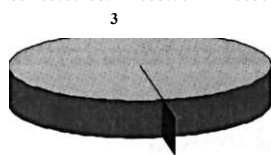
M1(A) (viz odpověď M1(A)-17). V současnosti problém cMpe jako součást života (viz odpověď M1(A)-14, IVII(A)-S6), Naproti tomu Ž1 uvádí, že emocionální problémy U **M1(A) v určité míře přetrvávají (viz odpověď Ž1-6).**

Je nutné se zamyslet nad tím, jak velké emocionální zátěži je vystaven i »zdravý" partner(viz odpovědi Ž1-12, Ž1-31, Ž1-32, Ž1-33, Ž1-34, Ž1-35). Všechna Pozornost byla soustředěna na zlepšení stavu M1(A). Ž1 byla tou, která se musela snažit Při návštěvách M1(A) o jeho povzbuzování, což nepochybně přispělo k lepšímu hládnutí jeho nemoci, Sama však též odbornou pomoc potřebovala(viz odpovědi Ž1-³¹> Ž1-32, Ž1-33, Ž1-36), tají ale nabídnuta nebyla. Pomoc přišla ze strany **rodiny a Přátel (viz odpovědi Ž1-34, Ž1-35).**

Emocionální oblast

M1 (A)

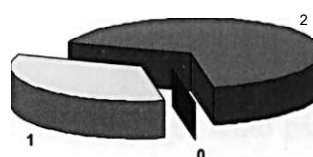
• samostatnost • částeční • absence



Emocionální oblast

Z1

• samostatnost • částečně • absence

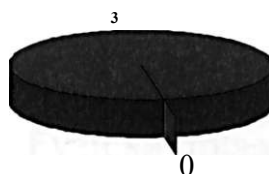


Grafč. 7 - Sebehodnocení M1 (A) (emocionální obl.) Grafč. 8 - Sebehodnocení Ž1 (emocionální obl.)

Emocionální oblast

názorová neshoda

• neshoda • shoda



Grafč. 9 - Neshoda páru č. 1 (emocionální obl.)

Zhodnocení sexuální oblasti

Sexuální oblast				
Aktivita	Pár č. 1			
	M 1 (A)	Ž 1	N	NT
apetence	nehodnotí	2	2	1

Vysvětlivky:

M 1 (A) - muž s afází

Z 1 - žena/partnerka

N - názor, hodnocení osoby s afází z pohledu partnera

NT- názor, hodnocení aktivit (situace) z pohledu tazatele

Tab. č. 10 - Vyhodnocení páru č. 1 (sexuální oblast)

Dotazy, týkající se této problematiky, byly z etických důvodů a po předchozím souhlasu pokládány pouze Ž1 (viz tab. č. 10).

Jelikož pár č. 1 nevykazuje v současnosti žádné závažné problémy v tělesné, duševní ani emocionální oblasti (viz výše), lze očekávat, že ani v oblasti intimního života nezaznamenávají žádné výrazné dysfunkce, což se rozchází s výsledky některých zahraničních výzkumů (viz kap.3.1.3).

Z rozhovoru i pozorování bylo velmi zřetelné, že je na sebe tento pár mnoho let výrazně fixován, jeden druhého si nesmírně váží. Je proto možné, pokud by došlo k poklesu sexuálních aktivit, které by nebyly pouze důsledkem narůstajícího věku, ale souvisely i s neurologickým onemocněním M1(A), nebude to Ž1 vnímat a prezentovat jako problém, který je nutno řešit (viz odpověď Ž1-61, Ž1-62).

5.5.2 Pár č. 2

Zhodnocení fyzické oblasti

Fyzická oblast				
Aktivita	Pár č. 2			
	Ž1(A)	M 1	N	NT
soběstačnost	2	2	2	1
samostatnost	2	2	1	1
hygiena	2	2	2	2
pohybové aktivity	2	0	1	0
záliby/koníčky	0	1	1	0
dovolená	0	0	0	0
výlety/procházky	1	1	1	0
společná aktivita	1	1	1	1

Vysvětlivky:

Z 1 (A) - žena s afázií

M 1 - muž/partner

N - názor, hodnocení osoby s afázií z pohledu partnera

NT- názor, hodnocení aktivit (situace) z pohledu tazatele

Tab. č. 11 - Vyhodnocení páru č. 2 (fyzická oblast)

z rozhovorů a pozorování je zřejmé (viz tab. č. 11), že v případě tohoto páru došlo vlivem onemocnění Ž1(A) k poměrně značnému omezení některých sledovaných aktivit. Je však zřejmé, že se poměrně dobře podařilo obnovit výkony v některých klíčích oblastech tělesných aktivit.

Ž1 se hodnotí velmi vysoko v oblasti **soběstačnosti** (viz odpovědi **Ž1(A)-10**, **Ž1(A)-12**), což je v rozporu tím, co Ž1(A) říká v předešlých odpovědích (viz odpovědi **Ž1(A)-8**, **Ž1(A)-9**). M1 zastává názor, že soběstačnost Ž1(A) poklesla (viz odpověď **MI-1**).

Též v hodnocení **samostatnosti** dochází k názorovým neshodám páru Ž1(A) se necítí vzhledem k onemocnění méně samostatná (viz odpověď **Ž1(A)-14**). M1 má na samostatnost Ž1(A) jiný náhled (viz odpovědi **MI-12**, **MI-14**, **MI-17**). Nastává otázka, zda je tato žena schopná sebereflexe. Je možné, že si svůj problém uvědomuje, ale nechce se s ním vyrovnat, nebude ho tudíž ani nikde prezentovat. Osobně bych se právě k této verzi přikláněla vzhledem k tomu, jaká atmosféra během rozhovoru, kdy jsem se ptala na tělesnou oblast, panovala (patrný stálý neklid Ž1(A), mnutí rukou, nervozita, hraní si s kapesníkem, téměř žádný oční kontakt, psychomotorický neklid). Lze shrnout, že verbálním projev byl v rozporu s projevem neverbálním.

Další ze sledovaných oblastí, ve které dochází k mírným názorovým neshodám páru, je posuzování **zálib a koníčků**. Ž1(A) uvádí, že žádné koníčky nemá (viz odpovědi **Ž1(A)-25**, **Ž1(A)-54**), naproti tomu M1 k tomu uvádí, že jedna záliba přetrvává (viz odpovědi **MI-18**, **MI-19**). Nezbyvá, než se zamyslet nad tím, proč práce, která Ž1(A) v minulosti naplňovala, byla jejím zaměstnáním a koníčkem zároveň, za svoji zálibu nepovažuje i v současnosti. Jde o sklony k pasivitě, o únavu či vyčerpanost, která s věkem přichází, o negativistický postoj k životu, o neschopnost se radovat z věcí, které ji dřív těšily?

Rozdíly se ukázaly i v náhledu na pohybové/sportovní aktivity. Ž1(A) se domnívá, že má těchto aktivit dostatek (viz odpovědi **Ž1(A)-24**, **Ž1(A)-25**), zatímco M1 hovoří o tom, že aktivity omezila (viz odpovědi **MI-15**, **MI-18**). Ž1(A) je stále členkou Sokola, ale frekvence, s jakou na cvičení dochází, je z mého pohledu téměř mizivá, což ukazuje i odpověď M1 (viz odpověď **MI-18**). Práce okolo rodinného domu je bezesporu fyzicky náročná, ale v žádném případě nikdy nesupluje pohybovou/sportovní aktivitu. Je zřejmé, že Ž1(A) pohybovou aktivitu velmi omezila, zdaje to ale vlivem neurologického či ortopedického onemocnění, lze těžko posoudit (viz kap. 5.2.1).

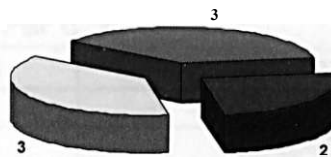
Fyzická oblast
Ž1 (A)

• samostatnost • částečně • absence



Fyzická oblast
M1

• samostatnost • částečně • absence



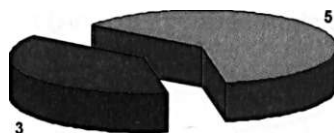
Grafč. 10 — Sebehodnocení Ž1(A) (fyzická obl.)

Grafč. 11 - Sebehodnocení M1 (fyzická obl.)

Fyzická oblast

názorová neshoda

• neshoda • shoda



Grafč. 12 - Neshoda páru č. 2 (fyzická obl.)

Zhodnocení duševní oblasti

Duševní oblast				
Aktivita	Pár č. 2			
	Ž1(A)	M 1	N	NT
četba/knihy	2	2	2	2
četba/tisk	1	2	1	0
komunikace	1	2	1	1
přátelé	2	1	2	2
sousedí	2	2	2	2
kultura	2	0	1	0
televize	2	1	2	2
partnerství	2	2	2	2
rodina	1	2	2	2
spolupracovníci	0	0	0	0

Vysvětlivky:

Ž 1 (A) - žena s afázií

M 1 - muž/partner

N - názor, hodnocení osoby s afázií z pohledu partnera

NT - názor, hodnocení aktivit (situace) z pohledu tazatele

Tab. č. 12 - Vyhodnocení páru č. 2 (duševní oblast)

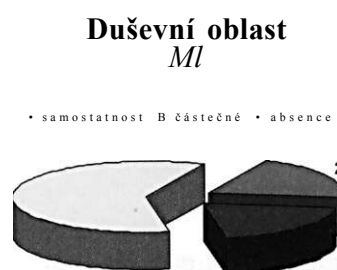
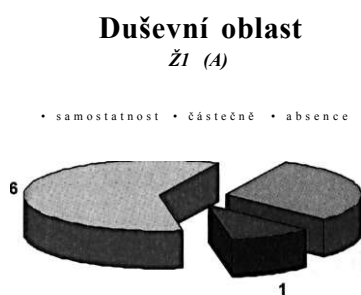
V této oblasti došli manželé v podstatě ke shodě v názorech. Odlišnosti jsem zaznamenala pouze v odpovědích, které se týkaly **rodiny**. Ž1(A) postrádá častější setkávání rodiny a větší pospolitost (viz odpovědi **Ž1(A)-7, Ž1(A)-8 Ž1(A)-9, Ž1(A)-12, Ž1(A)-13, Ž1(A)-39, Ž1(A)-41**). M1 je naopak přesvědčen, že v krizové situaci, kterou nemoc Ž1 bezesporu je, plní rodina svoji roli velmi dobře (viz odpovědi **MI-5, MI-6, MI-14, MI-17, MI-30**).

Rozdílný náhled je zřetelný i v oblasti **kultury**. M1 uvádí, že se u Ž1(A) po onemocnění snížila frekvence návštěv kulturních akcí (viz odpověď **MI-20**). Ž1 naproti tomu hovoří o tom, že divadelní představení navštěvuje stále (viz odpověď **Ž1(A)-27**).

Do okruhu otázek, týkajících se duševní oblasti, byla zařazena i **komunikace**. Vzhledem k přetrvávající expresivní afázii jsou patrné agramatismy, influence, fonemické parafázie, narušené opakování, narušené pojmenování. Během rozhovoru jsem nezaznamenala poruchy v porozumění.

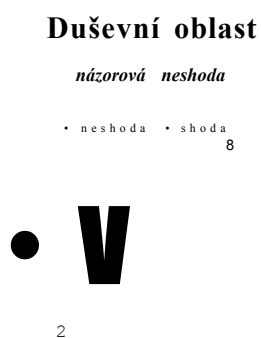
Právě problémy v oblasti komunikace vyvolávají u Ž1(A) největší emocionální obtíže - stavy úzkosti, stresu, zoufalství (viz odpovědi Ž1(A)-30, Ž1(A)-31, Ž1(A)-34, Ž1(A)-35). Je si ale vědoma, že logopedická péče, která jí je poskytována, jí podporuje v cestě ke zlepšení komunikační bariéry (viz odpovědi Ž1(A)-17, Ž1(A)-18, Ž1(A)-19, Ž1(A)-20). Ml si vzniklé problémy zcela uvědomuje, snaží se ženě pomoci situaci řešit (viz odpovědi Ml-9, Ml-10).

Odpovědi Ž1(A) i Ml mě vedou k zamyšlení, zda u Ž1(A) není přítomná logofobie (viz odpovědi Ml-11, Ml-12, Ml-17, Ž1(A)-31, Ž1(A)-34, Ž1(A)-35).



Graf č. 13 - Sebehodnocení Ž1(A) (duševní obl.)

Graf č. 14 - Sebehodnocení Ml (duševní obl.)



Graf č. 15 - Neshoda páru č. 2 (duševní obl.)

Zhodnocení ekonomické oblasti

Ekonomická oblast				
Aktivita	Pár č. 2			
	Z1 (A)	M 1	N	NT
zaměstnání	nehodnotí	2	2	2
léky	nehodnotí	2	0	0
lékařská péče	nehodnotí	2	0	0
logopedie	nehodnotí	2	0	0
rekondiční pobyt	nehodnotí	2	2	2
kompensační p.	nehodnotí	2	2	2
rehabilitace	nehodnotí	2	1	1

Vysvětlivky:

Ž 1 (A) - žena s afázií

M 1 - muž/partner

N - názor, hodnocení osoby s afázií z pohledu partnera

NT - názor, hodnocení aktivit (situace) z pohledu tazatele

Tab. č. 13 - Vyhodnocení páru č. 2 (ekonomická oblast)

Jak ukazuje tabulka (viz tab. č. 13), i u tohoto páru ekonomickou oblast hodnotí pouze partner, tedy M1. Je zřejmé, že u tohoto páru vznikla složitější ekonomická situace, neboť ani jeden z manželů není výdělečně činný. M1 pobírá starobní důchod, Ž1(A) pobírá plný invalidní důchod, podle Vyhlášky 182/1991 Sb. jí nebyly přiznány žádné mimořádné výhody ZP. Každý týden dojíždí autem do logopedické ambulance v Praze, neboť nemá jinou možnost, což celou ekonomickou situaci ještě zhoršuje. Větší výdaje jsou spojené i s pokrytím plateb u lékaře a zaplacením léků. Ekonomickou situaci páru komentuje M1 v odpovědích **MI-37, MI-38**.

Zhodnocení emocionální oblasti

Emocionální oblast				
Aktivita	Pár č. 2			
	Ž 1 (A)	M 1	N	NT
úzkost	1	1	0	0
nálady	1	0	0	0
deprese	0	1	0	0

Vysvětlivky:

Ž 1 (A) - žena s afází

M 1 - muž/partner

N - názor, hodnocení osoby s afází z pohledu partnera

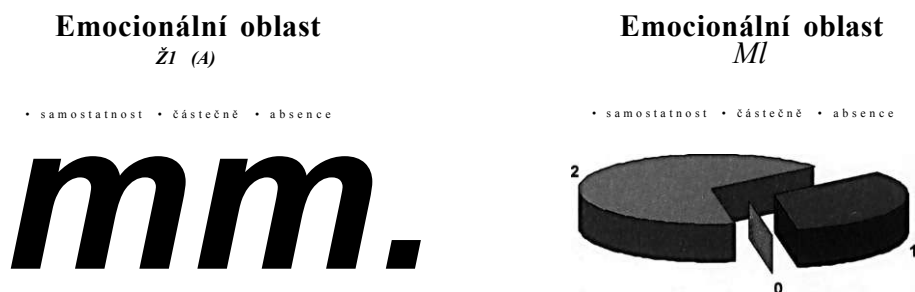
NT - názor, hodnocení aktivit (situace) z pohledu tazatele

Tab. č. 14 - Vyhodnocení páru č. 2 (emocionální oblast)

U tohoto páru se ukazuje (viz tab. č. 14), že náročná životní situace, vzniklá onemocněním Ž1(A), zasáhla výrazně emocionální složku osobnosti obou manželů.

Ž1(A) se domnívá, že největší období stresu, depresí a úzkosti prožívala těsně po onemocnění (viz odpověď Ž1(A)-31), zatímco nyní se cítí již lépe. Zároveň si uvědomuje, že přecitlivělost, nálady a úzkost přetrvávají (viz odpovědi Ž1(A)-33, Ž1(A)-34). Odmítá však uznat, že by měla navštívit odborníka (viz odpověď Ž1(A)-32). Naproti tomu M1 se domnívá, že její stavy úzkosti a depresivních projevů stále přetrvávají v takové míře, že by měla odbornou pomoc vyhledat (viz odpovědi M1-9, M1-10, M1-11, M1-12, M1-13, M1-15).

Analýza rozhovoru Ž1 ukázala, jak velké emocionální zátěži byl i u tohoto páru vystaven „zdravý“ partner. Především v akutním stadiu onemocnění Ž1(A) byl M1 vystaven takovému psychickému tlaku, že nebyl schopen jej sám zvládat (viz odpovědi MI-4, MI-5, MI-6). V současné době se M1 cítí podstatně lépe, jak uvádí (viz odpověď MI-6).



Graf č. 16 - Sebehodnocení Ž1(A) (emocionální obl.) Graf č. 17 - Sebehodnocení M1 (emocionální obl.)



Graf č. 18 - Neshoda páru č. 2 (emocionální obl.)

Zhodnocení sexuální oblasti

Sexuální oblast				
Aktivita	Pár č. 2			
	Ž 1 (A)	M 1	N	NT
apetence	nehodnotí	0	0	1

Vysvětlivky:

Ž 1 (A) - žena s afázií

M 1 - muž/partner

N - názor, hodnocení osoby s afázií z pohledu partnera

NT - názor, hodnocení aktivit (situace) z pohledu tazatele

Tab. č. 15 - Vyhodnocení páru č. 2 (sexuální oblast)

Dá se očekávat, že u tohoto staršího manželského páru bude sexuální aktivita ubývat i vzhledem k jejich věku. Jak je známo z odborné literatury (viz kap.3.1.3), po prodělané CMP se často objevují i sexuální dysfunkce, které mohou způsobovat poruchy sexuální aktivity. Vzhledem k tomu, jak M1 na tuto intimní otázku odpověděl (viz odpověď M1-32), lze usuzovat, že je tento svazek opravdu pevný a vypovídá o schopnosti přizpůsobit se současnému stavu Ž1(A). Překvapila mě lehkost, s jakou o této naprosto intimní problematice M1 hovořil. Domnívám se, že je to přímo v rozporu s tím, co se píše o výchově dříve narozených, o jejich uzavřenosti a nechuti o této otázce hovořit.

5.5.3 Pár č. 3

Zhodnocení fyzické oblasti

Fyzická oblast				
Aktivita	Pár č. 3			
	Ž 2 (A)	M 2	N	NT
sebeobsluha	2	2	2	2
samostatnost	1	2	1	1
hygiena	2	2	2	2
pohybové aktivity	1	1	1	1
záliby/koníčky	1	1	1	1
dovolená	2	2	2	
výlety/procházky	1	1	1	i !
společná aktivita	2	2	2	

Vysvětlivky:

Ž 2 (A) - žena s afázií

M 2 - muž/partner

N - názor, hodnocení osoby s afázií z pohledu partnera

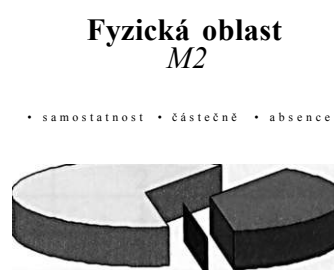
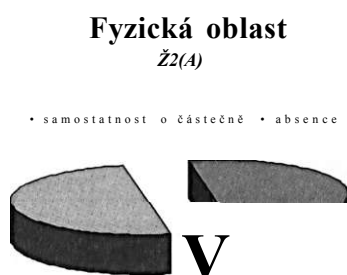
NT - názor, hodnocení aktivit (situace) z pohledu tazatele

Tab. č. 16 - Vyhodnocení páru č. 3 (fyzická oblast)

U páru č. 3 došlo v odpovědích na otázky, týkající se fyzické oblasti, ve všech sledovaných parametrech k názorové shodě, (viz tab. č. 16).

U Ž2(A) nedošlo následkem CMP k žádnému výraznému omezení, či znemožnění jakékoliv pohybové aktivity/sportu. Manželský pár se snaží žít naplno, ve sportovních aktivitách se neomezovat. Otázkou zůstává, zda jsou některé pohybové aktivity (především lyžování a jízda na kole) vzhledem ke zdravotním obtížím opěrného aparátu Ž2(A) vhodné (viz kap. 5.2.1).

V podstatě nejvýraznějším problémem, kterým je primárně limitována Ž2(A) a sekundárně zasahuje i do života M2, je do značné míry **snížená orientační schopnost** Ž2(A). Tím je výrazně zasažena **samostatnost** ve všech aktivitách, kterým by se mohla Ž2(A) věnovat mimo prostředí domova (viz odpovědi Ž2(A)-4, Ž1(A)-5). Toto svými odpověďmi potvrzuje i M2 (viz odpovědi M2-3, M2-4, M2-5, M2-7).



Grafč. 19 - Sebehodnocení Ž2(A) (fyzická obl.)

Grafč. 20 - Sebehodnocení M2 (fyzická obl.)



Grafč. 21 - Neshoda páru č. 3 (fyzická obl.)

Zhodnocení duševní oblasti

Duševní oblast				
Aktivita	Pár č. 3			
	Ž 2 (A)	M 2	N	NT
četba/knihy	2	2	2	2
četba/tisk	2	2	2	2
komunikace	1	2	1	1
přátelé	1	1	1	1
sousedí	2	1	1	
kultura	1	2	1	1
televize	2	2	2	2
partnerství	2	2	2	
rodina	1	1	1	1
spolupracovníci	1	2	1	

Vysvětlivky:

Ž 2 (A) - žena s afázií

M 2 - muž/partner

N - názor, hodnocení osoby s afázií z pohledu partnera

NT - názor, hodnocení aktivit (situace) z pohledu tazatele

Tab. č. 17 - Vyhodnocení páru č. 3 (duševní oblast)

Jak je patrné z tabulky (viz tab. č. 17), ani v této oblasti nedošlo mezi partnery k výraznějším názorovým neshodám. Dá se předpokládat, že vzhledem k bývalému profesnímu zaměření Ž2(A) i stále trvajícím zaměstnání M2, nedošlo skutečně k omezení zájmu o četbu. Výrazné omezení nelze očekávat ani v oblasti kulturního vyžití.

Názorová neshoda byla zaznamenána v oblasti **vztahů se sousedy**. Ž2(A) vidí vztahy jako velmi dobré (viz odpovědi **Ž2(A)-56, Ž2(A)-57, Ž2(A)-58, Ž2(A)-59, Ž2(A)-60**). M2 se domnívá, že sousedské vztahy nejsou nijak zvlášť výjimečné (viz odpovědi **M2-44, M1-45, M2-46**). Je možné, že si Ž2(A) vztahy se sousedkou idealizuje. Ale je třeba si uvědomit situaci, v jaké se Ž2(A) nachází. Bez pomoci jiné osoby je mimo domov v důsledku špatné orientační schopnosti výraznou měrou omezována téměř ve všech aktivitách, které si lze představit. Její domov se v podstatě stává klecí, ze které nelze samostatně ven. Domnívám se, že byť jen krátké chvílky, které prožije s lidmi, které má ráda, se kterými je jí dobře, jí do jisté míry obohacují, ozvláštňují jinak stereotypní průběh každého všedního dopoledne, zmírňuje se pocit

samoty. Každé setkání je zdrojem mezilidské komunikace, což je u osob s afázií více než žádoucí.

Přesto, že Ž2(A) i M2 shodně uvádějí, že **vztahy se spolupracovníky** poněkud opadly (viz odpovědi **M2-14, Ž2(A)-63, Ž2(A)-67**), domnívám se, že zájem spolupracovníků o kontakt s Ž2(A) je téměř nulový. Kontakt je udržován v podstatě pouze přes výpůjčky knih. Vystává otázka, proč je chování kolegyň právě takové, proč Ž2(A), se kterou mnoho let spolupracovaly nenavštíví? Jsou skutečně tak zaneprázdněné? Byly v pořádku pracovní vztahy? Nevznikaly tam pracovní konflikty? Byly v pořádku mezilidské vztahy? Umí se kolegyně postavit čelem k nemoci paní Ž2(A)? Bojí se komunikace s ní?

Partnerství, zařazené též do duševní oblasti, hodnotí Ž2(A) jako dobré (viz odpovědi **Ž2(A)-41, Ž2(A)-42, Ž2(A)-43, Ž2(A)-46, Ž2(A)-48**). I M2 se o vztahu vyjadřuje hezky (viz odpovědi **M2-22, M2-24, M1-25, M2-29, M2-30**). Na základě opakovaného přehrávání videonahrávky lze však uvažovat o tom, zda je M2 opravdu tak vstřícný a ohleduplný. Vzhledem k tomu, že má M2 pružnou pracovní dobu, domnívám se, že jeho odpovědi **v oblasti přátel Ž2(A)** ukazují na určitou dávku sebeckosti, neohleduplnosti (viz odpověď **M-18, M-19, M-20**) vůči Ž2(A).

Na základě důkladné analýzy videozáznamu lze rovněž předpokládat, že u tohoto páru došlo po onemocnění Ž2(A) k nějakému výraznějšímu problému či konfliktu, se kterým se M2 dodnes zcela nevyrovnal, dodnes ho v sobě zcela nezpracoval (viz odpovědi **M2-25, M2-30, M2-34, M2-35**). K úvaze o konfliktu vedou i odpovědi, které zprvu vyznívají velmi pozitivně (viz odpověď **M2-30**- verbální projev v rozporu s neverbálním).

Do okruhu otázek, týkajících se duševní oblasti, byla zařazena i **komunikace**. Vzhledem k přetrvávající expresivní afázii jsou patrné agramatismy, influence, fonemické parafrázie, narušené opakování, narušené pojmenování. Během rozhovoru jsem nezaznamenala poruchy v porozumění.

Právě problémy v oblasti komunikace vyvolávaly u Ž2(A) největší emocionální obtíže - stavy úzkosti, deprese, apatii (viz odpovědi Ž2(A)-37, Ž2(A)-44, Ž2(A)-46, Ž2(A)-48). Jelikož pro Ž2(A) byly tyto stavy nesnesitelné, vyhledala odbornou lékařskou pomoc (viz odpovědi Ž2(A)-49, Ž2(A)-51).



Graf č. 22 - Sebehodnocení Ž2(A) (duševní obl.)

Graf č. 23 - Sebehodnocení M2 (duševní obl.)



Graf č. 24 - Neshoda páru č. 3 (duševní obl.)

Zhodnocení emocionální oblasti

Ekonomická oblast				
Aktivita	Pár č. 3			
	Ž 2 (A)	M 2	N	NT
zaměstnání	nehodnotí	1	0	0
léky	nehodnotí	1	0	0
lékařská péče	nehodnotí	2	0	0
logopedie	nehodnotí	2	2	2
rekondiční pobyt	nehodnotí	2	2	2
kompensační p.	nehodnotí	2	2	2
rehabilitace	nehodnotí	2	2	2

Vysvětlivky:

Ž 2 (A) - žena s afázií

M 2 - muž/partner

N - názor, hodnocení osoby s afázií z pohledu partnera

NT - názor, hodnocení aktivit (situace) z pohledu tazatele

Tab. č. 18 - Vyhodnocení páru č. 3 (ekonomická oblast)

Stejně jako u předchozích párů, byly otázky z oblasti ekonomické kladeny pouze partnerovi, v tomto případě tedy M2 (viz tab č. 18). Je zřejmé, že v této oblasti je jednoznačná závislost Ž2(A) na M2 (viz odpověď **M2-37**). Složitější ekonomická situace, vzniklá onemocněním Ž2(A), je v současné době velmi dobře zvládnutelná díky nadprůměrným příjmům z výdělečné činnosti M2. Ž2(A) byly přiznány mimořádné výhody II.stupně - ZTP. Má tedy podle Vyhlášky č. 182/1991 Sb., § 31 nárok na bezplatnou dopravu pravidelnými spoji MHD. Dále je jí podle zákona 155/1995 Sb. přiznán plný invalidní důchod.

Z výpovědi M2 (viz odpověď **M2-37**) je zjevné, že výdaje za léky a lékařskou péči jsou vyšší než v minulosti. Zároveň je ale patrné, že jejich ekonomická situace je natolik příznivá, že v současné době není z ekonomického pohledu omezen přístup ke všem oblíbeným aktivitám tohoto páru. Dopad nemoci Ž2(A) pocítil pár pouze v období, kdy M2 z důvodu ošetřování Ž2(A) nepracoval (viz odpověď **M2-29**).

Zhodnocení emocionální oblasti

Emocionální oblast				
Aktivita	Pár č. 3			
	Ž 2 (A)	M 2	N	NT
úzkost	1	1	1	1
nálady	1	1	1	1
deprese	1	0	1	1

Vysvětlivky:

Ž 2 (A) - žena s afázií

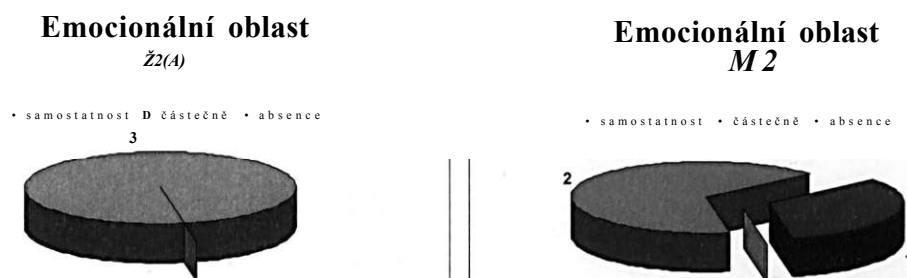
M 2 - muž/partner

N - názor, hodnocení osoby s afázií z pohledu partnera

NT - názor, hodnocení aktivit (situace) z pohledu tazatele

Tab. č. 19 - Vyhodnocení páru č. 3 (emocionální oblast)

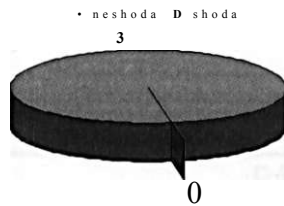
Jak se dá očekávat, onemocnění Ž2(A) zasáhlo do emocionální oblasti obou partnerů. Vzniklou situaci se Ž2(A) rozhodla řešit za pomoci odborníků (viz odpovědi Ž2(A)-49, M2(A)-51, M2(A)-53), M2 jí byl oporou (viz odpověď M2-26, M2-27). Samozřejmě se ukazuje, že i M2 nemoc Ž2(A) emocionálně zasáhla (viz odpovědi M2-26, M2-28).



Grafč. 25 - Sebehodnocení Ž2(A) (emocionální obl.) Grafč. 26 - Sebehodnocení M2 (emocionální obl.)

Emocionální oblast

názorová neshoda



Graf č. 27 - Neshoda páru č. 3 (emocionální obl.)

Zhodnocení sexuální oblasti

Sexuální oblast				
Aktivita	Pár č. 3			
	Ž 2 (A)	M 2	N	NT
apetence	nehodnotí	1	1	1

Vysvětlivky:

Ž 2 (A) - žena s afázií

M 2 - muž/partner

N - názor, hodnocení osoby s afázií z pohledu partnera

NT - názor, hodnocení aktivit (situace) z pohledu tazatele

Tab. č. 20 - Vyhodnocení páru č. 3 (sexuální oblast)

Neopomenutelnou součástí spokojeného partnerského života je i sexuální život. V souladu s odbornou literaturou (viz kap. 3.1.3), i tento pár měl po prodělané CMP Ž2(A) značné problémy v oblasti sexuální aktivity (viz odpověď **M2-34**). Postupně se situace alespoň částečně upravila (viz odpověď **M2-35**). Dá se předpokládat, že k poklesu sexuální apetence u Ž2(A) částečně dochází i vlivem medikace (užívání antidepressiv). Vzhledem k tomu, že po prodělané CMP Ž2(A) bylo M2 53 let, je možné, a určité odpovědi to i naznačují (viz odpovědi **M2-31**, **M2-32**, **M2-34**, **M2-35**), že u tohoto páru došlo po onemocnění Ž2(A) ze strany M2 k intimnímu sblížení s jinou ženou. Z videozáznamu byl u M2 patrný psychomotorický neklid, nervozita, vegetativní projevy (zčervenání, pocení).

5.5.4 Pár č. 4

Zhodnocení fyzické oblasti

Fyzická oblast				
Aktivita	Pár č. 4			
	M 2 (A)	Ž 2	N	NT
sebeobsluha	0	2	tli?	0
samostatnost	0	1	0	0
hygiena	0	2	0	0
pohybové aktivity	0	0	0	0
záliby/koníčky	0	0	0	0
dovolená	0	0	0	0
výlety/procházky	1	0	0	0
společná aktivita	1	1	0	1

Vysvětlivky:

M 2 (A) - muž s afázií

Ž 2 - muž/partner

N - názor, hodnocení osoby s afázií z pohledu partnera

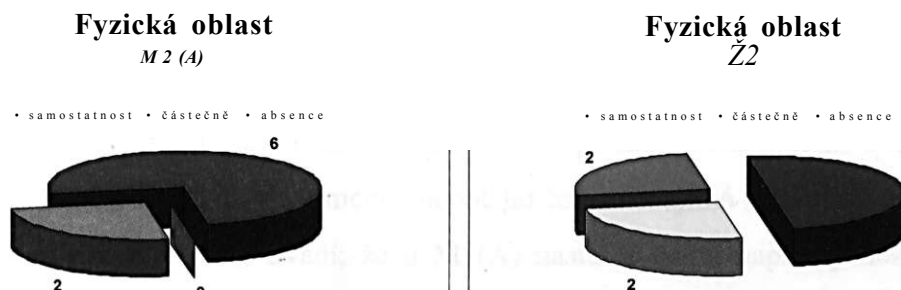
NT - názor, hodnocení aktivit (situace) z pohledu tazatele

Tab. č. 21 - Vyhodnocení páru č. 4 (fyzická oblast)

Vzhledem k předcházejícím párům je u M2(A) z páru č. 4 stupeň postižení mnohem rozsáhlejší a těžší. Téměř všechny aktivity ve fyzické oblasti u M2(A) absentují, nebo jsou zastoupeny jen zcela minimálně (viz tab. č. 21). Ž2 se domnívá, že se M2(A) všemu poddává, že je schopen větší fyzické aktivity v oblasti **sebeobsluhy**, než jakou předvádí (viz odpovědi **Z2-1**, **Z2-2**, **Z2-23**). M2(A) si naopak myslí, že něco zvládne (viz odpovědi **M2(A)-13**, **M2(A)-14**, **M2(A)-15**). Je třeba se zamyslet nad tím, jak velkou fyzickou námahu pro M2(A) představuje dostat se z lehu do sedu, kolik úkonů musí udělat, než se mu podaří obléknout atd. Je tedy žádoucí, aby bylo M2(A) pro jednotlivé úkony poskytnuto více času. Netrpělivost a podrážděnost **12** dle mého názoru nevede ke zlepšení situace.

Názorové neshody v oblasti fyzické lze spatřit v odpovědích, které se týkají **výletů/procházek**. Zatímco M2(A) má pocit, že na procházky chodí (viz odpovědi **M2(A)-23, M2(A)-24**), Ž2 tvrdí, že nikoliv (viz odpověď **Ž2-11**). Oba se shodují v tom, že M2(A) rád pobývá na zahradě. Nejde tedy o to, že nechce opustit dům. Co ho vede k tak odmítavému postoji, který k procházkám má. Není vyrovnán se svým stavem? Stydí se? Má strach z kontaktu s ostatními lidmi, bojí se lítosti, nepochopení či zvědavosti ostatních lidí?

Ž2 dále uvádí, že s M2(A) v současnosti nemají žádné společné aktivity (viz odpověď **Ž2-10**). Naopak M2(A) za společnou aktivitu považuje rozhovor (viz odpověď **M2(A)-25, M2(A)-26, M2(A)-27**). Zde se ukazuje, jak velkou úlohu má komunikační partner. Domnívám se, že právě komunikace je v současnosti největší společnou aktivitou tohoto páru.



Graf č. 28 - Sebehodnocení M2(A) (fyzická obl.)

Graf č. 29 - Sebehodnocení Ž2 (fyzická obl.)



Graf č. 30 - Neshoda páru č. 4 (fyzická obl.)

Zhodnocení duševní oblasti

Duševní oblast				
Aktivita	Pár č. 4			
	M 2 (A)	Ž 2	N	NT
četba/knihy	1	2	0	
četba/tisk	1	1	0	^
komunikace	1	2	1	1
přátelé	0	2	0	0
sousedí	2	2	2	2
kultura	0	0	0	0
televize	2	2	2	2
partnerství	2	2	2	2
rodina	1	2	2	2
spolupracovníci	0	0	0	0

Vysvětlivky:

M 2 (A) - muž s afázií

Ž 2 - muž/partner

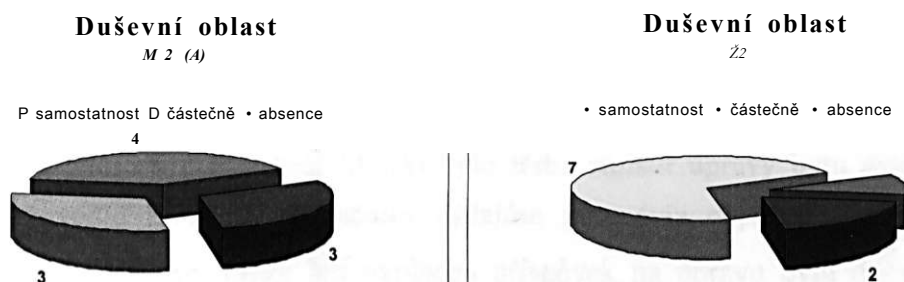
N - názor, hodnocení osoby s afázií z pohledu partnera

NT - názor, hodnocení aktivit (situace) z pohledu tazatele

Tab. č. 22 - Vyhodnocení páru č. 4 (duševní oblast)

V duševní oblasti se pár názorově rozchází pouze v oblasti čtení knih a tisku. M2(A) v rozhovoru uvedl, že čte méně, neboť ho četba nezajímá (viz odpovědi M2(A)-4, M2(A)-6, M2(A)-7). Ž2 uvádí, že u M2(A) nastal o četbu naprostý nezájem (viz odpovědi Z2-5, Z2-6, Z2-7). Jestliže výsledky odborného očního vyšetření byly negativní, co je důvodem nezájmu o čtení, když poslech četby je mu příjemný? Jelikož M2(A) nedochází do žádné logopedické ambulance (viz odpovědi M2(A)-37, Ž2-17), není vyloučené, že je u M2(A) přítomna porucha čtení, která není reedukována. Co je důvodem toho, že M2(A) přestal do ambulance docházet? Nebyl příčinou odmítnutí logopedické péče příliš velký nátlak Ž2 na M2(A)? Neprojevila se i v této oblasti netrpělivost Ž2, když terapie neprobíhala takovou rychlostí, jakou by si představovala? K této domněnce mě vede odpověď M2 (viz odpověď M2(A)-38).

Do okruhu otázek v duševní oblasti byla zařazena i komunikace. Vzhledem k přetrvávající expresivní afázii jsou patrné agramatismy, influence, fonemické parafázie, narušené opakování, narušené pojmenování. Během rozhovoru byly zaznamenány i poruchy porozumění.



Graf č. 31 - Sebehodnocení M2(A) (duševní obl.) Graf č. 32 - Sebehodnocení Ž2 (duševní obl.)



Graf č. 33 — Neshoda páru č. 4 (duševní obl.)

Zhodnocení ekonomické oblasti

Ekonomická oblast				
Aktivita	Pár č. 4			
	M 2 (A)	Ž 2	N	NT
zaměstnání	nehodnotí	2	2	2
léky	nehodnotí	2	0	0
lékařská péče	nehodnotí	1	0	0
logopedie	nehodnotí	2	2	2
rekondiční pobyt	nehodnotí	2	2	2
kompensační p.	nehodnotí	2	0	0
rehabilitace	nehodnotí	2	2	2

Vysvětlivky:

M 2 (A) - muž s afázií

Ž 2 - muž/partner

N - názor, hodnocení osoby s afázií z pohledu partnera

NT- názor, hodnocení aktivit (situace) z pohledu tazatele

Tab. č. 23 - Vyhodnocení páru č. 4 (ekonomická oblast)

Jak ukazuje tabulka (viz tab. č. 23), i u tohoto páru ekonomickou oblast hodnotí pouze partner, tedy Ž2. Je zřejmé, že u tohoto páru vznikla poměrně složitá ekonomická situace, neboť ani jeden z manželů není výdělečně činný, oba pobírají starobní důchod. Vzhledem k tělesnému postižení M2(A) bylo třeba zajistit úpravy bytu a vchodu do domu, což vedlo k velkým finančním výdajům páru (viz odpověď Ž2-30). Podle Vyhlášky 182/1991 Sb, může být vyplacen příspěvek na úpravu bytu do výše 70% prokázaných nákladů, nejvýše však 50 000 Kč. Na polohovací zařízení do postele byl dle Vyhlášky 182/1991 Sb. M2(A) poskytnut příspěvek v ve výši 100% celkových nákladů. Na vodní zvedák příspěvek 50%. M2(A) byly přiznány mimořádné výhody III. stupně - ZTP/P, z nichž využívá možnosti bezplatné přepravy pro sebe i manželku. Jelikož je M2 zcela závislý na Ž2, a nutno podotknout, že i zdravotní stav Ž2 je též zhoršený, není možné, aby vzniklou ekonomickou situaci řešila nějakým příjvým. I z tohoto důvodu není možné, aby bylo M2 zajištěno veškeré pohodlí, tj. pohyb M2 po celém domě (viz odpověď Z2-29). Náklady, spojené se zakoupením a instalací výtahu i v případě, že by byl poskytnut nějaký příspěvek, není schopen pár ze svých příjmů uhradit.

Zhodnocení emocionální oblasti

Emocionální oblast				
Aktivita	Pár č. 4			
	M 2 (A)	Ž 2	N	NT
úzkost	1	1	0	0
nálady	2	1	2	2
deprese	1	1	0	0

Vysvětlivky:

M 2 (A) - muž s afázií

Ž 2 - muž/partner

N - názor, hodnocení osoby s afázií z pohledu partnera

NT- názor, hodnocení aktivit (situace) z pohledu tazatele

Tab. č. 24 - Vyhodnocení páru č. 4 (emocionální oblast)

Analýza rozhovoru Ž2 ukázala, jak velké emocionální zátěži byla a stále je u tohoto páru vystavena „zdravá“ partnerka (viz odpovědi Ž2-1, Ž2-8, Ž2-17). U M2(A) byla diagnostikována úzkostná porucha. Během rozhovoru byly patrné projevy úzkosti, změny nálady, ale i známky depresivity (viz odpovědi M2(A)-32, M2(A)-33, M1(A)-

37, M2(A)-38, M2(A)-40). Během rozhovoru se Ž2 několikrát rozplakala. Domnívám se, že tak uvolnila napětí, které v ní bylo, měla možnost uvolnit průchod citům, což jí, jak mi později mimo kameru sdělila, pomohlo.



Graf č. 34 - Sebehodnocení M2(A) (emocionální obl.) Graf č. 35 - Sebehodnocení Ž2 (emocionální obl.)



Graf č. 36 - Neshoda páru č. 4 (emocionální obl.)

Zhodnocení sexuální oblasti

Sexuální oblast				
Aktivita	Pár č. 4			
	M 2 (A)	Ž 2	N	NT
apetence	nehodnotí	0	0	0

Vysvětlivky:

M 2 (A) - muž s afázií

Ž 2 - muž/partner

N - názor, hodnocení osoby s afázií z pohledu partnera

NT - názor, hodnocení aktivit (situace) z pohledu tazatele

Tab. č. 25 - Vyhodnocení páru č. 4 (sexuální oblast)

Na otázky v sexuální oblasti, stejně jako u všech předchozích párů, odpovídá pouze „zdravý“ partner. Vzhledem k vážným zdravotním problémům (viz kap. 5.2.4) a pokročilejšímu věku M2(A) se dá předpokládat, že skutečnosti, jak je prezentuje Ž2, zcela odpovídají skutečnosti (viz odpověď **Ž2-22**).

Diskuse

Záměrem této práce bylo představit dva úhly pohledu najeden problém, kterým je chronické stadium afázie. Průzkum byl realizován jako kvalitativní. Týkal se především klientů schopných a ochotných spolupracovat při rozhovoru. Podmínkou dále bylo, aby žili ve společné domácnosti se svými životními partnery, kteří se průzkumu též účastnili.

Za pozitivum práce považuji zařazení videonahrávky, ze které jsem získala mnoho cenných a kvalitních informací. Domnívám se, že u každého člověka s afázií, popř. i jeho partnera/partnerky by pravidelně, vždy s nějakým časovým odstupem, měly být právě videonahrávky pořizovány. Videozáznam, stejně jako audiozáznam, zachytí vyjadřování daného jedince. Nespornou výhodou videonahrávky však spatřuji především vtom, že umožňuje zachytit a mnohonásobně opakovat situace, které jsou pro vypracování následné analýzy velmi podstatné a pouze audionahrávkou je nelze zachytit a vyhodnotit.. Jde především o nonverbální způsob sdělení či vegetativní projevy. Právě srovnávání videonahrávek z různého období může vyvolat diskusi o tom, jakým směrem se terapie ubírá. Videonahrávka se tak stává cenným materiálem jak pro osoby s afázií a jejich rodinné příslušníky, tak pro odbornou veřejnost.

Vzorek respondentů byl velmi malý na to, aby bylo možno výsledky průzkumu nějakým způsobem zobecňovat. Přesto si dovolím alespoň výběrové zobecnění. Velmi pozitivně hodnotím, že zúčastnění, kteří mi poskytli rozhovor, byli ochotni odpovědět na všechny otázky, které jim byli kladeny. Velice si vážím všech párů, že z daného průzkumu neodstoupily a poskytly mi cenné informace. I když vzorek není naprosto běžný, signalizuje problémy, které se dotýkají značného množství jedinců s afázií a jejich rodinných příslušníků. U všech respondentů se bez ohledu na to, zda se jednalo o osoby s afázií či jejich životní partnery, vyskytly problémy ve všech sledovaných oblastech, tj. v oblasti fyzické, duševní, ekonomické, emocionální i sexuální.

Je tedy zřejmé, že afázie neznamena jenom ztrátu již nabyté schopnosti řeči, ale jako každé závažné onemocnění, proniká do všech oblastí života jedince, zasahuje osobnost celého člověka. Následky onemocnění se promítanou do každodenního života

celé rodiny, v mnoha případech představují i abnormální zátěž pro partnery, kteří jsou nuceni dočasně, v mnoha případech však trvale, opustit své dosavadní povolání, vzdávají se svých zálib, volnočasových aktivit a veškerou svoji energii a čas věnují partnerům s afázií.

Výsledky průzkumu by mohly být informací právě pro rodiny, které pečují o osoby v chronickém stadiu afázie. Z grafů, které jsou součástí příloh této diplomové práce (viz příloha č. 2) je jasně patrné, že všechny oslovené osoby s afázií mají tendence své aktivity v jednotlivých oblastech nadhodnocovat, více idealizovat. Pohled partnerů na osoby s afázií je o poznání racionální. Pro ucelenost informace jsem v jednotlivých oblastech připojila i své hodnocení, které je skutečně hodnocením pouze osob, které se průzkumu zúčastnily. V žádném případě je nelze zobecňovat.

Jak již jsem předeslala, afázie zasahuje celou osobnost člověka, což ostatně prokázala i analýza rozhovorů s danými respondenty. Je proto nesmírně důležité, aby v chronickém stadiu afázie nebyla soustředěna logopedická péče pouze na oblast řečové komunikační, ale přesahovala i do oblastí fyzické, psychosociální a emocionální. Logopedi by při každém rozhovoru s člověkem s afázií měli pochopitelně sledovat oblast komunikace a řeči. Zde musím opět vyzdvihnout přednosti videozáznamu, který mi pomohl odhalit skutečnost, že se právě osoby s afázií často snaží verbálně popisovat situace lépe, než ve skutečnosti jsou. Velká pozornost se tedy musí věnovat i nonverbálnímu způsobu sdělení. Každý logoped by si měl zároveň uvědomit, že je každého člověka s afázií nutno vnímat jako celistvou bytost a od této skutečnosti odvíjet celou terapii.

Velkým přínosem pro člověka s afázií a často i jejich rodinné příslušníky, kteří o něho pečují, by jistě bylo, pokud by se logoped specializoval i na další oblasti terapie (např. ergoterapie, fyzioterapie, muzikoterapie, arteterapie, psychoterapie). Jelikož tento model v praxi není obvyklý, je třeba stále bojovat za užší spolupráci logopeda a fyzioterapeuta (popř. jiných terapeutů) v tom smyslu, aby došlo ke skloubení a maximálnímu propojení jednotlivých terapií a tím i ke zkvalitnění péče o osoby s afázií a jejich rodiny.

Mezery v péči o osoby v chronickém stadiu afázie a jejich partnery spatřuji v nedostatečné či nevhodné nabídce aktivit, které jsou těmto osobám nabízeny. Kluby afatiků jsou bohužel zřizovány poměrně sporadicky, lze je nalézt především ve velkých městech. Právě tyto kluby přitom organizují nejrůznější volnočasové aktivity, které přirozeně stimulují komunikační dovednosti, napomáhají ke zvyšování aktivity jedinců s afázií. Nejrůznějšími programy napomáhají k zabránění sociální izolace a v neposlední řadě dokazují, že kvalitním reedukačním programem lze dosáhnout postupného zlepšování celkového zdravotního stavu jedince s afázií.

Otázkou zůstává, jaká volnočasová aktivita je nabízena osobám, které z nejrůznějších důvodů nemají možnost kluby či skupiny navštěvovat? Nepočítám-li, že jednou za rok někteří z nich absolvují rekondiční pobyt, kde jim je poskytnuta komplexní péče, nezbyvá, než smutně zkonstatovat, že všechny problémy, které jsou s chronickým stadiem onemocnění spjaty, jsou osoby s afázií a jejich partneři nuceni řešit převážně svépomocí, což se samozřejmě promítne do kvality života celé rodiny.

Závěr

Tato práce si kladla za cíl komplexně zmapovat problematiku afázie v její chronické fázi.

V rámci teoretické části byly podány podrobnější informace o problematice zdraví a nemoci. Zvláštní pozornost byla věnována především chronickým neurologickým onemocněním. V důsledku poškození nervové soustavy může docházet k poruchám hybnosti, citlivosti, vnímání, obratnosti, paměti, rozumových schopností, v neposlední řadě také řeči. Jednou z poruch, vznikajících nejčastěji následkem cévní mozkové příhody, je afázie. Stává se, že i přes intenzivní péči, která je nemocnému po prodělané cévní mozkové příhodě věnována, dojde k trvalému postižení. Nemoc, zejména pak chronická, přináší do našeho dosavadního stylu života různé, převážně trvalé změny, které již svou podstatou ovlivňují i kvalitu života. Důsledky chronického onemocnění se v různé míře promítnou do všech oblastí života jedince, téměř vždy i do života celé rodiny. Vzhledem k tomu, že na českém trhu stále chybí odborná literatura, která by se zabývala komplexním pohledem na člověka v chronickém stadiu afázie, bylo v této části práci čerpáno především ze zahraniční literatury.

Praktická část práce opět potvrzuje fakt, že každé onemocnění s sebou přináší pokles kvality života, projevující se jak ve fyzické, tak psychické, emocionální, sociální, ale i ekonomické oblasti. U osob s afázií dochází i k poklesu sexuální apatence. Zároveň je patrné snižování aktivit, je však třeba dodat, že nabídka, jak by člověk s afázií mohl smysluplně trávit svůj čas, je téměř nulová. Výjimkou jsou snad pouze velká města, především Praha, kde je dostupnost péče v porovnání s malými městy či vesnicemi nesrovnatelně lepší. Z toho se dá usuzovat, že se zvětší i šance na kvalitní komplexní péči.

Analýza průzkumu též ukázala, že postižení jednoznačně přesahuje z pacienta na partnera, proto by měla být odborná pomoc poskytována komplexně jak osobám s afázií, tak jejich partnerům. Jenom kvalitní spolupráce, na které se budou podílet osoby s afázií, jejich partneři či ostatní členové rodiny a tým odborníků, může vést k efektivní terapii.

Doufejme, že tato diplomová práce bude jednou z celé řady prací, které budou moci být využity jako zdroj informací pro všechny, kterých se problematika afázie v její chronické fázi dotýká.

Seznam použité literatury

1. AMBLER, Z. Amyotrofická laterální skleróza. *Neurologie pro praxi*, Břeszko: Solen, 2006, roč. 7, č. 1, s. 9-12. ISSN 1213-1814.
2. AVENT J, AUSTERMANN S: Reciprocal scaffolding, a context for communication treatment in aphasia. *Aphasiology* 2003, vol. 17, no. 4, p. 397-404. ISSN 0268-7038.
3. BALCAR, K. *Úvod do studia psychologie osobnosti*. Chrudim: MACH, 1991.bez ISBN.
4. BAUER, J Terapie a prevence cévních mozkových příhod. *Neurologie pro praxi*, 2001, roč. 2. č. 4, s. 166-167. ISSN 1213-1814.
5. BAŠTECKÁ, B. a kol. *Klinická psychologie v praxi*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-735-3.
6. BERAN, J. *Základy komunikace s nemocným*. Praha: Karolinum, 1997. ISBN 80-7184-390-3.
7. BINDER, L., M. Emotional Problems After Stroke. *Stroke*, 1984, vol. 15, no. 1, p. 174- 177. ISSN 0039 - 2499.
8. BLÁBOLOVÁ, A. *Kvalita života osob s Parkinsonovou nemocí se zaměřením na oblast řeči a komunikace-*. Diplomová práce. Praha : Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta, 2005.
9. CAROD, J., EDIGO, J., GONZÁLES, J., L., de SEIJAS, V. Poststroke Sexual Dysfunction and Quality of Life. *Stroke*, 1999, vol. 30, no. 2, p. 2238 - 2248. ISSN 0039-2499.
10. CRUICE M, WORRALL L, HICKSON L, MURISON R: Finding a focus for quality of life with aphasia, social and emotional health and psychological well-being. *Aphasiology*, 2003, vol. 17, no. 4, p. 333-353. .ISSN 0268-7038.
11. CSÉFALVAY, Z., KOŠTÁLOVÁ, M., KLIMEŠOVÁ, M. *Diagnostika a terapie afázie, alexie, agrafie*. Praha: AKL ČR, 2002.

12. CSÉFALVAY, Z. TRAUBNER, P. *Afaziológia pro klinickú prax*. Martin, Osvěta, 1996. ISBN 80-2170-377-6.
13. ČECHÁČKOVÁ, M. Získané organické poruchy řečové komunikace. In ŠKODOVÁ, JEDLIČKA a kol. *Klinická logopedie*. Praha: Portál, 2003. s. ISBN 80-7178-546-6.
14. DVORŽÁK, J. *Logopedický slovník*. 2. Upravené vydání. Žďár nad Sázavou : Logopedické centrum, 2001. ISBN 80-902536-2-8.
15. ERDMANN, S. Neue Ansätze in der Sprechtherapie bei der Parkinson'sehen Erkrankung. *Interdisziplinär*, 2002, Jg. 10, Ausg. 3, s. 180-185.
16. GOLDEMUND, D., TELECKA, S Kognitivní poruchy a deprese u pacientů s cévním onemocněním mozku. *Neurologie pro praxi*, 2006, č. 4, s. 185 - 188. ISSN 1213-1814.
17. GROHNFELDT, M. *Erscheinungsformen und Störungsbilder*. Bd.2, Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer, 2001. ISBN 3-17-016991-1.
18. HAMAD, A., SOKRAB, TO, MOMENI, S., MESRAOUA, B: Poststroke sexual function. *Stroke*, 1999. vol. 30, no. 10, pp. 715 - 719.
19. HARTL, P. *Psychologický slovník*. Praha: Budka, 1994. ISBN 80-901549-0-5.
20. HAŠKOVCOVÁ, H. *Rub života, líc smrti*. Praha: Orbis, 1975.
21. HAVLOVÁ, M.: Svalová onemocnění. In: Tichý, J. *Neurologie*. Praha: Karolinum, 1997. ISBN 80-7184-492-6.
22. HAVRDOVÁ, E., HORÁKOVÁ, D., KOLÁŘOVÁ, I., KRASULOVÁ, E. Kudy se bude ubírat léčba roztroušené sklerózy v budoucnu? *Časopis lékařů českých*. 2005, roč. 144, 4. 10, s. 663 - 665. ISSN 0008-73335.
23. HOLEKSOVÁ, T. *Ležící nemocný člověk v domácím prostředí*. Praha: Grada, 2002. ISBN 80-247-0212-6.
24. HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál,- 2005. ISBN 80-7367-040-2.
25. HEROUTOVÁ, M. Prožívání a sebereflexe afatiků. *Speciální pedagogika*, 2003, č.6, s. 113-124. ISSN1211-2720.

26. JANEČKOVÁ, H. Životní události a kvalita života In PAYNE, J. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, 2005. s. 451- 472. ISBN 80-7254-657-0.
27. JEDLIČKA, P., NEBUDOVÁ, J. *Neurologie*. Praha: Avicenum, 1989.
28. JESENSKÝ, J. *Andragogika a gerontagogika handicapovaných*. Praha. Karolinum, 2000. ISBN 80-7184-823-9.
29. JOBÁNKOVÁ, M. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. 2. přeprac. vyd. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2002. ISBN 80-7013-365-1.
30. JOHANNSEN- HORBACH, H, CRONE, M., WALLESch,CW. Group therapy for spouses of aphasia patients. *Seminářs in sérech and language*, 1999, vol. 20, no. 1, p. 73 - 82. ISSN 0734-0478.
31. KAL VACH, Z. Nejsem si jist. *Zdravotnické noviny*, 2002, Roč. 51- IV, č. 50, s. 20. ISSN 0044-1996.
32. KAPR, J, KOUKOLA, B. *Pacient: Revoluce v poskytování péče*. Praha: Sociologické nakladatelství, 1998. ISBN 80-85850-49-4.
33. KÁŠ, S. *Neurologie v běžné lékařské praxi*. Praha: Grada, 1997. ISBN 80-7169-339-1.
34. KAPR, J., MULLER, Č. *Kniha o nemoci*. Praha: Avicenum, 1986.
35. KEBZA, V. *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia, 2005. ISBN 80-200-1307-5.
36. KINSELLA, GJ, DUFFY, FD Psychosocial readjustment in the spouses of aphasia patients. A komparative Study of 79 subjects. *Scandinavian Journals of Medicine* 1979, vol.11, no 3, p. 129- 132.
37. KLENKOVÁ, J. *Logopedie*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. ISBN 80-247-1110-9.
38. KONDÁŠ, O., LIČKO, L. *Psychologie při ošetřování chorých*. Martin: Osvěta, 2.vydanie, 1978.
39. KOVÁČ, D. Kvalita života - naliehavá výzva pre vedu nového storočia. *Čs. psychologie*, roč. 45, č. 1, 2001, s. 34-14. ISSN 0009-062X.

40. KOUKOLÍK, F. *O vztahu lidského mozku a jeho chování*. Praha: Karolinum, 1995.
41. KOŠŤÁLOVÁ, M. Poruchy rozumění řeči u pacientů s afázií. *Logopedica IV*, Bratislava: LIEČREH GÚTH, 2001, s. 124- 128. ISBN: 80-88932-07-6.
42. KRIPKE, DF, GARFINKEL, L., WINGARD,DL. et al. Mortality associated with sleepduration and insomnia *Arch Gen Psychiatry*, 2002, 99: p. 131 - 136, ISSN 0003-990X.
43. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologická rehabilitace zdravotně postižených*. Praha: Avicenum, 1985.
44. KŘIVOHLAVÝ, J. *Vážně nemocný mezi námi*. Praha: Avicenum, 1989
45. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-551-2.
46. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002. ISBN 80-247-0179-0.
47. KULIŠŤÁK, P. *Neuropsychologie*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-554-7.
48. LIBIGEROVÁ, E.; MULLEROVÁ, H. Posuzování kvality života v medicíně. *Čs. psychiatrie*, 2001, roč. 97, č. 4, s. 183-186. ISSN 1212-0383.
49. MAREK, J., KALVACH, Z., SUCHARDA, P. a kol. *Propedeutika klinické medicíny*. Praha: Triton, 2001. ISBN 80-7254-174-9.
50. MAŘÁK, R., POHANKA, M., HERZIG, R., KAŇOVSKÝ, P. Sexuální dysfunkce a pacienti s neurologickým onemocněním. *Neurologie pro praxi*, 2007,č. 4, s. 240-242. ISSN 1213-1814.
51. MIMROVÁ, M. Afázie jako logopedický fonomén. In KULIŠŤÁK a kol. *Afázie*. Praha: TRITON, 1997. ISBN 80-85875-38-1.
52. NEBUDOVÁ, J. Cévní mozkové příhody. In KULIŠŤÁK a kol.. *Afázie*. Praha: TRITON, 1997. ISBN 80-85875-38-1.
53. NEČAS, E. a kol. *Obecná patologická fyziologie*. Praha: Karolinum, 2005, 377 s. ISBN 80-246-0051-X.

54. NEUBAUER, K. Poruchy řečové komunikace - diagnostika a terapie. In: PREISS, M. a kol.: *Klinická neuropsychologie*. Praha: Grada, 1997. ISBN: 80-7169-443-6.
55. NEUBAUER, K. *Poruchy řečové komunikace u dospělých osob*. Praha: AKL, 1997.
56. NEUBAUER, K. *Neurogenní poruchy komunikace u dospělých*. Praha: Portál, 2007. ISBN 80-7367-159-X.
57. NEVŠÍMALOVÁ, S. Vztah spánku a jeho poruch ke kvalitě života. *Neurologie pro praxi*. 2006, č. 2, s. 94 - 98. ISSN 1213-1814.
58. NOVÁK, A. *Foniatric*. Praha: SPN, 1989. ISBN: 80-7066-071-6.
59. PAYNE, J. a kol. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, 2005. ISBN 80-7254-657-0.
60. PETR, P. *Kvalita života v balneologii*. České Budějovice : Inpress, 2004. ISBN 80-903427-1-X.
61. PEUTELSCHMEIDOVÁ, A., VITÁSKOVÁ, K. *Logopedie*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. ISBN 80-244-1088-5.
62. PREISS, M a kol. *Klinická neuropsychologie*. Praha: Grada, 1998. ISBN 80-7169-443-6.
63. PTÁČKOVÁ, A. Srovnání kvality života před a jeden rok po transplantaci jater. *Čs. psychologie*, 1999, roč. 43, č. 4, s. 338-343. ISSN 0009-062X.
64. ROTH, J., SEKYROVÁ, M., RŮŽIČKA, E.: *Parkinsonova nemoc*. Praha: Maxdorf, 2005. ISBN 80-7345-044-5.
65. RŮŽIČKA, E.; ROTH, J.; KAŇOVSKÝ, P. a kol. *Extrapyramidová onemocnění I: Parkinsonova nemoc a parkinsonské syndromy*. Praha : Galén, 2000. ISBN 80-7262-048-7.
66. SALAJKA, F. Hodnocení kvality života nemocných s bronchiální obstrukcí. *Praktický lékař*, 1997, roč. 77, č. 3, s.154-155. ISSN 0032-6739.

67. SANTOS, ME, FARAJOTA, ML, CASTRO-CALDAS, A., de SOUSA, L.
Problems of patients with aphasia: different perspectives of husbands and wives?
Brain Injury, 1999, vol.13, no.1, p. 23-29. ISSN 0269-9052.
68. SEIDL, Z., OBENSBERGER, J. *Neurologie pro studium a praxi*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0623-7.
69. SLÁMA, O. Kvalita života onkologicky nemocných. In PAYNE, J. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, 2005. ISBN 80-7254-657-0.
70. STUART-HAMILTON, I. *Psychologie stárnutí*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-274-2.
71. SLAVÍK, J. Má se pacientovi říci pravda? *Praktický lékař*, 1967, roč. 47, č. 1, s. 389.
72. SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. Praha: ECCE HOMO, 2003. 5.doplněné vydání, ISBN 80-902049-4-5.
73. ŠECLOVÁ, S. *Rehabilitace po cévní mozkové příhodě*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0592-3.
74. ŠKODOVÁ, E.; JEDLIČKA, I. a kol. *Klinická logopedie*. Praha : Portál, 2003. ISBN 80-7178-546-6.
75. TOPINKOVÁ, E. Inkontinentní pacient se může cítit vyřazen ze společnosti. *Zdravotnické noviny*, 2002 a, č. 7, In Příloha zdravotně sociální péče VIII - X. ISSN 1214-7664.
76. TOPINKOVÁ, E. Sociální a ekonomické dopady močové inkontinence. *Lékařské noviny*, 2002 b, č. 14, s. 18 - 22.
77. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80- ISBN 80-7178-214-9.
78. VESTENICKÁ, V. Cévně mozgové příhody. *Neurologie pro praxi*, 2003, č. 6, s 294-298. ISSN 1213-1814.
79. VITÁSKOVÁ, K, PEUTELSCHMIEDOVÁ, A. *Logopedie*. Olomouc: UP Olomouc, 2005. ISBN 80-244-1088-5.

80. VODEHNALOVÁ, Z. *Využití skupiny v terapii afázie*: Diplomová práce. Praha : Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta, 2003.
81. VOKURKA, M., HUGO, J. *Praktický slovník medicíny*. Praha: Maxdorf, 2007, 8. rozšířené vydání, ISBN 978-80-7345-123-3.
82. VONDRA, V., REISOVA, M. *Kvalita života nemocných bronchiálním astmatem, alergickými rýmami a chronickou bronchitidou*. Praha: Iga MZ ČR, 1998. bez ISBN
83. VURM, V. a kol. *Kvalita života u chronických onemocnění ve světle novějších modelů zdraví a nemoci. Kontakt*. České Budějovice: Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity, 2003, roč. 5, č. 1, s. 19 - 24. ISSN 1212-4117.
84. VYMAZAL, J. *Základy obecné neurologie*, Praha: Avicenum, 1975.
85. VYMĚTAL, J. *Lékařská psychologie*. Praha : Portál, 2003. ISBN 7178-740-X.
86. WHOQOL Group. *Introduction, administration, scoring and generic version of the assesment*. Geneva : WHO, 1996.
87. WHOQOL Group. *Measuring Quality ofLife*. Geneva : WHO, 1997.

Seznam grafů

Grafč. 1 -- Sebehodnocení M1 (A) (fyzická obl.)	str. 74
Grafč. 2-- Sebehodnocení Z1 (fyzická obl.)	str. 74
Grafč. 3-- Neshoda páru č. 1 (fyzická obl.)	str. 74
Grafč. 4-- Sebehodnocení M1 (A) (duševní obl.)	str. 76
Grafč. 5 -- Sebehodnocení Ž1 (duševní obl.)	str. 76
Grafč. 6 -- Neshoda páru č. 1 (duševní obl.)	str. 76
Grafč. 7 -- Sebehodnocení M1 (A) (emocionální obl.)	str. 79
Grafč. 8-- Sebehodnocení Ž1 (emocionální obl.)	str. 79
Grafč. 9-- Neshoda páru č. 1 (emocionální obl.)	str. 79
Grafč. 10 - Sebehodnocení Ž1(A) (fyzická obl.)	str. 82
Grafč. 11 - Sebehodnocení M1 (fyzická obl.)	str. 82
Grafč. 12 - Neshoda páru č. 2 (fyzická obl.)	str. 82
Grafč. 13 - Sebehodnocení Ž1(A) (duševní obl.)	str. 84
Grafč. 14 - Sebehodnocení M 1 (duševní obl.)	str. 84
Grafč. 15 - Neshoda páru č. 2 (duševní obl.)	str. 84
Grafč. 16 - Sebehodnocení Ž 1(A) (emocionální obl.)	str. 87
Grafč. 17 - Sebehodnocení M 1 (emocionální obl.)	str. 87
Grafč. 18 - Neshoda páru č. 2 (emocionální obl.)	str. 87
Grafč. 19 - Sebehodnocení Ž2(A) (fyzická obl.)	str. 90
Grafč. 20 - Sebehodnocení M2 (fyzická obl.)	str. 90
Grafč. 21 - Neshoda páru č. 3 (fyzická obl.)	str. 90
Grafč. 22 - Sebehodnocení Ž2(A) (duševní obl.)	str. 93
Grafč. 23 - Sebehodnocení M2 (duševní obl.)	str. 93
Grafč. 24-- Neshoda páru č. 3 (duševní obl.)	str. 93
Grafč. 25-- Sebehodnocení Ž2(A) (emocionální obl.)	str. 95
Grafč. 26 -- Sebehodnocení M2 (emocionální obl.)	str. 95
Grafč. 27-- Neshoda páru č. 3 (emocionální obl.)	str. 96
Grafč. 28-- Sebehodnocení M2(A) (fyzická obl.)	str. 98
Grafč. 29-- Sebehodnocení Ž2 (fyzická obl.)	str. 98
Grafč. 30-- Neshoda páru č. 4 (fyzická obl.)	str. 98
Grafč. 31 -- Sebehodnocení M2(A) (duševní obl.)	str. 100
Grafč. 32-- Sebehodnocení Ž2 (duševní obl.)	str. 100

Seznam tabulek

Tabulka č. 1 - Sociální a zdravotní služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče	str. 23
Tabulka č. 2 - Sociální služby (viz Zákon 108/2006 Sb. o sociálních službách)	str. 24
Tabulka č. 3 - Bostonská kvalifikace afázií	str. 43
Tabulka č. 4 - Psychologické a sociální důsledky inkontinence	str. 56
Tabulka č. 5 - Harmonogram zpracování diplomové práce	str. 69
Tabulka č. 6 - Vyhodnocení páru č. 1 (fyzická oblast)	str. 73
Tabulka č. 7 - Vyhodnocení páru č. 1 (duševní oblast)	str. 75
Tabulka č. 8 - Vyhodnocení páru č. 1 (ekonomická oblast)	str. 77
Tabulka č. 9 - Vyhodnocení páru č. 1 (emocionální oblast)	str. 78
Tabulka č. 10 - Vyhodnocení páru č. 1 (sexuální oblast)	str. 79
Tabulka č. 11 - Vyhodnocení páru č. 2 (fyzická oblast)	str. 80
Tabulka č. 12 - Vyhodnocení páru č. 2 (duševní oblast)	str. 83
Tabulka č. 13 - Vyhodnocení páru č. 2 (ekonomická oblast)	str. 85
Tabulka č. 14 - Vyhodnocení páru č. 2 (emocionální oblast)	str. 86
Tabulka č. 15 - Vyhodnocení páru č. 2 (sexuální oblast)	str. 88
Tabulka č. 16 - Vyhodnocení páru č. 3 (fyzická oblast)	str. 89
Tabulka č. 17 - Vyhodnocení páru č. 3 (duševní oblast)	str. 91
Tabulka č. 18 - Vyhodnocení páru č. 3 (ekonomická oblast)	str. 94
Tabulka č. 19 - Vyhodnocení páru č. 3 (emocionální oblast)	str. 95
Tabulka č. 20 - Vyhodnocení páru č. 3 (sexuální oblast)	str. 96
Tabulka č. 21 - Vyhodnocení páru č. 4 (fyzická oblast)	str. 97
Tabulka č. 22 - Vyhodnocení páru č. 4 (duševní oblast)	str. 99
Tabulka č. 23 - Vyhodnocení páru č. 4 (ekonomická oblast)	str. 100
Tabulka č. 24 - Vyhodnocení páru č. 4 (emocionální oblast)	str. 101
Tabulka č. 25 - Vyhodnocení páru č. 4 (sexuální oblast)	str. 103
Tabulka č. 26 - Přehled výsledků hodnocení	str. 122

Graf č. 33 - Neshoda páru č. 4 (duševní obl.)	str. 100
Graf č. 34 - Sebehodnocení M2(A) (emocionální obl.)	str. 102
Graf č. 35 - Sebehodnocení Ž2 (emocionální obl.)	str. 102
Graf č. 36 - Neshoda páru č. 4 (emocionální obl.)	str. 102
Graf č. 37 - Hodnocení páru č. 1	str. 123
Graf č. 38 - Hodnocení páru č. 2	str. 123
Graf č. 39 - Hodnocení páru č. 3	str. 124
Graf č. 40 - Hodnocení páru č. 4	str. 124

Seznam obrázků

Obrázek č. 1 - Schéma průběhu akutního onemocnění	str. 18
Obrázek č. 2 - Schéma onemocnění s přechodem do fáze chronicity	str. 19
Obrázek č. 3 - Schéma onemocnění s remisemi, relapsy a postupným přechodem do chronicity	str. 20
Obrázek č. 4 - Schematické znázornění zevních a vnitřních vlivů, stresové reakce a možných zdravotních důsledků	str. 53
Obrázek č. 5 - Dopad chronické nemoci na partnera	str. 60
Obrázek č. 6 - Postupná společná sociální izolace	str. 62

Seznam příloh

Příloha č. 1 - Přehled výsledků hodnocení	str.122
Příloha č. 2 - Hodnocení jednotlivých párů	str. 123
Příloha č. 3 - Přepis nahraných rozhovorů	str. 125

Aktivita	PÍT é. 1				Píř. 2				Párč.3				Pár č. 4				
	M1CA)	í1	N	NT	Z1tA)	M 1	N	NT	Z 2 CA)	M2	N	NT	M 2 (AI	Ž2	N	NT	
fyzická obliri																	
soběstačnost	2	2			2	2	2		2	2	2	2	0	2	1	0	
samostatnost	2	2			2	2	1		1	2	1	1	0	1	0	0	
hygiena	2	2			2	2	2		2	2	2	2	0	2	0	0	
Dohybové akt'vty	2	2			2	0	1		1	1	1	1	0	0	0	0	
záby/ koničky	2	2			0	1	1		1	1	1	1	0	0	0	0	
dovotena	2	2			0	0	0	0	2	2	2	1	0	0	0	0	
výlety / procházky	2	1			1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	
společná aktivita	1	1			1	1	1	1	2	2	2		1	1	0	1	
duševní oblnt																	
četba / knihy	2	2	2	2	2	2	2	5	2	2	2	2	1	2	0	0	
četba/tisk	2	2	2	2	1	2	1		2	2	2	2	1	1	0	0	
komunikace	2	2	1	1	1	2	1	1	1	2	1	1	1	2	1	1	
přátelé	2	2	2	2	2	1	2	2	1	1	1	1	0	2	0	0	
sousedí	2	2	1	0	2	2	2	j	2	1	1		2	2	2	2	
kultura	2	2	1	1	2	0	1	0	1	2	1		0	0	0	0	
televize	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
partnerství	2	2	2	2	2	2	2		2	2	2	n	2	2	2	2	
rodina	2	2	2	2	1	2	2		1	1	1	1	1	2			
spolupracovníci	1	2	1	1	0	0	0		1	2	1	1	0	0	0	0	
HmnorrvcWá stala*																	
zaměstnání	nehodnotí	2	0	0	nehodnotí	2	2	2	nehodnotí	1	0	0	nehodnotí	2	2	2	
léky	nehodnotí	1	2	2	nehodnotí	2	0	0	nehodnotí	1	0	0	nehodnotí	2	0	0	
lékařská péče	nehodnotí	1	2	2	nehodnotí	2	0	0	nehodnotí	2	0	0	nehodnotí	1	0	0	
logopedie	nehodnotí	2	2	2	nehodnotí	2	0	0	nehodnotí	2	2	2	nehodnotí	2	2	2	
rekondiční pobtf	nehodnotí	2	2	2	nehodnotí	2	2	2	nehodnotí	2	2	2	nehodnotí	2	2	2	
kompensační p.	nehodnotí	2	2	2	nehodnotí	2	2	2	nehochotí	2	2	2	nehodnotí	2	0	0	
rehabilitace	nehodnotí	2	2	2	nehodnotí	2	1	1	nehottmtí	2	2	2	nehodnotí	2	2	2	
tnncwnálnr oblnt																	
úzkost	2	1	1	1	1	1	0		1	1	1	1	1	1	n p l H K i •	«	
nálady	2	1	1	1	1	0	0		1	1	1	1	2	1	2		
deprese	2	2	1	1	0	1	0	0	1	0	1	1	1	1	0	0	
m i i l n ablarf.																	
apetence	nehodnotí	2	I	2	I	1			nehodnotí	o	I	0	I	1			
									nehodnotí	1	1	1	nehodnotí	o	0	1	0

Vysvětlivky:

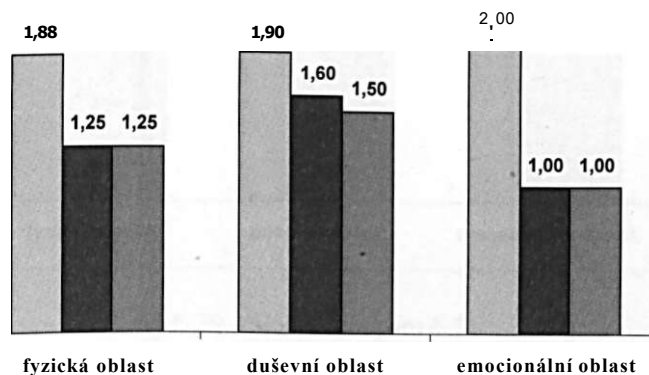
- 2 - dopad onemocnění na danou aktivitu nulový, případně minimální
- 1 - dopad onemocnění na danou aktivitu částečný
- 0 - dopad onemocnění na danou aktivitu výrazný

Tab. č. 26 - Přehled výsledků hodnocení

Příloha č. 2 - Hodnocení jednotlivých párů

Porovnání hodnocení - pár č. 1

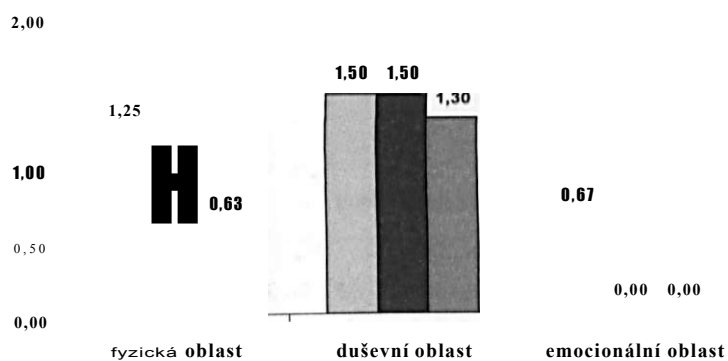
• Sebehodnocení M1 (A) • Názor partnerky Ž1 • Názor tazatelky



Graf č. 37 - Hodnocení páru č. 1

Porovnání hodnocení - pár č. 2

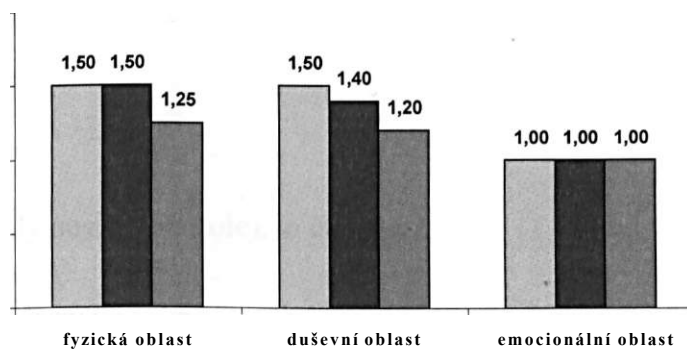
• Sebehodnocení ŽI(A) • Názor partnera M1 • Názor tazatelky



Graf č. 38 - Hodnocení páru č. 2

Porovnání hodnocení - pár č. 3

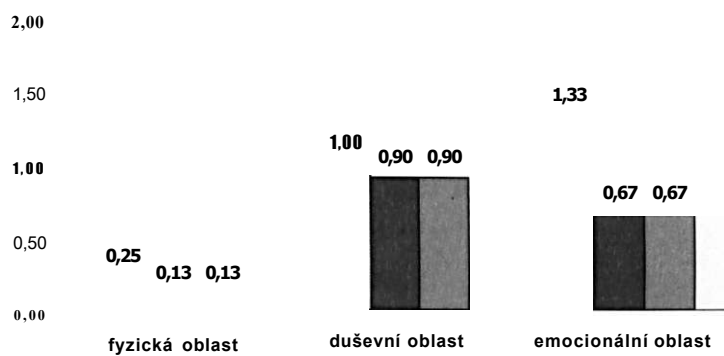
• Sebehodnocení Ž2(A) • Náзор partnera M2 • Náзор tazatelky



Graf e. 39 - Hodnocení páru č. 3

Porovnání hodnocení - pár č. 4

• Sebehodnocení M2(A) • Náзор partnerky Ž2 • Náзор tazatelky



Graf č. 40 - Hodnocení páru č. 4

Příloha č. 3 - Přepis nahraných rozhovorů

Pár číslo 1

Muž 1 s afázií

T Máte tady noviny(na stole), to čtete vy?

MI(A)-1 Hm.

T Čtete je často?

MI(A)-2 Hmmm, každéj den. Ráno vstanu, hmm, umeju se, oblíknu se, nasnídáme se s manželkou. No pak se no hmmm a jdu pro noviny. Manželka de kus se mnou, pak de do práce. No, já koupím noviny, to už je jako zaběhnutý, to dělám fakt jako pořád, no, pravidelně.

T Co vás v novinách zajímá?"

MI(A)-3 Prolistuju to celý, no ale hlavně sport, já totiž celej život hrál hokej, teď ho hraje i syn, ale, ale fandím. Já chodím fandit. Snažím se taky trochu eště hrát, ale moc to nejde. Chodím s těma (pauza) no jak to říct, s těma pardálama starejma, co sem hrál, ale pořád jim to šlape. Mně ta ruka, no jak se to řekne, hmmm neposlouchá, ale kluci mě berou mezi sebe v pohodě, žádněj problém.

T Hrajete s nimi pravidelně?"

MI(A)-4 Jo ale ne ne jako úplně celou dobu (smích). Ale hraju s nima pokaždý, to jo.

T Koho to napadlo, že zkusíte po onemocnění zase hrát?

MI(A)-5 No to byla ze začátku sranda, oni mě jako to hmm vy nóóóó honem hmmm vyhecovali, abych to zkusil.

T Takže to napadlo kamarády z hokeje?

MI(A)-6 No jo (smích).

T Byl jste rád?

MI(A)-7 Byl, to byl ten no sen, zase držet chtěl hokejku, ale nechtěl jsem to říkat.

T Proč?

MI(A)-8 Ani nevím.

T Měl jste trochu obavy co vám řeknou?

MI(A)-9 Trochu velký obavy, já tam s tou hokejkou plácal...(pauza), nebylo to vono, no.

T Myslíte si, že se vám musí ostatní hráči teď nějak přizpůsobovat?

MI(A)-10 Vo tom asi nák nepřemejšším, ta přihrávka, to hmmm to není vono. Už sem jako to hmmm starej, to jako tak nemůžu rychle. Ale hraju, tak co (smích).

- T Jste dobrá parta?
- M1(A)-11** **My máme už dlouho takovou partu, jezdíme společně na dovolenou, no hmmm, to jsou právě chlapi z hokeje s rodinami. Taky každé měsíce zajdeme aspoň jednou do hospůdky na pivo.**
- T Hm, to je moc dobře, že máte takové kamarády.
- M1(A)-12** **To jo, to je paráda.**
- T A když jste onemocněl a byl v nemocnici, chodili za vámi? (hospitalizace 3 měsíce)
- M1(A)-13** **No jéje, tam byl pořád někdo, hmmm, ale tam moc sranda nebyla. Nemoh jsem vůbec mluvit, nemoh (pauza) to bylo neveselý (smutně, zamyšleně). Ale co, už je to pryč. Teď někdy nevím, nemůžu si vzpomenout na nějaký slovo, ale nikomu vokolo to nevadí.**
- T A Vám to vadí?
- M1(A)-14** **Ne, ani ne, to je život. Buďme rádi, že je to takové a ne horší. Mě hokej naučil, že se musím se vším prát, ne brečet v hmmm tom jak říká se v tom koutě. Manželka říká, hmmm zase ta hlava, co?**
- T Když si nemůžete vzpomenout?
- M1(A)-15** **Hmm, my se tomu spolu někdy smějeme, snaží se mi napovědět, nebo to hmm, no a je to tady, jak se to řekne...**
- T Se snaží zjistit, co chcete říct?
- M1(A)-16** **Jo, jo, to je ono. Ona mi moc pomohla (zamyšlení, pauza), moc.**
- T Můžete mi říct v čem vám pomohla?
- M1(A)-17** **Ve všem, nebylo to lehký. Učila mě všechno, nic já neuměl (pauza), oblíknout se, najíst, umejt, vykoupat, nic, nic, i číst a psát já nemoh, neuměl.**
- T Teď už to všechno zvládáte?
- M1(A)-18** **Teď už jo, musel jsem makat, jsem zvyklej. No hmmm a manželka mi taky nic neodpustila.**
- T Nic?
- M1(A)-19** **Ne, nic. Vona taky sportuje, bere to tak, no, že se s tím musíme poprat. My jsme se seznámili na hokeji, byla nám fandit a už to bylo. Ve dvaceti jsem se oženil a jsme spolu pořád, to kolik hmmm hmmm 38 roků.**
- T Tak to byla skutečně ta pravá láska, že.
- M1(A)-20** **Určitě, neměnil bych.**
- T A řekl jste jí to někdy?
- M1(A)-21** **Hmm, právě když mi bylo ouvej. Je to prostě moje největší výhra. Taky syn a ta jak se jí říká (pauza)**
- T Snacha?
- M1(A)-22** **Snacha, jasně, tak ty mi taky moc pomohli, mám je rád.**
- T Tak to vám moc přeju ať to tak je napořád.
- M1(A)-23** **Děkuju, to víte, taky se někdy hádáme, ale na manželku se můžu spolehnout, všechno jí říct a tak.**

- T Můžete se jí taky se vším svěřit?
- MI(A)-24** Já řeším všechno s ní a ona se mnou snad taky (smích). Taky mám kamaráda Tondu, to je jako můj brácha, tomu taky můžu říct všechno. Kamarádím s ním od malička, bezva chlap. Manželka má taky jednu velkou kamarádku, se kterou řeší všechno. Hlavně spolu chodí nakupovat hadry, do divadla a tak.
- T A vy s manželkou do divadla nechodíte?
- MI(A)-25** Ale jo, ale nebaví mě to.
- T A dřív jste chodil víc?
- MI(A)-26** Ne , to ne. To hmmm jsem hodně sportoval. Ani, ani do kina. To chodila víc s Janou.
- T To je ta kamarádka?
- MI(A)-27** Hm, jo. Já na to ňák nejsem.
- T A chodili jste spolu třeba na zábavu, tancovat?
- MI(A)-28** To jo, na čaje jsme chodili, na plesy jsme taky zašli. Jinak nikam. Jo a na ples chodíme pořád, s tou naší partou, tam mě manželka vytáhne.
- T Máte s manželkou ještě jiné společné zájmy?
- MI(A)-29** No, já měl vždycky ten hokej a manželka se chodila dívat, fandit. Nic jinýho jsem moc nestíhal. Ted' chodíme fandit synovi.
- T Toho jste vodil na tréninky?
- MI(A)-30** No jasně, to bylo naše.
- T Říkal jste, že manželka taky sportuje.
- MI(A)-31** Taky, hraje volejbal a tenis.
- T To vás nelákalo?
- MI(A)-32** Ale jo, mě baví každý sport, nejvíc hokej. Dřív jsem chodil na tenis s ní, občas jsme si zahráli, ted' ne (pauza). Ale smutnej z toho nejsem, pořád mám ten můj hokej.
- T A když si jdete zahrát, chodí vás manželka povzbuzovat?
- MI(A)-33** Ted' už moc ne, to už hrajeme s chlapama jen pro zábavu. S manželkou chodíme plavat do bazénu, taky chodíme na hmmm do lesa, hmmm jako ven hmmm jak to mám říct hmmm na výlet, to chodíme.
- T Jak často?
- MI(A)-34** Každý tejdén. Někdy mi napíšu tu tu hm, no rehabilitaci, to ale ne moc. Taky máme ted' jiný starosti, máme malou vnučku Aničku, je jí počkejte, je jí šest měsíců (ukazuje mi fotografii vnučky).
- T Tak to moc gratuluju, je krásná.
- MI(A)-35** Děkuju, to je naše štěstíčko. Chodíme za ní, vozíme s manželkou kočárek.
- T A vidáte Aničku často?
- MI(A)-36** My se vidíme tak dvakrát za týden, někdy víc. Třeba se seberu a jedu za nima domů.
- T A kde bydlí?
- MI(A)-37** Na Smíchově.

- T Hm. A čím za mladými jezdíte?
- MI(A)-38 Metrem nebo tramvají. Teď už autem nejezdím, nemůžu.**
- T Vadí vám to?
- MI(A)-39 To jo, trochu, když jsem byl zdravěj, tak jsem jezdil všude autem.**
- T Proč? Městskou dopravou je to rychlejší, nebo ne?
- MI(A)-40 To jo, byl jsem pohodlnej, taky unaveněj z hokeje, z práce.**
- T Hm. A teď nepracujete?
- MI(A)-41 Ne, už ne. Už jsem dva roky v invalidce. Já jsem dělal taky nóó někdy hmmm u mašiny, docela jsem se nóóó honem nóóó nadřel a s tou rukou by to nešlo.**
- T A vídáte se se spolupracovníky?
- MI(A)-42 Tak někdy za nima zajdu, občas přijdou k nám domů.**
- T Pravidelně se nevídáte?
- MI(A)-43 To ne, kdy taky. Času je málo.**
- T Hm, to chápu. A co přes den nejčastěji děláte, když nechodíte do práce?
- MI(A)-44 Ráno jdu pro noviny, domů, přečtu si v klidu ty noviny. No, pak musím trochu poklidit, to mám jak se to říká nóóó nakázaný od manželky (smích).**
- T A co tak poklízíte?
- MI(A)-45 No moc to ne to, nóóó nepřeháním. Ustelu postele, to mám na dlouho, dám nádobí do myčky, vynesu koš, někdy luxuju. To je všechno. Někdy jdu nakupovat.**
- T Hm a jak zvládáte bez auta nákupy?
- MI(A)-46 To je jednoduchý. Malej nákup zvládnou sám na sídlišti v samošce. Velkej nákup zvládnou s manželkou. Jedeme autem, manželka řídí, nakoupíme a je to.**
- T Ještě se vrátím k tomu, co děláte přes den. Když poklidíte, nakoupíte, co děláte potom?
- MI(A)-47 Pak si to, nóóó udělám oběd.**
- T Vy vaříte?
- MI(A)-48 Ne, jen někdy jako hmmm trochu kuchtím, no jako vařím,(smích) vohřeju oběd, po obědě si lehnu, pak jdu naproti manželce. No potom jdu za klukama na hokej nebo jdeme za vnučkou.**
- T A co děláte večer?
- MI(A)-49 Buď jsem na hokeji nebo koukáme na televizi, čtu nějakou detektivku, jdeme ke známým. Různě.**
- T A jaké máte vztahy se sousedy?
- MI(A)-50 Nemáme s nima hmmm ty honem problémy.**
- T A navštěvujete se s některými sousedy?
- MI(A)-51 Ale jo, jo. Ale máme všichni co dělat.**
- T A dřív jste se taky stýkali?
- MI(A)-52 To, hmmm to taky.**

- T A teď se vidíte víc nebo míň,
M1(A)-53 Hmmmmm, to, to je asi stejný asi no. Cho chodí taky pořád někam, hmmm a taky mají to mimino, taky, my taky máme Aničku
- T Jim se narodilo miminko?
M1(A)-54 Jejich holce.
- T Hm. A pomáháte si nějak mezi sebou?
M1(A)-55 To jó, to si asi myslím, že jo. To je v tom, v pohodě. Ale mám, mám pořád co dělat. Vím, že nejsem zdravěj, ale nejsem chudák. Mám zničený záda, vysokej tlak, nemocnej žaludek, taky jsem byl na operaci se střevama, s kolenem, s ramenem.
- T Ale zvládáte to s optimismem a smíchem.
M1(A)-56 To jo, když se budu litovat, nic nezměním. Chci si život užít.
- T Tak to vám opravdu moc přeju a moc děkuju za rozhovor.
M1(A)-57 Nemáte za co.

Žena 1 (partnerka)

- T Jak nejčastěji tráví Váš manžel všední den?
Ž1-1 **Všední den? Tak to je poměrně jednoduché. Ráno společně vstaneme, nasnídáme se, prohodíme pár slov, potom se oblékneme, já jdu do práce, manžel mě jde kousek doprovodit., k zastávce na autobus. Pak se zastaví se u stánku s novinami, koupí si jedny noviny, většinou Mladou frontu a jde zpátky domů.**
- T A co dělá potom?
Ž1-2 **Zřejmě si přečte ty noviny a potom jsem mu musela nařídit, aby trochu doma taky něco dělal.**
- T Co máte na mysli?
Ž1-3 **Nóó, víte, aby se trochu hejbal. Víte, on nějak po té mrtvičce jakoby zpohodlněl. Ale, alééé to já nechci. On má na to, aby poměrně dobře fungoval, tak proč toho nevyužít. Radí mi to i doktoři. Není to jenom nějaký můj výmysl.**
- T Hm. A co tedy musí dopoledne udělat?
Ž1-4 **Už je u nás zaběhnutý takový režim. Musí ustlat, poklidit, občas vyluxovat, nakoupit, prostě udělat to nejnnutnější, co je někdy potřeba. Já chápu, že mu nejde všechno jako dřív, ale kdyby neměl nějaký režim, tak by to nebylo dobrý. Takhle nemá čas na to se moc litovat, když je zaměstnaný. Stejně se moc nepředře.**
- T Myslíte, že má sklony k tomu se litovat?
Ž1-5 **No, já si myslím, že každý chlap k tomu má sklony (smích). Ale ne, vážně. Neměl to lehký, když z chlapa, kterej je zvyklej denně být v záprahu je najednou hromádka neštěstí (pauza, zamyšlení). Byl fakt totálně na dně. Nemoh mluvit, ničemu nerozuměl, pořádně se nemoh hejbat, nic, nic, nic. Problém se najíst, no (povzdech) bylo to vážně hodně špatný. Byl smutnej, nervózní, vzteklej, podrážděnej, někdy se to pomalu nedalo vydržet.**
- T Hm, to chápu. A když už mohl mluvit, na co si nejvíc naříkal?
Ž1-6 **Na začátku na všechno, na celej svět, na nespravedlnost, byl jediný na světě, kdo měl takový problém, byl chudinka. Nějaký čas jsem to byla schopná vydržet, ale pak se s tím muselo začít něco dělat, už ted' nemá ty stavy, ženic nwmá smysl, ale někdy ho popadá smutek, depka....Ale , alééé tehdy to bylo hrozný, lezlo mi to na nervy.**
- T Co jste s tím chtěla dělat?
Ž1-7 **Chtěla jsem, aby si začal uvědomovat, že takových lidí je hodně, že se s tím musí začít taky prát, ne jen být vzteklý. Byl tři měsíce v nemocnici, tam se o něj starali všichni moc hezky, když šel domů, už to nebylo tak strašný, ale stejně žádná sláva, najíst se, oblíknout, něco udělat, všechno mu strašně dlouho trvalo, prostě to nebylo dobrý, postupně se všechno začalo zlepšovat.**

- T
ŽI-8 Když se vrátil z nemocnice, tak jste chodila do práce?
Ne, to nešlo. Přes rok jsem s ním byla doma. Musela jsem s ním pořád něco trénovat. Když to mám říct úplně naplno, pořád jsem ho do něčeho tlačila, on by se na to asi sám vykašlal, jen by se litoval, asi by se spokojil s tím, co dokázal. Tak jsme pořád něco trénovali.
- T
ŽI-9 Co například?
No, to naše oblíkání, jídlo, taky v té době chodil na logopedii, tak jsem chodila s ním.
- T
ŽI-10 Jak často na logopedii chodil?
No ze začátku docela často, snad každý týden, potom míň. On se to naučil to mluvení poměrně brzy, pak chodil jen občas, snad asi dvakrát za měsíc. To nevím přesně.
- T
ŽI-11 Hm, a doma jste trénovali to, co vám paní logopedka doporučila?
To jo, já mu nedala pokoj. A on se nechal, i když ze začátku to bylo spíš pod nátlakem, tak proč toho nevyužít. On věděl, že mu to nejde tak, jak by si představoval. Někdy se vztekal, že si nemůže vzpomenout, byl nervózní. Ale asi chtěl, aby se to zlepšilo. Dneska je to naprosto pohoda. Na všem se dohodneme, děláme si legraci z toho, když si nemůže vzpomenout. Já mu říkám, zase ta hlava, co? On se usměje a řekne, to jo. Ale nijak to neřešíme, myslím, že už mu to nevadí, mě taky ne. Jsem ráda, že se z toho všeho takhle vyhrabal. Na logopedii už nechodí, už nechce, se všema se domluví, nemá v tom problém.
- T
ŽI-12 Hm, a nebyl z toho ze všeho ze začátku nervózní, podrážděný?
No, to byl a ne málo. Bylo to ze začátku peklo. Ale postupně si začal uvědomovat, že se všechno lepší, že to s ním není tak zlý, že by to chtělo na sobě zapracovat. To bylo moje vítězství (pauza, zamyšlení) a jeho samozřejmě taky.
- T
ŽI-13 Hm a co teď, je pořád nervóznější než býval před nemocí?
Tak někdy je tedy na zabítí (smích), ale jinak bych neřekla, že je nějak protivnější než byl. On má štěstí, že se z toho tak vyhrabal, teď už to bere s humorem. Dneska už se s tím smířil, nechce se patlat v tom, co by bylo, kdyby nebyl nemocnej. Dospěl k tomu, že je na tom vlastně docela dobře, že sice nemůže úplně všechno, uvařit si, vyřizování na úřadech mu taky nic neříká, na to se asi necítí nebo (pauza) možná je z toho nervózní. tam chodím sama nebo s ním. Ale jinak (pauza, zamyšlení), jinek se raduje z toho, co je.
- T
ŽI-14 Z čeho se tedy raduje?
No samozřejmě z toho hokeje, ze syna, kterému chodí na hokej fandit a teď taky z vnučky Aničky. To je jeho velká láska. Hrdý dědeček funguje. Už si představuje, jak snáma bude Anička jezdit na dovolenou, na výlety. Teď za ní chodí k nim domů, někdy sám, někdy čeká na mě. Je to jeho sluníčko...a moje samozřejmě taky. My měli kluka, holčička je úplně něco jinýho, je to taková princezna, je jí půl roku, ale už s ní je legrace.

- T Říkáte, že budete s Aničkou jezdit na dovolené. Jezdíte i teď s manželem na dovolenou?
- Ž1-15 **Naprostu pravidelně už moře let s kamarádama a jejich rodinami z hokeje, fakt jsme nevynechali ani jednou. Na to se každý rok těšíme jako malý děti. Je to fakt neuvěřitelná sranda. Byli jsme dokonce i v době, kdy manžel nic moc sám ještě nezvládal. Hned v tom roce po příhodě. Vlastně i když já jsem byla po tom úrazu, tak taky. To si nenecháme ujít. Jezdíme jenom tady v Čechách, to je pro nás nejlepší dovolená.**
- T Tak to je moc dobře. A co ty výlety?
- Ž1-16 **No, to se taky snažíme, ale tam už to není tak pravidelný, jako dřív, ale jo, chodíme, jezdíme. Manžel je ale docela líný, než ho přesvědčím, to je doba.**
- T A máte teď s manželem ještě nějaké společné zájmy?
- Ž1-17 **Ted', ted' hlavně vnučku. Jo, ale každej tejden chodíme plavat, pravidelně, na to jsem hrdá, že se mnou jde, že nesedí doma. Dřív hrál hlavně ten hokej, zabral mu spoustu času, ted' chodíme spolu aspoň plavat. Je to moc prima. Taky by se mi líbilo, kdyby chodil na nějakou rehabilitaci, to chodí málo, napsali mu ji vlastně jenom jednou., to mi přijde, to by mohl chodit víc. Ale k tomu hokeji, no, někdy jdu na ten hokej, někdy tam s ním zajdu, ale ne zase tak často. Dřív jsem tam chodila docela pravidelně fandit.**
- T Proč už teď nechodíte?
- Ž1-18 **Ted', no ted' už to není ten adrenalin, ty zápasy. Ted' si tam chlapi chodí jenom zahrát pro radost, pro udržení nějaké kondičky. Taky nechci, aby si myslel, že ho hlídám.**
- T Jak hlídáte, v čem?
- Ž1-19 **V tom, aby se mu něco nestalo, že to jako nezvládne sám, že už ho nemůžu pustit si zahrát samotnýho, aby se mu něco nestalo.**
- T Ale doma je taky přes den sám, když jste v práci.
- Ž1-20 **To je pravda, ale je to něco jinýho. Tam se tak nepředře, ale vtom hokeji si chce dokazovat, že mu to ještě aspoň trochu šlape. Taky máme výborný sousedy, oba jsou už v důchodu, ale jsou bezvadný. Ty by mu taky pomohli, určitě. Tak jsem klidnější.**
- T Jak se sousedi chovali, když přišel manžel z nemocnice?
- Ž1-21 **Jak? Naprostu skvěle. Sousedka se mi snažila pomoci jak jen to šlo. Když šla třeba nakupovat, zazvonila, jestli něco nepotřebujeme koupit. Když jsme měli rozbitý auto, tak nás soused vozil do nemocnice na kontrolu. Jsou to moc hodný lidi. I ty mi, ale i manželovi moc pomohli. Na ty jsem úplně zapoměla, ale je to tak.**

- T
Ž1-22 To máte skutečně štěstí, že máte takové sousedy. A jak si pomáháte teď?
Ale jo, když to někdy slyším, co se děje (pauza). Nestýkáme se nějak pravidelně, to ne. Ale, ale nevím. Pomohli mi moc, ale teď je to trochu slabší s tím setkávám, společným. Teď tam zajdu za sousedkou sama, ale všichni se tolik nevidíme. Ono je to někdy s mým mužem horší, nemá náladu, i když si to nechce připustit, ale je to tak. Dřív jsme se všichni viděli víc.
- T
Ž1-23 Hm. Ještě se vrátím k hokeji. Myslíte, že si váš manžel myslí, že je to úplně v pohodě, že není s hraním hokeje problém, že je všechno jako dřív?
To zase ne, on si snad přizná, že na něho chlapi berou ohled, že musí chlapi ubrat plyn, aby si manžel zahrál, že mu všechno nejde tak rychle, jak by mělo, ale ta mužská ješitnost v něm zůstala, tak proč ho provokovat nebo nějak omezovat tím, že ho budu sledovat, kontrolovat, hlídat. Má svůj rozum, věřím mu. Jsem ráda, že něco dělá. Říkám si, kdyžby něco, tak mu tam pomůžou zrovna tak jako já.
- T
Ž1-24 Hm, určitě by mu každý z nich pomohl. Ještě se vracím k vaší společným zájmům, vzpomenete si ještě na nějaké?
Už asi nic není.-
- T
Ž1-25 Co divadlo, kino, plesy, společenské akce?
Smích. Tak to jste se trefda do oblíbených akcí mého muže.
- T
Ž1-26 Jak to?
On totiž nikdy do divadla ani kina moc rád nechodil. Šel se mnou, to jo, ale že by jásal. Ale, ale to jsem vždycky radši spíš chodila a pořád chodím s Janou. Já Janě říkám, že je to moje kulturní referentka, vždycky sežene lístky a vyrazíme. Povede se nám to skoro každý měsíc, udělat si spolu hezký večer. Ona je už dlouho vdova, tak jí to asi taky pomůže, když vypadne z domu, já jsem taky ráda. Aspoň si to užijeme.
- T
Ž1-27 A co jiné společenské akce, plesy, večere?
No to bylo vždycky na nic. To ho nebavilo asi nikdy. Jediný, kam jsem ho dotáhla, byl ples, tam byl dokonce i letos. Nevím, jak moc ho to bavilo, ale tvářil se, jako že je to příjemný, tancoval tedy tak nějak vždycky, to jo, to jsme chodívali, hlavně na čaje za našich mladých let.
- T
Ž1-28 A co koníčky, zájmy, měla jste a máte vy sama nějaké?
No, já vždycky hrála volejbal a tenis. Dřív vlastně chodil hrát manžel tenis se mnou, ne tedy nějak extra pravidelně, ale chodil. To teď fakt nejde. Já ale hraju pořád. To mi zůstalo i na stará kolena. To mě baví. Na to si čas vždycky najdu. Tam se odreaguju od všech starostí, který každý z nás má. Taký si ráda přečtu hezkou knížku, občas si nějakou koupím, ale hlavně chodím do knihovny.
- T
Ž1-29 Manžel je taky čtenář, nebo ho to příliš nebaví.
No, s ním je to trochu těžký. Když hrál hokej, moc času na jinou zábavu neměl, tak to nečet. Teď si přečte ty noviny, to jo. Má i průkazku do knihovny, tam taky někdy zajde, ale že by to byl knihomol, to tedy rozhodně ne. Ale myslím, že teď čte víc než když chodil do práce.

- T
Ž1-36 Nevyhledala jste nějakou odbornou pomoc, třeba psychologa?
Ne, ale dneska bych to asi udělala. Bylo by lip nám všem. Šla bych za odborníkem, on je zvyklý řešit hodně nepříjemný situace a nemuselo to odnášet okolí. Byla jsem hodně přetažená, ale chtěla jsem mu pomoc. Vlastně jsem mu to taky dlužila. Před deseti lety jsem měla docela ošklivý úraz, taky jsem se nemohla hýbat a on se ke všemu postavil čelem, byla na něm celá domácnost, tehdy byl doma ještě i syn. My jsme ho měli poměrně pozdě, i když jsem se vdávala v devatenácti letech., byl takové to vymodlené dítě.
- T
Ž1-37 Hm. A myslíte si, že si manžel uvědomuje, jakou oporu ve vás má?
Jsem přesvědčená, že jo. On mi to jednou i řekl. Jinak není moc na to o tom mluvit, říká, že snad musím cítit, co ke mně cítí, co si o mně myslí. My jsme spolu už hodně dlouho, víme, co co znamená. Řešíme spolu dobré i nepříjemné věci. Bylo to tak vždycky. Vždycky jsme spolu všechno řešili a je to tak i teď.
- T
Ž1-38 Úplně všechno řešíte jenom spolu?
Všechno podstatné, co se nás týká, tak jo. Ale samozřejmě, že má každý z nás někoho, komu se vypovídá taky. Já mám Janu, muž má letitýho kamaráda Tonda, na kterýho nedá dopustit. Ten při něm taky byl, když mu bylo bledě a stýkají se dodnes poměrně často.
- T
Ž1-39 Jak asi často?
Jednou za týden se někde setkají, někdy u nás, někdy u nich doma, někdy si dávají sraz ve městě. To je různý. Teď se vidí častěji než dřív, když oba chodili do práce, mají víc času. Tonda taky nechodí do práce, je po úrazu.
- T
Ž1-40 Váš muž takhle sám cestuje?
To on jo, nemá s tím problém. Jenom už nemůže jezdit autem a to ho trochu štve. Dřív bylo totiž auto jeho druhý domov.
- T
Ž1-41 To jezdil autem hodně?
Hodně, do práce, na hokej, na schůzky, na nákup, za synem, všude.
- T
Ž1-42 Jak jsem pochopila, teď už manžel nepracuje.
Ne, už vlastně od té mrtvice, to je tři roky, nechodí do práce.
- T
Ž1-43 Jak to nese?
Myslím, že docela dobře. On si uvědomuje, že by těžko makal jako dřív.
- T
Ž1-44 Co dělal?
V Metrostavu, docela těžkou práci. To by s tou rukou dneska nezvládl. Tahal poměrně těžké kusy železa,⁰
- T
Ž1-45 A vídá se s bývalými spolupracovníky?
Někdy, ale málo. To je těžký, oni pracují, odpoledne mají svých starostí dost. No, moc se nevidí.

- T Myslíte, že to manžela mrzí?
Z1-46 Myslím, že ani ne, on má své kamarády z hokeje a Tondu, to je jeho svět. A teď taky Anička a vlastně celá rodina. Jsem moc šťastná, že mu kluci z hokeje nabídli, aby si s nima chodil zahrát.
- T To mu navrhli oni?
Z1-47 Hm, oni. Manžel si netroufnul. Viděla jsem na něm, že by ho to tam lákalo, byl to jeho život, ale neřek jim to.
- T Proč myslíte?
Z1-48 Myslím, že měl strach, že ho odmítnou, prostě se bál zklamání.
- T Sám by je tedy neoslovil?
Ž1-49 Myslím, že ne, nebyl si moc jistý, že to zvládne, jen po tom toužil.
- T A začal hrát v době, kdy jste ještě nechodila do práce?
Ž1-50 No to jsem byla ještě doma, ale ne moc dlouho. To jsem s ním na ten hokej ještě chodila poměrně často. Bála jsem se víc než teď, i když (pauza) i když bát se o něj nikdy nepřestanu. Ale nechci ho tím nějak stresovat. No a pak jsem docela brzy nastoupila zpět do práce.
- T Můžu se zeptat, kde pracujete?
Ž1-51 Už hodně let na poště za přepážkou.
- T Proč jste se do práce vrátila?
Ž1-52 No, abych byla mezi lidma, no a samozřejmě taky, i když to nebylo až zase tak strašný, kvůli penězům. Dneska, kdybych byla doma, tak by to bylo horší. Všude se za všechno platí, za doktora, za léky, v lékárně, všude. Všechno se zdražuje a tak. Ale nás to nějak zvlášť nepostihlo.
- T Nemáte vyšší výdaje kvůli onemocnění manžela?
Ž1-53 Muž sice bere poměrně dost léků, na tlak, na střeva, na klouby, na ředění krve, ještě možná na něco, ale ty doplatky nejsou tak strašný, dá se to zvládnout. Jsou na tom lidi daleko, daleko hůř a musí to taky zvládnout. Jinak vlastně za nic navíc neplatíme. Kdybych s ním byla doma, bylo by to určitě daleko horší. Všechno zvládne sám, nepotřebuje žádnou zvláštní pomoc. Na rehabilitaci jezdí městskou, k doktorovi teď taky, všechno si zařídí. Má invalidní důchod, ZTPéčko. Já jsem hlavně ráda, že je na tom tak, jak je. To je to nejdůležitější.
- T To určitě.
Ž1-54 Víte, když se stane něco takového, to se člověku naprosto změní život. Spousta věcí, které byly dřív podstatné, jsou teď vedlejší.
- T Jaké třeba?
Ž1-55 Třeba jestli si koupím to či ono, jestli budu mít nový nábytek, auto nevím co ještě. Teď je důležitý ten život jako takový, všechno ostatní se dá nějak řešit.
- T Myslíte si, že to tak vnímá i váš muž?
Ž1-56 Určitě, určitě si všeho daleko víc váží, dovede se ze všeho radovat, užívá si to. Má prostě obyčejnou radost z obyčejných věcí.

- T Z jakých třeba?
ZI-57 **No třeba, že jedeme za vnučkou, že se na nás směje, že jsme všichni pohromadě, že může na ten hokej, že ho pochválil doktor. Toho je hrozně moc, ale nic z toho není o penězích.**
- T Je to tedy o citech, o prožitku, o zážitku?
ZI-58 **Asi tak nějak to vidím. Stačí nám ke štěstí málo, i když (zamyslí se) je to málo? Asi je to hodně, ale nic to nestojí.**
- T Asi tak.
T Úplně na závěr se vás chci zeptat na velmi intimní otázky. Pokud nechcete odpovědět, nic se neděje, samozřejmě to chápu. Jde o váš intimní život.
ZI-59 **Klidně se ptejte, je to život, já s tím nemám problém. Jdeme na to.**
- T Tak fajn. Můžu se zeptat, změnil se nějak váš sexuální život po onemocnění vašeho manžela?
ZI-60 **Samozřejmě, že ze začátku šlo všechno stranou. Ty první měsíce po příhodě to opravdu nefungovalo, to je jasný. Ale teď dobrý. Abych vám řekla pravdu, ani jsem na to neměla sebemenší pomyslení. Měla jsem tolik starostí, že jsem nevěděla, kde mi hlava stojí.**
- T A teď to vnímáte jak?
ŽI-61 **Teď? To víte, stárneme, už to není jako před dvaceti lety, ale že by to byla uzavřená kapitola, tak to ne. Pořád se máme rádi, pořád to u nás i v té posteli funguje, jen ne tak často, jako dřív, tedy před těma dvaceti lety.**
- T Že by se to změnilo vlivem onemocnění, to si nemyslíte?
ŽI-62 **Ne, to si nemyslím, i když vlastně ani nevím. Nikdy jsem o tom nějak výrazně nepřemýšlela. Tak je to asi pořád stejný (smích). Manžel je v tomhle směru poměrně aktivní, někdy v legraci říkám, že bude moct i na smrtelný posteli (smích). To berte samozřejmě s rezervou. Ale já jsem spokojená, nemám pocit, že by to nefungovalo.**
- T Tak, jsme u konce. Moc vám děkuju, že jste si na mě udělala čas.
ŽI-63 **Nemáte za co, rádo se stalo, bylo to v příjemný.**

Pár číslo 2

^v**Zena 1 s afázií**

- T Jak nejčastěji trávíte všední den?
Ž1(A)-1 Každý den je stejný (nápadně tichý projev, vytahuje z kapsy kapesník, povzdech).
- T Co tedy děláte?
Ž1(A)-2 Vstanu, pak to hmmm oblíknu se, umyju, snídám, nasnídáme se s manželem, uklidím, něco vařit musím (v ruce drží kapesník, hraje si s ním)
- T Vaříte každý den?
Ž1(A)-3 Hm, musím. Jsme v důchodu.
- T Pomáhá Vám manžel s domácností?
Ž1(A)-4 To moc ne. Pomáhal mi víc, minule, hm jako když byly děti malé.
- T Pak už ne?
Ž1(A)-5 Pak ne.
- T A když jste byla v nemocnici po příhodě? Staral se o domácnost?
Ž1(A)-6 Taký ne moc. To taky sama dělala (kapesník stále v ruce).
- T Všechno jste zvládla?
Ž1(A)-7 To jo. To někdy Maruška to hmmm holka naše, pomáhala.
- T S čím Vám pomáhala?
Ž1(A)-8 Ty, ty hmmm (ukazuje na okna) to, ty, hmmm.
- T Myla okna.
Ž1(A)-9 Jo, jo... strach, nespádnula, taky něco když sílu potřebuju, nahoře taky, to hmmm uklízet. Bolí ruka, to nemoc, pomáhá Maruška někdy.
- T Takže doma neděláte všechno sama.
Ž1(A)-10 Všechno, já jo, to všechno dělám sama. Já jsem všechno zvládla, minule, tady taky pořád sama zvládnou to. Nemusí pomoci, nic, nemá čas (přesedává na židli, je patrný neklid, předává kapesník z ruky do ruky)
- T I když jste přišla z nemocnice domů?
Ž1(A)-11 Po mrtvici?
- T Hm.
Ž1(A)-12 Taky to zvládla, Maruška chodila podívat na nás, ale alééé hmmm ne tolik hmmm moc. Manžel mi pomáhal, trochu, to jo, ale já to zvládnou všechno i minule, nemá nikdo čas, holky naše (zamyšlení, povzdech)
- T Ani dcery Vám moc nepomáhají?
Ž1(A)-13 To hmmm ne, to nechodí pomáhat moc. Jenom ty tahle hmmm (opět ukazuje na okna) **hmmm vokna. Jinak ne, málo** (v mluveném projevu patrná nervozita)

- T A chodíte nakupovat?
 Ž1(A)-14 **Chodím , to jo, du, někdy chodí táta taky, někdy s ním jedu. Tam my na tu, tu tam mluvit tam, hmmm jedeme.**
- T S manželem?
 Ž1(A)-15 **Hmm.To zase on mě nenechá jít sama, to ne, to je hmmm těžký tašky. Tam jako to to pomáhá. Jezdíme do Prahy na nákup, někdy(hladí si hřbet ruky).**
- T Jak často?
 Ž1(A)-16 **Když jdu k paní hmmm doktorce (dává kapesník do kapsy u domácích šatů)**
- T K jaké paní doktorce chodíte?
 Ž1(A)-17 **Tam mluvit.**
- T Na logopedii?
 Ž1(A)-18 **Jo. Tam chodím každéj tejden. Doma učíme, co nám řekne.**
- T Paní logopedka?
 Ž1(A)-19 **Ano. To se musí, to pomáhá. Tady vidíte (ukazuje mi sešit s úkoly z logopedie)**
- T As kým plníte ty úkoly?
 Ž1(A)-20 **Jo, to jo, někdy táta. Taky s Maruškou, to hmmm dojde tady, tady u nás.**
- T Hm. A co ještě děláte spolu, s manželem?
 Ž1(A)-21 **Co? Nevím.**
- T Máte třeba nějaké společné koníčky?
 Ž1(A)-22 **Ne.**
- T A dřív jste měli společné koníčky
 Ž1(A)-23 **Ne. Táta byl v práci, pak tady v kůlně, něco dělal. Taky opravoval barák (manželé bydlí v RD na vesnici 40 km od Prahy). Já, chodilas taky hmmm pracovala, starala o holky. A a hmmm chodila já do Sokola.**
- T A chodíte pořád do Sokola?
 Ž1(A)-24 **Já tady doma něco dělám, tak uklízím, vařím, mám zahradu a to no. nemám čas, moc práce, samá práce kolem baráku, to někdy votrava. To do Sokola to cvičíkovat, to hmmm taky du, Růža de taky, jako hmmm tak chodíme cvičíkovat, jéje.**
- T A máte nějaké koníčky?
 Ž1(A)-25 **Ne, nic. To mě nebaví ani nic teď.**
- T Vůbec nic Vás nebaví?
 Ž1(A)-26 **Ne. Mám barák, tam to, hmmm, tam je práce, jéje. To fuška, jako hmmm ten jak běhají, no hmmm, to hodně sport fff (ukazuje, že se zapotí). Zahrada tam práce taky .**

- T Chodíte třeba do divadla?
Žl(A)-27 To táta nechodí, já chodím, to jóóó, to pořád. Byla sem v tom divadle, tam ta, ta ježiš hm já nevím, ta už stará, jak hraje hodně, ježiš, ta hmmin nóóó bbb.
- T Já zkusím hádat, Bohdalová?
Žl(A)-28 Jóóó, to je ona. Ta hrála.
- T A do kina chodíte?
Žl(A)-29 To taky. Já koukám televize. Byla sem s tou, tou, no od naší Marušky holkou.
- T S vnučkou?
Žl(A)-30 Vnučkou v kině, to je, byla malá, na tom, tý pohádce tý naší, tý honem Popelce. To už dlouho. Mám vztek na sebe.
- T Proč?
Žl(A)-31 Jak nevím, jak se to řekne. To mě někdy hmm hmhhh to (mimikou a gesty představuje vztek), já hmhhm já mluvení neznám někoho, neumím mluvit, to bojím se. Taky jsem brečela dřív, byla jsem smutná hodně, pořád (mne si ruce, vrtí se na židli, je nervózní).
- T Proč jste brečela?
Žl(A)-32 To hmhhm já byla smutná, moc smutná. Ted' nejsem tak smutná. Táta (nervózně, mne si ruce), taky taky on mi říká, abych šla k tomu doktorovi, abych jako hmhhh nebyla to smutná, nervózní. Jako, že mi dá ty prášky a bude to lepší. To to já řekala ne (rázně) to ne, já nejsem ten blázen. To ne.
- T A šla jste k tomu doktorovi?
Žl(A)-33 Ne, ne, taky nemá každéj náladu pořád dobrou. To taky nemá ani ani hmhhm nikdo.
- T A ještě jste smutná?
Žl(A)-34 Někdy hmhhm jo, já se zlobím na sebe víc, někdy taky smutná, chci brečet. Taky mám vztek, že někdy neví, co říkám, co já chci říct, tak hmhhh nemluví, já bojím (tichý hlas, skloněná hlava, pohled do země)
- T Proč se bojíte?
Žl(A)-35 To, to hmhhm tak nevím hmhhh to mluvení, to nejvíc, všechno nejvíc hmhhh to stydím taky mluvit, to to rozčiluje (pauza, zamyšlení, nervózně si hladí hřbet ruky).
- T Hm. A co Vám dělá radost?
Žl(A)-36 Nevím, to (pauza) děti holek.
- T Vnoučata?
Žl(A)-37 No, máme dva kluky a tři holky, jsou tóóó velký.
- T A chodí k vám ?
Žl(A)-38 Marušky jo, Anežky ne. Jsou daleko.
- T Chtěla byste je vidět častěji?
Žl(A)-39 Jo. Sem chodí někdy. Já doma sem sama. Oni jako to nám hmhhhhh ten telefon nóóó hmhhh haló, hmhhm nóó telefonuju.

- T A to jste ráda?
Žl(A)-40 Jo, jo to jo.
- T A když přijdou, máte radost?
Žl(A)-41 Jo, ale nechodí pořád.
- T Hm. A máte nějakou kamarádku?
Žl(A)-42 Tady vedle bydl.S tou vidím.
- T A vídáte se pravidelně?
Žl(A)-43 To jako my hodně, někdy deme třeba na procházka, povídáme, cvičkovat jdeme v Sokole taky, když hmhhh Růža de se mnou, to hmhhh to (ukazuje na hodinky) nemá moc.
- T A znáte se dlouho?
Žl(A)-44 Dlouho, hodně. Nejvíc vidíme my v létě na zahrada, to povídáme.
- T A vídáte se častěji než dřív?
Žl(A)-45 Stejně, jo, asi jo.
- T A pomůže Vám, když potřebujete?
Žl(A)-46 To jo, ta mi pomůže. Tu nevadí, hmhm ježíš, jakto řekne, hmhm nerozčiluje, když nemůžu vzpomenout.
- T S tou si nejvíc povídáte?
Žl(A)-47 To jo, hodná, není vzteklá. Řešíme ty hmm spolu problémy, co máme doma.
- T Vy neřešíte problémy s manželem?
Žl(A)-48 Taky , ale pro něj není nic problém. Tak je to na mně , vždycky. Taky si pucujeme časopisy, ty jako Tinu, Rytmus života, hmhm tam ty jak hádáme slovo to hmhhhhh nóóóó Překvapení a tak. Taky knížky, ty o lásce, každej den něco čtu.
- T Čtete i noviny?
Žl(A)-49 Ne, to ne.
- T Dříve jste je četla?
Žl(A)-50 Dřív četla v práci, každej den. Ted' nebaví mě, to rozčiluje mě, ty vraždy, nóóó to na silnici hmhm auta hmhm bouračky. To nemám ráda. Někdy čtu to málo, ale.
- T Hm, to jsou samé smutné věci. A díváte se na televizi?
Žl(A)-51 To jo, ty seriály zamilované, to koukám.
- T Manžel se dívá s Vámi?
Žl(A)-52 Ten ne, ten ne, ten říká, ty blbosti.
- T A co manžel dělá?
Žl(A)-53 Je hmhm jak se to řekne no, no, v kůlně nebo čte, nebo je zahrada, tam ten rajčata, hmhm papriky tam rostou, tam jak teplo, nóóó hmhhh te sssssskelník. Tam je.
- T Hm. A děláte u domu něco společně?
Žl(A)-54 Zahradu, to jo, to nebaví mě, nevím hmhhhhh nebaví, to nebaví, prostě (rezolutně, rozhodně)

- T Jezdíte na dovolenou?
- Žl(A)-55** **Nóóó, to jezdíme někdy, byli my někde, hmmm tóóó jeli, tady pořád, moc jako to nejezdíme, práce okolo baráku moc.**
- T A pojedete v létě na dovolenou?
- Žl(A)-56** **Nevím, to hmmm možná jo.**
- T Tak když pojedete, ať se Vám tam moc líbí.
- Žl(A)-57** **Hmmm.**
- T Tak, to je všechno, už jste mi na všechno odpověděla, já Vám moc děkuju.
- Žl(A)-58** **To všechno? Tak jo, dobrý. Není za co.**

Muž 1 (partner)

- T Jak nejčastěji tráví Vaše manželka všední den?
- MI-1 **Doma, to je jednoduchý. Ona v podstatě nikam nechodí, jen někdy s kamarádkou od vedle, se sousedkou jdou ven, nebo spolu vypijou kafe. Jinak je pořád doma, uklízí, vaří, pere (pauza), když to zvládne. Ona totiž taky všechno nemůže, nezvládne, už na to nemá sílu, energii. Už to není jako před tou mrtvičkou. Ale, ale (pauza) pořád toho zvládne poměrně dost. Co jí nejde, s tím jí pomáhá hodně Maruška, někdy, někdy já, ale spíš Maruška, jóó a taky sousedka ji sem tam s něčím pomůže.**
- T A se sousedkou se zná dlouho?
- MI-2 **Hodně dlouho, kamaráděj spolu už od začátku, co tu bydlíme, už když byly holky malé, tak kamarádily s jejich dětma.**
- T A má ještě nějaké kamarádky?
- MI-3 **Co já vím, tak. ne, nikdy o žádný nemluvila. Zнала ženský z práce, ale nějak s nima nekamarádila. Do práce dojížděla, měla starosti, aby doma všechno stihla. Mluvila s nima v práci, ale k nám žádná nechodila, jen ta sousedka, ta jo.**
- T Hm. A pomáhala Vaší ženě sousedka po tom, co měla tu příhodu.
- MI-4 **Jo, to k nám chodila docela, povídala si s ní někdy, občas. No povídala, ona toho manželka moc neříkala. To bylo o nervy. Jak já byl někdy vzteklej?**
- T Z čeho?
- MI-5 **Z toho, že si s ní nemůžu ani popovídat, měl jsem šílený nervy. Ještě, že tu byla ta naše sousedka, která se aspoň tu a tam objevila a taky dcera, která u nás byla téměř denně. Já bych to sám asi nezvládl.**
- T Proč myslíte?
- MI-6 **Já na to neměl psychicky, jsem asi nespolehlivej, ale nebyl jsem na to připravenej. V nemocnici jsem vždycky trpěl, vůbec jsem nevěděl, co mám dělat, jak se mám chovat. Jsem s ní přes čtyřicet let, jsem na ni zvyklej, ona je hodná ženská. A teď tohle. Najednou jsem si začal uvědomovat, co to je, když si nemůžete pořádně promluvit. Chtěla mi něco říct a nic neřekla. Já jí nechtěl ubližovat, ale bylo to kruté. Ještě, že tam byla ta naše Maruška, ta tam byla furt (zamyšlení). Jak to ta holka mohla zvládnout (zamyšlení). Je to moc hodná holka, fakt nám moc pomohla a pořád pomáhá. Štěstí bylo, že nám aspoň rozuměla, aspoň něco rozuměla. Byl jsem z toho úplně vedle, ještě, že neměla problém si sama všechno tak nák udělat. Hrůza. Ale nervy mám pořád trochu, často mám strach, nervy, aby se to nevrátilo. Ale jsem rád, že je na tom takhle.**

- T Hm. Teď už je to s tou řečí lepší?
- MI-7 **Lepší? No to se nedá srovnat. Teď s ní jezdím do města na logopedii, to by sama nezvládla, je pořád taková jako že se bojí, nějak jsem se s tím ale vyrovnal. Teď s ní dělám i úkoly, který nám logopedka dá. Už je to docela dobrý. Ona je zase taková, že fakt dře, vždycky všechno poctivě udělá na tu logopedii.**
- T Ještě někdo s ní trénuje to mluvení?
- MI-8 **No Maruška a já.**
- T Myslíte, že manželku zlobí, když si nemůže vzpomenout na nějaké slovo?
- MI-9 **Ta je vzteklá pořád, to jí fakt vadí. Je z toho nervózní, často brečí, fňuká. S tím se opravdu nesrovnala. Říká, že stejně nemůže pořádně mezi lidmi, když každou chvíli neví, co má říkat.**
- T A co Vy na to?
- MI-10 **Nic, co můžu dělat. Když někam jdeme, tak jdu s ní, aby nebyla nervózní, vzteklá, aby se necejtila špatně. To zase nechci, aby se nervovala.**
- T Stěžuje si často na svoje trápení s řečí?
- MI-11 **Docela jo, je vzteklá na sebe, já si myslím, že se tomu jako dost poddává, i když, i když se snaží, tak pořád myslí na to, že jí to mluvení nejde, pořád se jako bojí, chce si i povídat, ale bojí se.**
- T Hmm A myslíte si, že je nervóznější víc než před příhodou?
- MI-12 **Je, to určitě je. Taky jsem jí říkal, jestli to nechce říct nějakému doktorovi. Myslí si, že je to docela dobrý, že nikoho nepotřebuje. Hlavně, když někam jdeme, to má nervy na pochodu. Vždycky ji uklidňuju, že jdu s ní, tak proč se tak nervuje? Ale není to nic platný. Přitom, přitom jsem s ní vždycky všude, kdyby si nevěděla s něčím rady, nemohla si na něco vzpomenout, nemohla říct nějaké slovo nebo nevím co, tak jí pomůžu, no. Samotnou bych jí neposlal. To by nezvládla, má pořád nervy. Přece ji v tom nenechám pro boha. Ale stejně, pořád se něčeho asi bojí, že se ztrapní nebo tak. Bere to strašně vážně. Já jí vždycky říkám. Jdu s Tebou. Když budeš mít problém, chytřej pochopí a blbce si nevyšímej. Ale vona je v tomhle nepoučitelná, vždycky ji všechno rozhodí, je nervózní, vzteklá (zamyslí se, mne si rukou tvář a bradu). Těžký to je.**
- T Říkal jste, že se na sebe často zlobí. Zlobí se i na ostatní? Dává jim něco za vinu?
- MI-13 **To ani ne, ona je spíš celá naměkko ze sebe, na jiný se nezlobí. Je, je asi spíš tak jako tak nějak spíš unavená, ne že by se zlobila na ostatní. To ne, na nás se nezlobí, ale je nervózní, to jo.**

- T A jak to probíhá, když přijdou dcery a vnoučata?
MI-14 Vidím na ní, že má radost, taky mám radost, když přijdou, to je jasný. Určitě je vidí ráda, to jo. Anežka s rodinou je vzácná, bydlí daleko. Zase když přijedou, je to na dýl. Myslí si, že jezděj málo, ale ze Slovenska to prostě nejde každéj tejdén. Často jako má pocit, že na ní holka kašle, ale to není pravda. Snaží se, co může. Zena už to prostě všechno nezvládá jako dřív. Nezvládá, pak někdy je bezradná, neví, co má dělat, pak je nervózní, má ty svoje nálady, prostě nezvládne bez problémů obskakovat tolik lidí, i když jí holky pomáhaj. Potřebuje, aby jí člověk poradil s tím a oním, nezvládne prostě úplně sama všechno, co zvládala dřív. Má ráda svůj klid, to dřív nebylo.
- T Myslíte, že má ráda klid hlavně po tom, co prodělal příhodu?
MI-15 Asi, asi trochu jo, těžko se to říká. Taky stárneme. Já už toho taky tolik nezvládnou a jsem víc unaveněj. Ale asi jo, není v ní tolik života jako dřív. Ona chodila hodně do Sokola, teď tam chodí mnohem míň. Ještě před tou mrtvičkou byla to taková ta ženská jako jak se tomu říká, temperamentní. Všechno brala víc sportovně. Teď ve všem vidí problém, každou chvíli někde brečí, (pauza, zamyšlení) Je to tak, co bych lhal.
- T To dřív neviděla ve všem tolik problémů?
MI-16 Ani ne, brala věci tak, jak jsou. My zase tolik problémů neměli. To byli takový normální věci, nic strašnýho.
- T A když přeci jenom problém byl, řešili jste ho spolu?
MI-17 Ale jo, to jo. Já nikdy neměl rád, když jak se říká, se dělá z komára velbloud. Nevím, možná se chodila vypovídat k Růže, to nevím, to jsem nikdy nezkoumal.
- T Hm. Říkal jste, že je žena unavenější, snažíte se jí nějak pomáhat, aby byla méně unavená?
MI-16 Jako doma?
- T Hm.
MI-17 Já toho doma moc nenadělám. Tak se postarat o topení, o nákup, o dříví, o zahradu, o auto, něco podělat pod kůlnou, to jo. Ale že bych vařil nebo uklízel, tak to moc ne. To nedělám dost dobře, to se manželce moc nelíbí, prej to odfláknou. Tak asi jo, tak se do toho nehrnu. To jsem jako nikdy moc doma nepomáhal. Jen když byly holky malý, tak to asi jo. To už je tak dávno. Jediný, co dělám teď, tak to je nakupování. To by manželce nedělalo dobře. Tady na vsi je pultovka, tam by nechodila, abv si to napsala, to ne a aááááá, aby s někým jen tak mluvila, to taky ne to se přeci nebude ztrapňovat. No, je to s ní někdy těžký. To chodím nanákup já nebo eště naše Maruška tam zajde nebo jako když jedeme k doktorce do Prahy na logopedii, tak tam v tech kolosech nakoupíme vždycky spolu.

- T
MI-18 A máte s manželkou nějaké společné zájmy, koníčky?
Tak to jsme neměli nikdy. Já zalezl pod kůlnu, to byl můj ráj. Manželka chodila do Sokola. Jinak taky nikam, to teď taky ještě chodí někdy, ale ne moc, cvičit s naší sousedkou, když ji teda Růža jednou za čas vytáhne, tak si jdou protáhnout starý kosti. To víte, jsme starý, je barák a je tu pořád co dělat. To je pořád dokola. Nějaký zájmy, na ty nebyl čas. To spíš manželku jako vždycky bavila zahrada, kytičky. Porejpat se v hlíně. To jí zůstalo, ale už z toho nemá asi tu pravou radost jako dřív. Ale, ale myslím, že kytičky má ráda pořád.
- T
MI-19 A má i jiné zájmy?
Zsijmy? Tak to asi ne. Dřív, když byly holky nebo i vnoučata malý, tak to jim pořád něco pletla, šila. Teď, teď má asi jenom tu zahradu.
- T
MI-20 A co divadlo, kino?
Tak to taky vůbec. Kino tady není, divadlo, to je až v Praze nebo tady na oblasti. To je z ruky. To spíš manželka občas zašla, dřív tedy chodila častěji, hmmm, vlastně po tý mrtvici to jsem jí a Marušku vezl do Prahy do divadla, nééé, pak byla na Vinohradech. To taky beze mě, to zase byla s Růžou, mě to nebaví. No chodí míň než dřív, byla asi dvakrát, třikrát. Já nebyl. Když chci, tak kouknu na televizi.
- T
MI-21 A na televizi se spolu díváte?
Vlastně někdy jo. Mrkneme na ty pořady jako Receptář, Rady ptáka Loskutáka, tam, co poraděj něco okolo zahrady, nějaký ty figle. Kdyby bylo na co, tak bych koukal i na jiný věci. Ale je to tam samej seriál a to mi leze na nervy. To sleduje manželka, já u toho čtu nebo odcházím.
- T
MI-22 Kam odcházíte?
Přes den na zahradu, pod kůlnu. Večer si sednu a něco si radši čtu. Nějakou kovbojku, někdy detektivku., někdy noviny, když si je koupím, ty fakt pravidelně nekupujeme, taky často škoda peněz.
- T
MI-23 Hm. Chci se zeptat, měl jste nějaké zájmy, kterých jste se po onemocnění manželky musel vzdát
Ne, já byl celej život pořád u baráku, nikam jsem nechodil, já jsem rád doma. Ale když tak přemýšlím, jediný, co mě fakt vždycky bavilo, to je chodit do přírody, na nějakou ten pochod'áček, na nějakou výlet, batohy na záda a už se pochodovalo. Příroda, ta mě lákala vždycky. Občas jdu, ale jenom na nějakou kratší trasu, ale málo. To bych někdy šel, jako dál, na delší dobu, ale alééé manželka by to nevydržela celej den někde pochodovat(zamyšlení, povzdech).
- T
MI-24 Manželka chodila a někdy chodí do Sokola. Vy jste nesportoval?
Jezdil na kole, když byl čas. A toho moc nikdy nebylo. Ale to mě bavilo. Ale teď nejezdím. Přece jenom, mám strach, kdyby se manželce něco přihodilo, chci, aby tady nebyla sama. Od tý mrtvice prostě nemám klid.

- T Hm, to chápu. Říkal jste, že Vaše žena má dlouholetou kamarádku. Máte taky nějakého kamaráda?
- MI-25 **Kamaráda jsem měl výbornýho, fakt to byl chlap, kterej dodržel slovo. Ale už tady bohužel není. Odešel moc brzy, ještě tu měl být. Zabil se v autě. To mi bylo taky ouvej. To byl hroznej rok, ten předminulej. Manželka nemocná, Franta se zabil. Ještě ze začátku, co žena dostala tu mrtvici, tak to mi pomoh, co jen bylo v jeho silách. No, ale necelej měsíc po tom, co žena měla mrtvici, tak se zabil. Nikdy nemůže zůstat u jednoho. Musí toho být víc. To si myslím, že blbosti fakt neřeším, tohle bylo i na mě moc (hluboký povzdech, zamyšlení). Ale je to za náma. Každěj tam musí. Ještě, že se mi ta žena aspoň zakhle vzpamatovala. Ale, alééé mám ještě jednoho letitýho kamaráda, za ním ale nejezdím, to bylo dřív, když jsem se moh sebrat a jednou za čas za ním vyrazit. Teď je mi to hloupý tam jet sám a s manželkou je to taky hloupý, aby tam jezdila. Co by tam dělala s chlapama. a taky když je někde mimo barák, tak je nervózní. Teď jsme se spolu vlastně dva roky neviděli, jen si občas zavoláme. Ale vidět bych ho chtěl, popovídat si, to jo. Ale to se nedá nic dělat, hlavně, že se z toho manželka aspoň trochu zmuntýrovala.**
- T To určitě, to je moc dobře. A když se Vás zeptám na sousedy, jaké máte sousedy?
- MI-26 **Tady tu Růžu, to je moc hodná ženská. Ona už je roky sama, manžel jí umřel hodně brzy. Jinak tak všichni tady ve vesnici jsou dobrý, nemáme s nikým problémy. Je to tady tak jako v klidu.**
- T Jak reagují na nemoc Vaší ženy?
- MI-27 **Nijak, nevím, jestli to doma nějak řeší, ale nedávají mi nic najevo. Tady je ještě jeden souseď, tady o tři baráky dál, ten je taky po mrtvici, už dlouho a nikomu nevadí. Proč taky? Je to starej pán, když potřebuje pomoct, tak pomůžeme. To je snad normální, nebo ne?**
- T No, určitě by to tak mělo být. Ale jestli je to v dnešní době normální, to se neodvažuju tvrdit.
- MI-28 **A to je právě vono, každěj hrabe to svoje a po něm potopa. Aspoň ve městech to tak asi je. Tady na vesnici si vidí každěj do talíře, je to prostě jiný. Víc si pomůžeme, myslím. Asi si tak nezávidíme, co taky. Nemáme tu milióny, jsme zvyklí makat a pomáhat si.**
- T Když mluvíte o miliónech, už nechodíte do práce. To už jste nechodil ani v době, kdy žena onemocněla?
- MI-29 **To ještě jo, ale jenom chvíli. Už sem nechtěl dělat Já jsem se rozhod, že už puđu do důchodu, a pak se to manželce stalo, dostala se z nemocnice. Chodil jsem do práce vlastně ještě chvíli, když přišla z nemocnice.**
- T A to jste mohl nechat ženu samotnou doma?
- MI-30 **Ne, to ne. To bych si nedovolil. Byl jsem tam jen určitý dny, musel sem eště něco dodělat, předat oddělení dalšímu mistrovi, kterej nastupoval po mně. Tu dobu tady byla Maruška a starala se o ženu. Sama tu nikdy nebyla. No pak asi za rok dostala invalidní důchod, já sem ve starobním. Dva důchodci.**

- T Záleží na tom, jak se cítíte, ne na tom, že jste důchodci.
- MI-31 **To jo, zatím se cítím docela dobře. To víte, mouchy stáří se ukazují, ale, co (mávně rukou). Hlavně, že sme spolu se ženou. Čím je člověk starší, tím víc nějak toho druhého potřebuje, váží si ho, chce s ním bejt. Asi ho nějak víc miluje. Teda miluje asi není to pravý. To si nepředstavujte nějaký jako radovánky, to je dávno za námi.**
- T Můžu se zeptat, jak to myslíte, skoro? Nemusíte mi odpovídat, pokud nechcete, je to hodně intimní otázka.
- MI-32 **Tak co, no není to jako za mlada. Ale občas si ještě připomeneme, jak to vypadalo (úsměv, rozpaky). Ted' je to tedy horší, mnohem horší než před tou mrtvičkou. Ted' je to doslova občas, spíš zřídka, hodně zřídka (zamyšlení). Zena říká, ty dědku starej, co tě nemá. Má pravdu. Nemůžeme chtít všechno. Taky nejsem žádněj mladík, ale starej dědek (smích)**
- T Hm. Ještě se vrátím k práci. Vy jste pracoval jako mistr v nějaké továrně.
- MI-33 **Jo, dělal jsem mistra 10 chlapům. To byla docela dobrá práce. Někdy nervy, ale já si z toho zas takovou hlavu nedělal.**
- T A vídáte se s kolegy z práce i ted'?
- MI-34 **Ted' ani ne, dojížděl jsem do města. Jenom je tady na vesnici jeden kluk, kterému jsem šéfoval, tak vždycky debatujeme co a jak.**
- T A stýská se Vám po práci?
- MI-35 **Ani ne, už si rád taky odpočinu. Ale byl to kus života. Dělal jsem tam od doby, co jsem přišel z vojny. To je nějaká doba. Po maturitě na vojnu a hrrr do práce.**
- T A kdyby neonemocněla Vaše žena, chodil byste do práce i v důchodu?
- MI-36 **Ne, já měl plány, že budu u baráku, na zahradě, že si budu užívat důchodu. A tak to taky je, i když to není úplně veselý. Ale dneska už to není ani tragédie. Beru to tak, jak to je. (zamyšlení)**
- T A když jste přestal pracovat, nechyběli vám najednou peníze?
- MI-37 **No, je pravda, že peněz není nějak moc, ale co, nějak bylo, nějak bude. My tady na zahradě pěstujeme všechno možný, tak to nekupujeme. Nejvíc ted' utratíme za benzín, když jedeme na logopedii nebo k jinýmu doktorovi. Autobus tady nejezdí, jezdíme pořád autem. Ted' tedy taky za léky, za poplatky u doktora. Drahota je všude. Musíme víc počítat, to jo, to určitě.**

- T Jestli tomu dobře rozumím, platíte nejvíc z důvodu nemoci Vaší paní?
MI-38 **Jo, to jo. Já jsem na štěstí zdravěj, zatím. Za její léky na tlak, na paměť, na cévy, brala taky něco na žaludek, vlastně pořád bere. Nevím na co všechno, něco to stojí. Ale hlavně, když jí to pomáhá. Eště bych chtěl ňáký to cvičení pro ni, aby chodila, na tu rehabilitaci. Tam bych s ní taky jezdil, ale to jí nikdo nenapíše. Chodila jenom, když byla po mrtvičce, teď ne. Ale fňuká, že jí bolejí záda. Za to bych ty peníze taky dal, ale kam se tady z tý vesnice člověk dostane, nikde nic. Taký žádnej doktor nechce moc nic napsat, to je těžký (pauza) Víte, peníze nikdy pro mě nebyly a nikdy asi nebudou všeko. Jedině, že bych se zbláznil a byl hamoun (smích).**
- T A na čem Vám tedy v životě záleží?
MI-39 **Mně vždycky na rodině, na tom, aby byly ty moje všechny tři holky spokojený. Já neměl tátu, odešel od nás, když bylo sestře šest a mně čtyři roky. Nikdy bych nechtěl, aby to zažily moje děti nebo i vnoučata.**
- T Nejvíc v životě Vám tedy záleželo a záleží na tom, aby fungovala rodina.
MI-40 **Hm, určitě. To vím bezpečně(zamyšlení). Je to asi blbý u chlapa, že to tak řekne, ale já se za to nestydím. Já to tak mám**
- T Já na tom nic spatnýho nevidím, naopak, je to moc hezký. Přeju Vám všem, abyste spolu byli všichni ještě hodně let.
MI-41 **Děkuju.**
- T Já děkuju Vám, že jste si se mnou povídal.
MI-42 **Nemáte vůbec za co, bylo mi ctí. Hodně štěstí i Vám.**
- T Moc Vám děkuju.

Pár číslo 3

Žena 2 s afázií

- T Jak nejčastěji trávíte všední den?
Ž2(A)-1 **Dopoledne doma.**
- T Co děláte doma?
Ž2(A)-2 **No, to je různé. Ale nejčastěji uklidím, uvařím, vyperu, žehlím.**
- T A odpoledne?
Ž2(A)-3 **Tak to je různé. Někdy jdu hm tak to jedu do města, za manželem.**
- T Manžel na Vás někde čeká?
Ž2(A)-4 **Ne, ne to já metro, čekám na něj na metro. Taky někdy jdu za ním do práce, do kanceláře. Jinak nechodím nikde. Já jsem jako taková jako jak to řekne, to bojím jako jako vyplašená někdy nebo tak. Tak chodím jenom kam někdy umím.**
- T A kam to je?
Ž2(A)-5 **Za manželem, k doktorovi, na logopedii hmmm jinak nikam sama .**
- T As manželem chodíte kam?
Ž2(A)-6 **No. Na výstavy, do muzea, na koncerty, do no jak se to řekne, na obrazy jak tam jsou.**
- T Do galerie?
Ž2(A)-7 **Tak, garerie.**
- T A co děláte večer?
Ž2(A)-8 **To máme rádi divadlo. To chodíme často. Doma, tak hmmm táák si čteme knížku, časopisy, televizi koukáme.**
- T Jaké čtete časopisy?
Ž2(A)-9 **Kupujeme 100 + 1 nebo Koktejl, někdy hmmm, no jako hmmm Reflex.**
- T A denní tisk čtete?
Ž2(A)-10 **Někdy, hmmm domů chodí jen v hmmm když nechodí se do práce, hmmm w w w (přemýšlí) sobotu.**
- T A sobotní čtete pravidelně?
Ž2(A)-11 **To ano.**
- T Máte ještě nějaké společné zájmy?
Ž2(A)-12 **Hm, kolo na výlety, v zimě jak se to řekne, hmm lyžníkujeme.**
- T A lyžujete na sjezdovkách?
Ž2(A)-13 **Ano, i na sedovkách. Já jsem mladá jezdila závodit. Ale to, to moc teď jezdím tak rychle, ne. To dřív.**

- T Jezdíte i na běžkách?
Ž2(A)-14 **Ano, to tam ta hmmm jak hory hmmm nóóóó rychle hmmm chalupa. Tam jezdíme, tam je to moc krásné (zamyšlení, ve výrazu obličeje spokojenost).**
- T A jezdíte na dovolenou?
Ž2(A)-15 **To taky. Když jsem byla hm, hm jako to hm zdravá, tak jezdili jsme do Ameriky, do moře a tak.**
- T A teď ne?
Ž2(A)-16 **Ne, pan doktor říká, že není to dobře to létat. Tak tady v Čechách jezdíme, tady taky krásné.**
- T A manžel jezdí do ciziny?
Ž2(A)-17 **Ne, to ne. My jsme byli jenom spolu tam. Tam hmmm učil, hmmm ne učil, nóó univerzita studoval ten syn. No a pracuje tam. Taky se, si našel tu dívka a je jeho manželka. Máme taky Samuela, tam.**
- T To je druhý syn?
Ž2(A)-18 **Ne, to je kluk.**
- T Vnuk?
Ž2(A)-19 **Ano, nuk. To oni teď létali sem, teď byli tady měsíc asi. Na létě zase budou tady. To se moc těším (nadšeně).**
- T Kdyby Vám to pan doktor dovolil, letěla byste do Ameriky?
Ž2(A)-20 **Nevím, asi ne. Já se bojím.**
- T Čeho?
Ž2(A)-21 **Tak hmmm všechno. Kdyby se to opakovalo, (pauza). Já nemohla mluvit. Pořád to není takové, jak bych řekla, to dobré. Pořád něco nevím, jak se řekne. Chodím na tu logopedii, pořád, to už dlouho, hodně, čtyři roky. Paní doktorka je hodná.**
- T To je dobře. A jezdíte na rekondiční pobyty?
Ž2(A)-22 **To hmmm já chtěla bych jet. To mi pomohlo, ale ale (pauza, zamyšlení, pohled do strany) bojím se.**
- T Čeho se bojíte?
Ž2(A)-23 **Nevím, tam nikoho neznám, taky bojím tam, kde to neznám, hmmm a tak.**
- T Tam byste poznala spoustu lidí, kteří mají podobné problémy jako Vy, nemusíte se bát.
Ž2(A)-24 **Tak, ano, to ano, hmmm jako pojedu asi.**
- T Můžu se zeptat, máte nějaké kamarádky?
Ž2(A)-25 **Mám, ale nebydlí v Praha, moc se hmmm to nevidíme. Škoda. Jinou kamarádku nemám (smutně).**
- T Jak často se asi vídáte?
Ž2(A)-26 **Když přijede do Praha, jinak ne. Já za ní už nejela. Jen málo. Manžel tam mě veze auto.**

- T A dřív jste za ní jezdila?
Ž2(A)-27 Ano, to ano (zamyšlení, povzdech) **Když jsem byla zdravá. Jezdila jsem tam s autem.**
- T Teď autem nejezdíte?
Ž2(A)-28 Ne, bojím se, nemůžu.
- T A vadí Vám, že nejezdíte?
Ž2(A)-29 No, ano, trochu. Jezdila jsem kam potřebovala, hlavně za kamarádka.
- T Hm. A jak se teď dostanete třeba na nákup?
Ž2(A)-30 S manželem jezdím.
- T Sama nenakupujete?
Ž2(A)-31 Jenom tady v no , jak to mám říct, v samosluze.
- T Tady na sídlišti?
Ž2(A)-32 Ano.
- T Kdyby tu nebyla samoobsluha, ale pultový prodej, nakupovala byste tam?
Ž2(A)-33 Kdybych jako měla říkat co chci?
- T Ano.
Ž2(A)-34 Nevím, musela bych napsané mít.
- T Proč byste to musela mít napsané?
Ž2(A)-35 No hmmm věděla, vzpomenu jak to řekne.
- T Paní prodavačka by určitě počkala, až si vzpomenete.
Ž2(A)-36 Asi ano hmmm (zamyšlení, pauza, pootočení hlavy doprava) ne, mě to vadí, je mi to, jak se to řekne (pauza) nepříjemné. Někdy mám zlost, nemůžu přijít na to, jak to řekne.
- T Jste z toho nervózní?
Ž2(A)-37 Hrozně. Někdy jsem jako, jakóóó blbec. To neumím říct jinak (smutný pohled, zamyšlení), **jakóó nikdo neříká mi to, že já blbá, to ne, to sama já mám vztek** (zvýšení hlasové intenzity)
- T A máte vztek i na lidi okolo?
Ž2(A)-38 Hm, to ne (kroutí hlavou). **Někdy jsem na manžela ne vzteklá, ale ale ne hodná, ale hm, ale to není ono, hmmm.**
- T Protivná?
Ž2(A)-39 Ano, jinak, hmmmmmm nepříjemná, tááák, to je ono (zvedá ukazováček na znamení, že si vzpomněla)
- T Jak na to manžel reaguje?
Ž2(A)-40 Nijak, (pauza, přemýšlí). **Nebo, nebo se ptá, co se stalo. Já, já protivná, to vím** (skloněná hlava, povzdech)
- T To nebude určitě tak hrozné. A jaký je Váš muž?
Ž2(A)-41 Hodný člověk, to, jako, nenechal mě.
- T Vážíte si ho?
Ž2(A)-42 Hmmm (přemýšlí, dívá se z okna), **to ano.**

- T Za co si ho vážíte?
Ž2(A)-40 Ze, že, že (pauza, přemýšlí), **jak se chová teď ke mně, co dělá. Je to, je, je, je dobrý člověk. On nenechal mě, pomáhá mi.**
- T Jste s ním šťastná?
Ž2(A)-41 **Hmmm to to jako hmm** (zamyšlení, dává ruce na konferenční stůlek, hladí si palcem dlaň druhé ruky) **spokojená.**
- T Jak se choval po Vaší příhodě?
Ž2(A)-42 (Zamyšlení, povzdech, ruce dává do klína, mne si je) **Já, já pořád plakala, nic jsem nemohla říkat. On byl se mnou, jako mě jak, aaaa jak hmmm, říkal, že to bude lepší. Jako, že mi se vším bude pomáhat.**
- T A pomáhá?
Ž2(A)-43 **Pomáhá. Doma toho dělal moc, všechno. Já** (pauza) **já jsem nechtěla dělat nic. Já jsem nevěděla, proč, proč** (pauza) **hmmmm to mám dělat.**
- T Jak to myslíte?
Ž2(A)-44 **Jako, jako nevěděla jsem, nemohla jsem skoro mluvit, nemohla nic. Nechtělo se mi nic, jako, jakóó, žeeeeeeee to nemá nic cenu. Já dělala dřív knihovnu, mluvila o knížky áááááá co mohla potom?**(smutný výraz, povzdech, zamyšlení)
- T Vadilo Vám, že nemůžete mluvit.
Ž2(A)-45 **Tak.**
- T A myslíte si, že život nemá cenu?
Ž2(A)-46 **Tak, tak. To bylo moc špatné** (slzy v očích), **moc, moc. To manžel byl jako ten, ten jako hm chtěl, nóóó jako udělat dobře, ale, aléééé** (pauza, hluboký povzdech, utírá si slzy) **alééé to se mnou bylo těžký ve všem. To ale říkal, to bude dobré.**
- T Že to zvládnete?
Ž2(A)-47 **Tak. Potom my chtěli, teď je to dobrý to my zvládli spolu** (hluboký nádech a výdech).
- T Hm, to je dobře. A jak Vám manžel pomáhal?
Ž2(A)-48 **Tak, všechno uklízel, kupoval, vaříkoval, já byla špatná, tak psychicky, hlavně. Já brečela, smutná.**
- T A říkala jste to i nějakému panu doktorovi?
Ž2(A)-49 **Ano, byla jsem** (pauza, rozpaky) **za psychitrem** (pauza), **byla. Já nevěděla, co mám dělat.**
- T To je naprosto v pořádku, že jste si nechala pomoci.
Ž2(A)-50 **Styděla jsem se.**
- T To se vůbec nestydíte. Je důležité, že se cítíte lépe.
Ž2(A)-51 **To je. Ale, ale** (pauza) **léky pořád beru, to pořád** (smutně, s pocitem studu)
- T Hm. To určitě s panem doktorem vyřešíte, jak dlouho je máte brát. To není nic špatného. Naopak, je dobře, že jste za ním šla. Nemáte se za co stydět.
Ž2(A)-52 **To manžel taky mi říká.**

- T Kdo Vám řekl, že máte jít za tím panem doktorem?
Ž2(A)-53 To sama. Manžel šel ale se mnou. Nenutil mě tam jít. To sama. On nervy se mnou má dobré, že vydrží to.
- T Má Vás rád, tak pro Vás chce jen to dobré.
Ž2(A)-54 Já (zamyšlení, pauza, hluboký nádech) taky ho mám ráda.
- T To je moc dobře.
Ž2(A)-55 To ano.
- T Bydlíte tady v paneláku. Jaké máte sousedy?
Ž2(A)-56 Dobré. To je mladá rodina. Hočičku mají, tak Samuel.
- T Povídate si s nimi někdy?
Ž2(A)-57 Ano, ta paní je hodná, hmmm moc, pomáhá mi taky.
- T S čím Vám pomáhá?
Ž2(A)-58 No nákup, třeba jako holíky na snídani jde kupovat někdy.
- T Takže Vám koupí čerstvé rohlíky, abyste nemusela do obchodu.
Ž2(A)-59 Tak. Je moc hodná. Taky na tom jak ty písek, babky děti dělají. Tak tam taky s ní na lavice sedím a povídám.
- T Hm. Holčička si dělá bábovičky na písku a Vy si povídate s maminkou. To je dobře.
Ž2(A)-60 To já je mám ráda. Ta Nikolka je krásná, já moc ráda s nima povídám. Paní dojde ke mně, zazvoní a povídáme si spolu. Na to těším, moc (usmívá se). Samuel tady není, to škoda (povzdech, smutný výraz ve tváři). Tady jenom manžel můj. Jinak nikdo. Oni tam (povzdech, výmluvné gesto „co se dá dělat“).
- T Chtěla byste ho vidět častěji.
Ž2(A)-61 Ano, hodně častěji. Ale nejde to.
- T Vy jste pracovala v knihovně
Ž2(A)-62 Ano.
- T A vidíte někdy svoje bývalé kolegyně?
Ž2(A)-63 Někdy, málo. To tam jsem pracovala ráda. To byla hezká práce. Ale, alééé holky asi nemají čas, sem nechodí. Můžou k nám jít kdykoliv (pauza). No, hmmm tydy nebyly, co jsem doma (pauza, lítost).
- T Říkal jste mi, že čtete pořád knížky.
Ž2(A)-64 Ano, to ano.
- T Kam si je chodíte půjčovat?
Ž2(A)-65 Tady na sídlišťě. Manžel taky pucovat může tady, taky tam, co pracovala já.
- T A Vy tam s ním tedy moc nechodíte?
Ž2(A)-66 Tam co já pracovala?
- T Ano, tam.
Ž2(A)-67 Moc ne, někdy ano, hmmm to je daleko, sama tam hmm jezdit nejde. To je složité, aby to hmmm jak jako netrefit. Manžel tam jde taky málo. Tady víc chodíme.

T Hm. Máte strach, že byste zabloudila?

Ž2(A)-68 Ano, tak.

T Úplně na závěr. Co Vám teď dělá radost?

Ž2(A)-69 Ze tady povídáme (spokojený výraz ve tváři).

T Tak to jste mi taky udělala radost. Moc Vám děkuji, že jste si na mě udělala čas.

Ž2(A)-70 Nemáte za co, to já děkuji. Když hmmm když budete mít cestu tady, ráda vás uvidím.

T Mokrát děkuji za pozvání.

Muž 2 (partner)

- T Jak nejčastěji tráví manželka všední den?
M2-1 **Doma. Nechodí do zaměstnání, je v invalidním důchodu, tak se věnuje domácnosti. Uklízí, vaří, pere, žehlí, prostě normální věci, které se točí okolo chodu domácnosti.**
- T Takže je naprosto soběstačná.
M2-2 **Ano, to ano, to nemám starost.**
- T A je něco, co Vám dělá starost?
M2-3 **Víte, já mám největší strach, aby se někde neztratila. Nějak hůř se orientuje, hlavně tedy mimo známá místa. Má trasy, kde si myslím, že to všechno zvládá bez problémů, ale abych ji vyslal někam něco vyřídit, na úřady, do divadla, na koncert, prostě kamkoli, prostě někam, kde to bezpečně nezná, tak to bych si nedovolil. Ona je z toho naprosto vynervovaná.**
- T Hm. A kam tedy "chodí sama bez Vás?
M2-4 **Sama chodí nakupovat u nás na sídlišti, teď tedy i na logopedii, k praktickému lékaři taky. Ten je tady na poliklinice. Ale třeba na neurologii nebo na psychiatrii, to bych se neodvážil ji poslat samotnou. To už musí městskou, to je problém.**
- T Takže městskou sama vůbec nejezdí?
M2-5 **Ne, vlastně ano. Ale jenom metrem, nikde nepřestupuje, východ z metra je taky jednoduchý, tak to ano.**
- T A kam tím metrem jede?
M2-6 **To jsem vlastně neřekl. Za mnou do zaměstnání. Protože mám kancelář u metra, tak to zvládne. Ale stejně moc v klidu nejsem. Ale zase ji nechci úplně omezovat. Manželka ty změny totiž nese poměrně těžce. Bývala naprosto samostatná a teď (pauza, zamyšlení, povzdech). Jezdí za mnou, když jdeme třeba do divadla, do kina, na výstavu, na večeri, prostě za kulturou, kterou máme oba od vždycky rádi. Chodíme skutečně často.**
- T Hm, to je perfektní. Teď jste říkal, že manželku nechcete úplně omezovat? V čem máte pocit, že ji omezujete?
M2-7 **Mám pocit, že téměř ve všem. Byla zvyklá, že celý život pracovala s lidmi a nejdnou je zavřená více méně pořád doma. To je nejhorší, ta nucená samota.**
- T Hm, a kde pracovala?
M2-8 **V knihovně. To ji opravdu bavilo. Knihy má ráda dodnes. Ještě, že může číst, to je její štěstí, to je naše záchrana.**
- T A co čte?
M2-9 **Všechno, co jí přijde pod ruku, jak se říká. Ne, to zas ne, dneska se to asi tak nezdá, ale ona je moc chytrá ženská, je sečtělá. Nikdy nečetla žádný brak a to jí zůstalo.**

- T
M2-10 Takže stále čte knihy,
Hodně.
- T
M2-11 A časopisy, denní tisk?
To odebíráme nebo pravidelně čteme Reflex, Kokteil, 100 + 1. A noviny? Tam je to horší. Byla zvyklá v knihovně každý den nějaké noviny prolistovat. Ted' domů noviny odebíráme jenom v sobotu, jinak ne. tak v sobotu je přečte.
- T
M2-12 A neuvažovali jste o tom, že by Vám chodily noviny denně?
Já jsem jí to nabízel, já to nepotřebuju, protože mám denní tisk v zaměstnání, ale chtěl jsem pro manželku, nechce, že je to zbytečné, nutit ji do ničeho nebudu. To jsem ostatně nedělal nikdy.
- T
M2-13 Hm, a diskutujete o problémech?
To každopádně. Víte, my jsme na sebe hodně fixovaní, máme v podstatě jenom jeden druhého, žijeme tak nějak pro sebe, obzvlášť ted', nebylo to u jednoduché, hlavně po té příhodě (pauza, zamyšlení, povzdech). Vztahy jsou prostě umění samo o sobě. Vše zvládnout se ctí je nesnadný úkol. Všichni chybujeme, někdo víc, někdo méně (mne si ruče, je partná nervozita, psychomotorický neklid, hledí do země).
- T
M2-14 Myslíte, že to manželka nese těžce, že už nepracuje?
To nemyslím, to vím. Chybí jí ty spolupracovnice, pracovala tam mnoho let, ta atmosféra knihovny, ti čtenáři jí chybí. Prostě lidí. Když je každý den dopoledne téměř stejný, tak to není příliš povzbuzující. Je to prostě poměrně stresující situace, i když si člověk říká, že je rád, že se zdravotní stav zlepšil a je na tom tak, jak je. Ale, aléééé (pauza, pohled z okna) prostě nastala situace, na kterou jsme nebyli připraveni, není to to, jednoduché. Ten vztah je zatížený něčím, na co nebyl připraven, s čím se člověk těžko srovnává. Ale na druhou stranu (pauza, tleskne, následně si mne ruče) v podstatě není příliš nač si stěžovat, hlavně, že jsme to všechno snad ustáli.
- T
M2-15 Hm. A nemá Vaše žena nějakou kamarádku, se kterou by se stýkala?
Kamarádku má, ale žije mimo Prahu, moc se spolu nevidí. Ona chodí do zaměstnání, dopoledne není doma, a ááááá odpoledne má spoustu starostí kolem domácnosti, vždyť to znáte. Má rodinu, dceru s rodinou v baráku, tak je pořád co dělat. Ale musím říct, že když byla žena před těma téměř už dvěma lety v nemocnici, tak za ní jezdila každý týden. To je pravda.
- T
M2-16 A jak často se vídají ted',
Ted' poměrně málo. Určitě by uvítala, kdyby ji viděla častěji, to bez pochyby. Ono je to tak. Když byla zdravá, tak za kamarádkou jezdila po práci autem. To se dalo docela dobře. Ted' samozřejmě nejedí, což je další problém, to jí taky není příjemné, to nese taky těžce, že už nejedí. Vlastně si netroufnu ji poslat ani autobusem, to prostě nejde.

- T
M2-17 A kamarádka za manželkou nejezdí, když už není v nemocnici?
Tam je problém, bojí se do Prahy autem, jezdí autobusem. A víte, jak je to se spojením. Spíš, když jede služebně, tak to se snaží vždycky se u nás zastavit, jinak opravdu málo. Často si ale telefonují.
- T
M2-18 A Vy manželku ke kamarádce neodvezete autem?
Víte, jak to v Praze je. Pracuju do večera, kam potom jezdit. O víkendu se snažíme trochu sportovat, abychom si udržovali trochu kondičku, nebo se jedeme někam podívat, na výlet, prostě chci trávit čas nějak smysluplně.
- T
M2-19 A setkat se s dlouholetou kamarádkou není smysluplné?
Ale ano (mírně rozhněvaně). To nikomu neupírám, ale trávit tam nevím kolik času, půlku víkendu? Ale zase abych nevypadal jako nějaký tyran, my se tam stavíme třeba na dvě hodinky, když jedeme okolo. To určitě. Ale moc často to asi není. Dřív se holky viděly určitě víc, to určitě.
- T
M2-20 Dalo by se odhadnout, jak často tam zajedete?
Tak pětkrát do roka. Vždycky na Vánoce, na Velikonoce a když má Marta, ta kamarádka, narozeniny. To už je taková prazvláštní zaběhnutá tradice (zvláštní výraz ve tváři - vyjadřující „co se dá dělat, nějak to přetřpím“) Potom, když jedeme náhodou okolo, jinak opravdu ne. Manželka by určitě uvítala, kdyby to šlo častěji, ale já skutečně tolik času nemám (ukazovák u úst).
- T
M2-21 Hm. Teď se vrátím ke sportu. Sportujete společně?
Vlastně teď jenom spolu. V létě kolo, v zimě lyže. Já jsem dřív trochu lezl po skalách, ale teď už ne.
- T
M2-22 Proč?
Víte, ona manželka už tak je doma pořád skoro sama, ještě kdybych ji zanedbával ve volném čase, to mi přijde hodně nefér. Lézt po skalách není záležitost jedné, dvou hodin. To se nedá. My to teď řešíme tak, že chodíme na výlety. Skály si prohlédnu ze země, jde to taky, i když z té výšky je to jiné, lepší, ten adrenalin, ten dělá své.
- T
M2-23 A co dovolené, trávíte společně?
Samozřejmě. Dřív jsme hodně létali do Los Angeles, máme tam ženatého syna a vnoučka. Ale teď to zase už nejde. Manželka je rozumná, dá na doporučení lékařů, že pro ni takové dlouhé lety nejsou příliš vhodné, tak už tam nelétáme.
- T
M2-24 Ani Vy?
Ani já, myslím, že by to ženě bylo moc líto. Ona je poměrně hodně citlivá, teď ještě daleko víc, než předtím.

- T Myslíte před příhodou?
- M2-25** Hra. To určitě. Chodí i na psychiatrii, měla velké deprese, prostě to nezvládala. Byla naprosto apatická, odmítala cokoli dělat, nic nemělo smysl, význam, mám pocit, že se jí snad nechtělo ani žít. To bylo hrozné období, zvládal jsem to obtížně. Když už jsem měl pocit, že to nezvládnou, musel jsem vždycky alespoň na chvíli odejít, vypnout, odreagovat se a zase se vrátit. Asi jsem to nezvládal tak, jak by bylo žádoucí. Ale už je to za námi a náš vztah je troufám si říci, je poměrně pevný (sundává si brýle, mne si oko).
- T Hm. Mluvil jste o psychiatrii. Kdo manželku přivedl k rozhodnutí, že vyhledá odbornou pomoc?
- M2-26** Nakonec se rozhodla sama, ale hodně jsme o tom mluvili. No spíš já mluvil, manželka na tom byla s řečí mnohem hůř, než je teď. Ale já jsem neměl problém se s ní dorozumět. Já jsem měl problém s její úzkostností, depresemi, apatií. Bylo to vyčerpávající, to rozhodně nepopírám. Ale pro ni to byla a je pořád daleko horší situace, to si uvědomuju moc dobře. Já měl kam utéct, ať už to bylo kamkoli, ona ne (pauza, zamyšlení, upravuje si brýle na nose).
- T Hm. Jste tedy rád, že na psychiatrii dochází?
- M2-27** Samozřejmě, bere antidepresiva a je celkově mnohem klidnější, já ostatně taky. Nemám strach, že by si něco udělala. Přejde mi to, že je to pod kontrolou.
- T Ten strach jste předtím měl?
- M2-28** Měl. Byl jsem taky téměř na dně. Nebylo to jednoduché. Opravdu žádná činnost, aktivita ji nezajímala.
- T Kdo se tedy staral o Vaši domácnost?
- M2-29** Já. V té době jsem do práce na čas nechodil. Byl jsem s ní čtyři měsíce doma. Práce šla stranou, bylo to těžké. Příjem téměř žádný, v té době jsem byl vlastně normálně zaměstnaný, nebyl jsem svým pánem. Ale jít do práce bylo nemožné. Manželka sice fyzicky byla schopná všeho, neměla problém cokoli udělat, to ne. Ale psychicky byla totálně na dně. Tak jsem všechno musel obstarat sám, nic jiného se nedalo dělat, pro mě je důležité, že už je to nesrovnatelně lepší. Skoro všechno se dá vydržet, když člověk chce.
- T Vy jste evidentně chtěl.
- M2-30** Když Vám na někom skutečně záleží, pojí Vás mnoho společně prožitých let, prožitých relativně v pohodě, pojí vás zájmy, samozřejmě láska v nějakém smyslu (pauza, zamyšlení, ukazovákem se škrábe za uchem)
- T Můžu se zeptat, láska v jakém smyslu?
- M2-31** To je jako spíš to, že si jí vážím, mám ji rád, ale nějaká zamilovanost, vroucí láska jako před třiceti lety to pochopitelně není. Sexuální aktivita asi upadá i s věkem, to je zřejmě normální. Někdy je to umocněné například nemocí, tak to prostě je.

- T Můžu se v této souvislosti zeptat na naprosto intimní otázku? Když nebudete chtít odpovědět, samozřejmě to respektuji, nic se neděje.
- M2-32 Dobře, ptejte se** (poposedne na židli, patrné známky nervozity, rozpaků).
- T Hovořil jste o tom, že někdy je sexuální aktivita změněná i vlivem onemocnění. Je to tak i ve Vašem případě?
- M2-33 No, no** (pauza, škrábe se na tváři) **to to je otázka vskutku intimní** (pauza, hluboký výdech). **Ale dobře, jistě toho nebudete zneužívat.**
- T To jistě ne, ale zcela anonymně to budu vyhodnocovat, to ano, to ostatně víte.
- M2-34 To samozřejmě vím, to je mi jasné. Ono zase je to lidské, tak tedy. Ano, náš sexuální život se změnil velmi podstatně po prodělané příhodě. To manželka byla negativistická či spíš apatická vůči veškerým aktivitám. Takže to náš sexuální život z našeho společného života naprosto vymizel. V té době mi bylo padesát tři let, vyrovnával jsem se s tím určitě hůř než manželka, nevěděl jsem, co dělat, jak to řešit. Prostě to tak bylo, bylo to těžké, nebyl jsem starý** (škrábe se ukazovákem za uchem vytahuje kapesník a utírá si ruce).
- T A jak je to nyní?
- M2-35 Děkuji za optání** (rozpačitý smích), **teď je to lepší, všechno se tak nějak srovnalo, vyřešilo** (pauza) **asi, není to zcela takové, jako před příhodou, ale, ale snad je to v normálu, teď jsem spokojený, situace je doufám vyřešená** (škrápe se ve vlasech).
- T Děkuji za odpovědi, vážím si toho. Teď na jiné téma. Stále chodíte do zaměstnání, jaká je Vaše profese?
- M2-36 Já jsem vystudoval filozofickou fakultu. V současnosti jsem soukromý podnikatel. Na nedostatek práce si nestěžuju, ale dá se to zvládnout. Ještě mám čas na volnočasové aktivity, tak jsem vcelku spokojený.**
- T Hmm. A máte ve spojení s onemocněním Vaší manželky větší finanční výdaje?
- M2-37 Výdaje? Jediné výdaje, které ve spojitosti s nemocí ženy jsou spojené s léky a lékařskou péčí. To se ale zvýšilo všem lidem, kteří potřebují lékařskou péči. Ano, za léky platíme jistě víc, protože opřed onemocněním manželka žádné léky neužívala. V současnosti to ale není zase nějak závratná suma, kterou doplácíme. Bere ta antidepresiva, léky na ředění krve, na tlak, teď užívá ještě jedny léky na podporu imunity. Možná ještě něco, ale to přesně nevím. To si hlídá manželka sama. Obecně můžu říct, že nás její nemoc na našem rodinném rozpočtu neohrožuje. Ale samozřejmě hovořím o naší konkrétní situaci. Jistě na tom budou daleko hůř lidé, kteří mají oproti mně mnohem menší příjmy. Já skutečně velmi slušný příjem. To samozřejmě nelze paušalizovat.**

- T To je samozřejmé. Mě zajímá Vaše konkrétní situace. Jezdí manželka na rekondiční pobyty?
- M2-38** **To nejezdí, ale informovali jsme se. Myslím, že by jí to ale psychicky pomohlo, je tam spousta lidí, majících stejné či podobné problémy. Mají tam nějaký program, nějaké terapie, chodí tam i na logopedii, na ergoterapii, na rehabilitaci. Tak proč by nejezdila, myslím, že by měla. Jinak, jinak k takovým aktivitám kromě logopedie tady v Praze nepříjde. Ergoterapii si myslím, že snad ani tak nepotřebuje, ale , ale mrzí mě, že třeba častěji nechodí na fyzioterapii, na rehabilitaci, jakoukoliv. To by ji taky pomohlo, aspoň by se víc odreagovala. Klidně bych ji tam doprovodil. Ale žádný lékař jí to dlouhodobě, samozřejmě nenapíše. A řešit to nějakou dlouhodobější terapií znamená, aby jela do lázní, což v jejím případě taky není podle mě vhodné (pauza) nezvládla by to psychicky, je z něčeho pořád vynervovaná, musel bych jet s ní. No, ta rehabilitace by byla optimální. Párkrát jí to lékař napsal, ale to podle mě nemá příliš cenu. Říkám si ale, že se stále snažíme sportovat, tak nějakou fyzickou aktivitu má, nesedí jenom doma.**
- T Hm. Říkal jste, že navštěvuje logopedickou ambulanci, vím, že dochází na individuální terapii. Proč nechodí i na skupinovou terapii?
- M2-39** **Ptal jsem se jí, proč nechodí. Manželka mi řekla, že nemá čas a že taky neví, jak by se tam dostala. Nechci jí křivdit, ale myslím si, že spíš tam nechce chodit. Ona má totiž stále nějaký blok, má problémy se vyrovnat s tím, aby hovořila před větším počtem lidí, že se s tím prostě nevyrovnala. Já bych si to v zaměstnání zařídil, abych s ní mohl chodit, to manželka dobře ví. Prostě si to vysvětluji takto. Když se totiž vrátím k těm rekondičním pobytům, taky nechce jet, hledá nejrůznější důvody, proč nemůže. Mám prostě neochvějný pocit, že se stydí, že, že se straní lidí. Ale, ale teď to vypadá, že se snad něco pohne kupředu.**
- T Co máte na mysli?
- M2-40** **Setkání s jednou paní, která byla na neurologické kontrole v době, kdy tam seděla i moje žena. Ona byla také po mozkové příhodě a vyprávěla ženě právě o pobytech. Poslouchal jsem jejich hovor, ta paní na tom byla podobně jako moje manželka. To jí snad pomůže v rozhodování.**
- T Jste rád?
- M2-41** **Jsem šťastný, myslím si, že je to skutečně dobrá věc pro všechny nemocné, ať jim je cokoli, nemusí to být jen afatici. Každý z nás potřebuje mít nějaké srovnání, nějakou spojitost s lidmi, které potkaly stejné problémy.**
- T Hm, já si to také myslím. Ještě kté ženě, kterou Vaše manželka na neurologii potkala. Stýkají se spolu?
- M2-42** **Bohužel ne, ta žena není z Prahy, byla jenom na kontrole.**
- T A má nějaký kontakt nebo stýká se nějakým člověkem s afázií?
- M2-43** **Bohužel ne, je to škoda, žádné známé tady nemá. Co já vím, tak si občas telefonuje s nějakou paní, která bydlí v Brandýse nad Labem, ale nevidají se. Manželka tam jezdit nemůže a ta paní taky ne. Ona má totiž ještě velké pohybové problémy.**

- T Hm, to je škoda. Ještě se chci zeptat. Bydlíte v paneláku, jaké tu panují sousedské vztahy?
- M2-44** **Jaké? Je to spíš takové téměř anonymní potkávání. O mnoha rodinách vím, že tady bydlí, u některých vím i ve kterém poschodí, ale že bychom se nějak setkávali, navštěvovali, to ne.**
- T Manželka taky s nikým žádný větší kontakt nenavázala?
- M2-45** **Co já vím, tak se stýká jenom tady na našem patře s takovou mladou paní, je na mateřské dovolené s malou dcerkou, tak s tou se baví. Hlavně ji přitahuje ta holčička. Naše vnouče je daleko, vidíme ho velmi zřídka, nejsme ti prarodiče, kteří mohou svá vnoučata vidět v podstatě kdykoli. To ji taky trápí.**
- T A jak se chová maminka té holčičky?
- M2-46** **Já ji v podstatě moc neznám. Manželka o ní docela často mluví, hlavně o té holčičce, tu má ráda. Někdy mám strach, aby se na ně žena nějak nezačala upínat, aby nebyly zklamaná z toho, že ta paní nezazvoní, nebude mít čas si s ní povídat. Ta paní má svůj život, je to jiná generace, stýká se s jiným okruhem lidí, prostě (pauza, zamyšlení) její život se ubírá jiným směrem, než život mojí ženy.**
- T A Vám se to jejich setkávání nelíbí?
- M2-47** **Nelíbí, nelíbí (zamyšlení) to se nedá říct, ale nechci, aby byla nějak zklamaná, už si toho prožila dost. Ale na druhou stranu jsem rád, že s ní někdo promluví.**
- T Jistě, to samozřejmě chápu. Tak jsme se propracovali až k závěru rozhovoru. Nezbyvá, než Vám upřímně poděkovat za čas, který jste mi věnovat a za ochotu, se kterou jste mi odpovídal. Děkuji pěkně.
- M2-48** **Nemáte za co, rádo se stalo, ať se vám daří.**

Pár číslo 4

Muž 2 s afázií

- T Jak nejčastěji trávíte všední den?
M2(A)-1 Tady.
- T Doma?
M2(A)-2 Jo (mrzutě).
- T A co děláte?
M2(A)-3 Nic.
- T Něco určitě ano. Čtete noviny?
M2(A)-4 Ne moc. Nezajímá, blbosti (podrážděně).
- T A zajímaly Vás někdy noviny?
M2(A)-5 Nerozumím. -
- T Četl jste dřív noviny?
M2(A)-6 Jo. Teď moc ne, nebaví. To někdy mám noviny a čtu, ale ale ne hmmm furt.
- T A čtete knížky?
M2(A)-7 Někdy. Taky bolí oko, tady tak (ukazuje, že mu slzí oči).
- T Slzí Vám oči?
M2(A)-8 Jo, nemůžu hmmm bolí. Ten doktor to řek, nemůžeš!
- T Pan doktor Vám to zakázal?
M2(A)-9 Jo, málo.
- T Říkal, že nemáte moc číst?
M2(A)-10 Jo, jo, jo. Dal kapky taky, tak (ukazuje Jak si kape kapky do oči).
- T A co děláte, když nečtete?
M2(A)-11 Ležim.
- T Teď ale sedíte.
M2(A)-12 To jo (mrzutě).
- T A co ještě děláte?
M2(A)-13 Sedat na to (ukazuje podrážděně na vozík), najíst musím, oblíkavat, lehnout umím.
- T To zvládnete sám?
M2(A)-14 Jo. (podrážděně, drží si plegickou ruku druhou rukou, mne ji)
- T To je moc dobře. Já chápu, že to nemáte lehké (pohyb na elektrickém invalidním vozíku, pravostranná hemiplegie).
M2(A)-15 Někdy Jitka říká, já zblázním, trvá to, ukaž, udělám. No to hmmm to (ukazuje umýt se) já neumím, to ne, to hmmm Jitka.

- T To je manželka?
M2(A)-16 **Jo, maženka.**
- T Tak Vás oblékne?
M2(A)-17 **Jo, tady taky to dělá** (vztekle ukazuje na vývod).
- T A Vy jí někdy pomáháte?
M2(A)-18 **Hmmm, neumím, to nejde** (ukazuje podrážděně na svoje tělo).
- T A pomáhal jste dřív?
M2(A)-19 **Hm, jo.**
- T S čím jste pomáhal?
M2(A)-20 **Vařit, já hmmm (ukazuje, jako že to bylo moc dobré, když něco uvařil) taky já to jídlo napukoval, taky to ukydý, ten zzzzzzzzzzz (ukazuje, že luxoval). Já (gesto, jako že býval výborný kuchař). To já všechno vařil. To uměl.**
- T Hm., byl jste výborný kuchař.
M2(A)-21 **No jéje hmmm** (radost, v zápětí smutek s gestem, „co se dá dělat“).
- T A co děláte společně s manželkou?
M2(A)-22 Co? (udiveně)
- T Chodíte třeba ven, na procházku?
M2(A)-23 **To jo. Ale nebaví, nechci** (podrážděně kroutí hlavou).
- T Proč nechcete?
M2(A)-24 **Nebaví tam jezdit.**
- T A co vás baví dělat s manželkou?
M2(A)-25 **To, že říká něco.**
- T Že si spolu povídáte?
M2(A)-26 **Jo, jo, to jo.**
- T A povídáte si často?
M2(A)-27 **Hmm, to jo, to taky někdy říká, nemám hmmm to čas, někdy to taky čete.**
- T Když má čas, tak Vám čte?
M2(A)-28 Jo.
- T Co Vám čte?
M2(A)-29 **To já ten časopis mám rád.**
- T Jaký?
M2(A)-30 **To tam ty domy stavít, zahrada, hmmm dům hmmm nóóó, tóóó**
- T Dům a zahrada?
M2(A)-31 **Jo, jo to ono. To znáte?**
- T Znam, my ho taky odebíráme.
M2(A)-32 **Vy taky barák a zahrada máte?**(se zájmem)
- T Taky máme dům se zahradou.
M2(A)-33 **Hm, dobrý, to dobrý pro ty malý ty hmmm tóóó děti. Tady zahrada dobrý.**

- T Pro všechny je zahrada dobrá i pro Vás.
M2(A)-34 Hmm to jo. Hodně teď ty malý ty hmmm Kuba, ta hmmm Kája, ten ten ježíš hmmm Honza a Martin.
- T To jsou vnoučata?
M2(A)-35 Jo, ta (bouchá se do hlavy), blbá, to hmm hrůza. To vztekává mě.
- T Zlobí Vás to, když si nemůžete vzpomenout?
M2(A)-36 To hmmm (smutný výraz ve tváři) hmmm to lituju to, to, hodně, to hmmm jo, to já taky zlobit na to.
- T A chodíte na logopedii?
M2(A)-37 Jo, to tam ne, to nebaví (odmítavě).
- T Proč Vás to nebaví?
M2(A)-38 Tam dělat něco pořád a a a ta Jitka hlavně by pořád hlídala, mluv, mluv, dělej ty ty to, co dal lopedka, mluv, mluv, to (předvádí rozčilení).
- T A Vy to nechcete dělat?
M2(A)-39 Ne, fuj, ne.
- T Hm (pauza). A z čeho máte radost?
M2(A)-40 Nic.
- T Nic? Z ničeho?
M2(A)-41 Ne.
- T Ani z vnoučat? Z Kuby a Káji, Honzy, Martina?
M2(A)-42 To někdy.
- T Tak vidíte. A chodí k Vám často?
M2(A)-43 Jo, když dlouho tady, tak já (ukazuje, že je rozčilený).
- T A co Vás rozčileje?
M2(A)-44 To jak uááá uááá
- T Že křičí?
M2(A)-45 Jo, já rád, že domů šli všichni.
- T Máte rád klid.
M2(A)-46 Jo.
- T A manželka Vás taky někdy zlobí?
M2(A)-47 Ta taky. Pořád jako dělat já říká, jak to říkala hmmm dělej něco. To já taky (opět ukazuje, že je rozzlobený).
- T Chce Vám určitě pomoc.
M2(A)-48 Do hrob, to jo. (směje se - poprvé!!!)
- T Ale to určitě ne. Snaží se Vám pomáhat, ne?
M2(A)-49 Ale jo, to pomáhat mi, ona hodná je. To já nemoh nic, když nemocnice šel.
- T A kdo Vám pomáhal se to učit.
M2(A)-50 Nóóó Jitka, já jako na ní můžu to hmmm jako věřit nebo jak (pauza), říkat.

- T Spolehnout se na ní, říct jí, co Vás trápí. Tak vidíte.
M2(A)-51 Ale jóóó (zamyšlení). To hodná je, to oblíkat, najíst ona učít. Já nic ne. Taky poradit mi všechno. Já nemůžu sám nikam, to pomáhá mi.
- T Vidíte, jak je hodná.
M2(A)-52 Hmmm, to moc. Kamarád ne.
- T Co kamarád ne?
M2(A)-53 Nemám.
- T Nemáte žádné kamarády?
M2(A)-54 Ne, hospoda jít pivo.
- T Nemáte s kým jít na pivo?
M2(A)-55 Jo.
- T A dřív jste chodil s někým na pivo?
M2(A)-56 To tam hmmm to tóóó stavba, tam dělali mi, jezdit tam.
- T Když jste jezdil na stavby. Tam jste chodili na pivo
M2(A)-57 Jo, není (gesto, co se dá dělat).
- T Hm. A chodíte někam s manželkou?
M2(A)-58 Hospoda? (smích) Ne (smějeme se oba).
- T Já myslím třeba do divadla?
M2(A)-59 Ne, já nemám nálada.
- T A chodili jste někdy dřív do divadla?
M2(A)-60 Ne. Jitka jo.
- T Manželka chodila sama?
M2(A)-61 Jo, taky ta holka a taky ta ta jak to povídat hmmm ta chodička ne neé nóó (klepe si na čelo), to nevím jak říkat.
- T No holka je dcera?
M2(A)-62 To jo, ale ale ta tamta.
- T Myslíte kamarádku?
M2(A)-63 Jóóó.
- T A manželka chodí teď do divadla?
M2(A)-64 No jo, málo ale. To málo tam chodí.
- T A do kina chodíte?
M2(A)-65 Ne, nikam, hmmm nikde nelíbí, (rozhodně).
- T A dřív se Vám v kině líbilo?
M2(A)-66 No, to já hmmm jít, hmmm to šel.
- T Díváte se na televizi.
M2(A)-67 Jo, to jo.
- T Na co se díváte?
M2(A)-68 To jedno, to ta hmmm ty hmmm blbosti.
- T Ale díváte se na všechno.
M2(A)-69 Jo. I ty jak dlouho tam pořád ty ty Ulice.

- T Na seriály?
M2(A)-70 Jo.
- T A posloucháte rádio.
M2(A)-71 Jo, taky.
- T A sportoval jste?
M2(A)-72 No, já tam ten míč (nadšeně pohyb nohou) **to nóó to kop.**
- T Fotbal?
M2(A)-73 Jo. To bylo dobrý. To hrál jéje, taky do toho (gestikuluje, jak fandil).
- T A co Vás ještě bavilo, dřív?
M2(A)-74 To já práci sem dělal. To stavba, já stavil.
- T Hmm, a to Vás bavilo?
M2(A)-75 Jo, to já jezdil hmmm to někam, doma ne.
- T Nebyl jste doma?
M2(A)-76 Jo.
- T Nespal jste doma, ale jinde.
M2(A)-77 Nespal doma hmmm stavba.
- T A chodí za Vámi chlapi ze stavby?
M2(A)-78 Chlapi, ne nechodí. To štve mě (smutně).
- T Chtěl byste je vidět?
M2(A)-79 Jo, ale nejde to. Nemůžu tam (ukazuje na vozík, na sebe). **Doma já pořád.**
- T Hm to chápu. A jaké máte sousedy?
M2(A)-80 To dobrý.
- T A chodí k Vám na návštěvu?
M2(A)-81 To jo, to někdy ta Máňa.
- T Máňa je sousedka?
M2(A)-82 Ta chodí, tu Jitka má ráda.
- T A Vy ji máte taky rád?
M2(A)-83 Jo, s tou ta hmmm sranda.
- T A Máňa k Vám chodí s manželem?
M2(A)-84 Ne on už není tady.
- T Umřel?
M2(A)-85 Jo, to dobrej chlap, není tady, umřel (smutně).
- T Hm. To je mi líto.
M2(A)-86 To jo, ten taky tady chodil.
- T Taky chodil na návštěvu.
M2(A)-87 Hm, jo. Ted' Máňa, ta taky dobrá.
- T Ještě se zeptám. Jezdíte na dovolenou?
M2(A)-88 Ne.

T A dřív jste jezdili?

M2(A)-89 Jo, teď ne. Nechci.

T Třeba by se Vám nějaká dovolená líbila.

M2(A)-90 Hm, nevim, ne nechci

T Tak to je všechno, na co jsem se Vás chtěla zeptat. Moc Vám děkuju.

M2(A)-91 Jo, dobrý, není to hmmmmm jak to říká hmmmmm zač.

Žena 2 (partnerka)

- T Jak nejčastěji tráví Váš manžel všední den?
Z2-1 **U nás je to v podstatě jedno, jestli je den všední nebo sváteční .On je po
tý příhodě neuvěřitelně pohodlný a hlavně se všemu poddává. Někdy
mám pocit, že se mu snad ani nechce žít, často vede takové řeči, jako, že
by se všem ulevilo, kdyby tady nebyl a tak. Je to opravdu psychicky
velmi náročný (hluboký povzdech). Někdy toho mám opravdu až nad
hlavu. Je s ním velká práce (pauza, zamyšlení). Téměř nic nezvládá a
když něco zvládá, je tak líný, pohodlný nebo nevím, jak bych to
nazvala, že než abych poslouchala to jeho lamentování a litování, tak to
radši udělám sama. Mě se uleví s nervama, když to jde rychle.**
- T A co Váš manžel zvládne sám?
Z2-2 **Sám? (pauza, povzdech) Sám snad jenom, že se nějak dostane z postele,
jinak na všechno kašle, vůbec se nesnaží, radši pořád na něco nadává
(smutně, odevzdaně).**
- T Říkáte, že pořád nadává. Máte pocit, že nadává častěji než dřív?
Ž2-3 **Ten nadává skoro pořád, to dřív nebylo. Taky nebyl pořád doma. Ted'
je tady zavřenej, vzteklej, nervózní kvůli všemu.**
- T A má o něco zájem?
Z2-4 **Pffffffffff, zájem?(hořký úsměv) Jeho jedinej zájem je tak ležet.**
- T A čte třeba?
Z2-5 **No to vůbec, jako kdyby neuměl ani číst. Spíš se jen jen vymlouvá na to,
že nemůže číst, protože mu to nedělá dobře na oči, že slzí a já nevím, co
ještě. Když už neví kudy kam, tak řekne, že mu říkal doktor, že nemá
číst, to je ale nesmysl (rozzlobeně). Na očním jsem tam s ním byla a nic
takýho jsem skutečně neslyšela (klidně, odevzdaně, hladí si hřbet ruky).
Dostal kapky, to jo, ale o čtení nepadlo ani slovo.**
- T Takže manžel vůbec nečte?
Ž2-6 **Ne, prostě ne. Víte co dělá, když chce vědět něco co ho zajímá?**
- T To netuším.
Z2-1 **Zavolá mě, abych mu to přečetla. Ale na to já fakt nemám pořád čas.
Mám práce až nad hlavu. On je tak pohodlný, až to bolí. Radši se bude
vymlouvat na všechno možný (utrápený dlouhý a hluboký povzdech)**

- T
Z2-8 A čtete mu někdy?
Ale to víte, že jo, někdy, to mi nedá. Taky je mi ho líto. Je to hrozný. Na jednu stranu mám na něj vztek (pauza), na to, že se nesnaží, na druhou stranu sem s ním prožila celej život a mám ho ráda. To co se stalo je sice moc špatný (slzy v očích, klepající se brada), ale, alééé nikdy bych ho neodkoplá. To teda fakt ne (pauza, „polyká slzy“). Víte, já, vlastně my oba máme velký štěstí, že máme tak hodný děti. Dcera mi pomáhá jak může. Já už to taky všechno sama nezvládnou, všechno mi dyl trvá, taky mám někdy nervy nadranc, to vám musím říct. Syn se taky snaží, děti mě drží a vnučata taky. Bez nich bych to zvládala daleko hůř. Myslím, že děda taky. Voni ty vnučata vypravujou všechno možný, co zažily ve škole, co kde slyšely, co udělaly.
- T
Z2-9 A přivádějí Vás oba na jiné, veselejší myšlenky?
No to v každým případě, jsou mladý, nemají starosti kde je co píchá (pauza), to je dobře, ať se maj hlavně ty děti dobře, to je důležitý.
- T
Ž2-10 Hm, to určitě. Říkala jste, že manželovi čtete. Povídate si o tom potom spolu? O tom, co jste četla?
To jo. Já si s ním povídám docela často, když mám tedy čas. Myslím, že mě dokonce docela rád poslouchá nebo se se mnou baví. Co by taky dělal každej den, jenom ležet a nic, to mě teda rozčiluje. On se totiž náš dědeček rád zasekne a nikdo s ním nepohne. Já bych ho třeba ráda sebrala a jela s ním někam ven, projít se, ale, ale my prostě nemůžeme jít spolu ani na tu procházku. Dřív jsme, když byl doma, dělali spolu skoro všechno, teď nemá na nic náladu.
- T
Ž2-11 A proč to neuděláte?
Proč? To máte vidět, jak je nervózní, začne se vztekat, pak kňučet, litovat se, je jako dítě, nikam nepůjde, nic nechce vidět, nikdo ho nezajímá, nic ho nezajímá, nic nemá smysl. To jde pořád dokola. Můžu ho přemlouvat jak chci, ale je to houby platný, prostě nepůjde, prát se s ním nebudu a poslouchat jeho protivný řeči taky ne. Tak nikam nejdeme, v létě tak akorát na zahradu.
- T
Ž2-12 A jdete někdy na procházku sama?
Někdy musím vypadnout, nebo bych se zbláznila. Když vím, že nebude nic potřebovat, seberu se a jdu ven, tady kousek je park, tam se chodím provětrat. Taky chodím támhle do lesa. To musím. Mám sebou mobil, kdyby něco potřeboval, tak zavolá.
- T
Z2-13 A sportujete nějak?
Já? To nevím, kdy bych to zvládla. Ale víte, že dokud byl manžel zdravěj, před tou mrtvicí, tak jsem chodila cvičit se ženskýma každej tejdén do tělocvičny? (Vesele, radostně). To, to teď bohužel nemůžu. To bych z toho nic neměla. Když by něco potřeboval, a že často něco potřebuje, nemohla bych mu pomoci. To sem jezdila cvičit až do města, to prostě nejde, nejde skoro nic (pauza, povzdech skloněná hlava, hledí do země), nikam se s ním nedostanu, nechce (rozhodí ruce).

- T
Z2-14 Co jet třeba na dovolenou?
S níím?(Udiveně, vykulí oči) **To by byl asi můj konec (kroučí hlavou) Byl by v cizím prostředí, to ne. Ty doby jsou pryč. Jezdili jsme dřív, ale teď to nejde. Taky má ten pytlík, to víte, musí se dávat pozor, aby se s tím něco nestalo. Není to jednoduchý. Už se nikam nepohrneme.**
- T
Z2-15 Hm. A chodíte do divadla, do kina?
Nechodím, vůbec. **Nemůžu, bojím se ho tady nechat. Od tý jeho příhody jsem nebyla ani jednou, i když dcera se mě ptala, jestli nechci někam zajít, že by tady s tátou byla. Ale ne, to ne, má svých starostí dost, má svoje dvě děti. Její manžel je pořád v práci, má toho holka taky dost. Nóó a syn, ten nebydlí v Praze, tak ten si jen tak neodskočí, aby přišel. No divadlo a kino jsem prostě vypustila.**
- T
Z2-16 A co televize?
Tak na tu se můžu dívat kdykoliv, když mám čas a chuť. **To není problém. To má problém jenom manžel, pořád nadává na seriály, ale přitom na ně kouká zrovna tak jako já. Ceká na ně každé den, aby nezmeškal, hlavně, když prská, že jsou to blbosti. Někdy se tomu musím až smát. Dělá, jako by byl bůh ví jakej intelektuál. Když byl mladý, jezdíval po stavbách, tam tý kultury asi taky moc neměl, maximálně tak pivo v hospodě s ostatníma chlapama. To je asi všechno. Ale ne nic, nechci mu křivdit, je nervózní. Ale, aléé jak by se choval jiný člověk, který by nemoh skoro nic, nemoh pořádně mluvit a nic (povzdech, ruce založené do klína, hladí si palcem hřbet ruky).**
- T
Z2-17 A chodí Váš manžel na logopedii?
Na logopedii, prosím vás. **To bych ho tam musela asi dokopat, jinak nevím. Byl párkrát ze začátku, teď vůbec. Nevím, co se mu stalo, že tam nechce ani za nic. Chodila jsem tam s ním, přišlo mi to moc fajn. Paní logopedka byla moc příjemná, milá. Nevím, co mu přelítlo přes nos. Říkal mi, že se nebude nikde předvádět jako cvičená opice. Není to s ním lehký. To už jsem vzdala, logopedie se u nás prostě nekoná. Já mu rozumím, nebo si domyslím, co mi chce říct, ale pro něj je to těžký. S kým si asi tak popovídá? Tak se sousedkou, která za mnou přijde, tak se baví i s ní. Ona je taková veselá kopa, vidí ho taky jenom chvíli, tak dělá legrácky. Já jsem ráda, aspoň se troch odreagujeme (pauza). Já i manžel. Ona Maruška je moc fajn, ta mi hodně pomáhá. Vždycky když přijde, je veselo, to se nasmějeme. Zvedne mi náladu, často je mi z toho ze všeho úzko, někdy si pobřečím. Když s Vám mám úplně na rovinu přiznat, už jsem si byla i pro prášky na nervy. Nemohla jsem se s tím nějak vyrovnat. Věděla jsem, že bych se asi z toho všeho zbláznila. Stejně někdy brečím, to se nedá vydržet, když jste v tom celý den a každé den (pauza, zamyšlení, slzy v očích). Ale ten doktor mi pomoh, to jo. Víte, já myslela, že to fakt nevydržím, ale na druhou stranu nii bylo jasný, že se o manžela musím postarat, přece ho tady nenechám a (pauza, polykání, stále slzy v očích, chytám ji za ruku). **To jsem nechtěla, abyste mě takhle viděla, ale když o tom s vámi mluvím, tak vám přeci nebudu lhát. Prostě je to tak.****

- T Já si toho moc vážím, že mi to říkáte. Víím, že to máte moc těžké (držím ji za ruku)
- Z2-18** Hm, to mají asi všichni, kdo má doma nějak hodně nemocného člověka, když ho má rád. Ale chtěla jsem vám ještě říct, že mi právě hodně pomáhá ta Maruška, když potřebuju odejít někam na chvíli, tak tady s manželem je, povídá si s ním. To je pro mě velká pomoc a úleva. Na tu se můžu spolehnout. Mám ji ráda a manžel taky. Vždycky je hned veselo, zlatá ženská
- T Tak to je moc dobře. A máte nějaké dlouhodobé přátele, kamarády?
- Z2-19** Právě tu Marušku, to je zlatej člověk, opravdu. Ta mi pomáhá, když se to manželovi stalo, nabídla mi pomoc a taky vždycky dodržela, co mi slíbila. Ona to v životě taky neměla dvakrát lehký. O manžela brzy přišla, dostala ho rakovina, tak ví, co prožívá člověk, který by chtěl zoufale pomoc, ale nemůže, nebo to prostě nejde. To jsem se jí snažila taky pomoci, ale tu konečnou bolest si člověk stejně musí odžít sám. Ale je dobrý, když máte okolo sebe někoho, kdo s vámi soucítí.
- T A manžel má nějakého kamaráda?
- Z2-20** Manžel měl kamarády hlavně na těch stavbách, ale že by měl nějakýho letitýho kamarády, kterej by za ním teď chodil, to nemá. On totiž taky kamarádil s manželem Marušky, ale jinak skutečného kamaráda asi ne. Mluvil o chlapech z práce, ale když se mu přihodilo, co se přihodilo, nebyli se na něj ani podívat. To myslím, že ho bolí hodně. Ale přeci to nemůžu nikomu nařizovat, aby knám přišel. To nejde. Buď chce a přijde, nebo nechce a nedá se nic dělat.
- T Teď na úplný závěr mám otázky opravdu hodně osobní a intimní. Pokud budete mít pocit, že mi nechcete odpovídat, nenuťte se. Určitě to pochopím a zlobit se rozhodně nebudu.
- Z2-21** Tak to půjde asi o, o no jak to říct, o sex, že? (úsměv)
- T Přesně tak.
- Z2-22** Tak to vám teda upřímně řeknu, že jsem o tom ještě nikdy s nikým, koho neznám, nemluvila. Dneska se o tom mluví na každým kroku, ale, ale já si myslím, že je to věc každého člověka. Ale, alééé (pauza), když to potřebujete vědět, tak vám to povím.
- T Nemusíte mi to říkat, jestli nechcete, opravdu ne.
- Z2-23** Ale jo, ono na tom není nic tak, tak strašného. Bude asi poměrně rychle vyřízený. Jak říká sousedka Maruška, žiju se svým mužem jako bratr se sestrou, to znamená, že po jeho příhodě se u nás neděje vůbec nic. To by mě tak netrápilo, to jsme si za život něco užili. Vezměte si, kolik je nám let, kdyby se to stalo ve třiceti, asi by to bylo horší, ale to bylo všechno v pořádku. Co bych se nad tím teď v tomhle věku nějak trápila. V tomhle směru už od života fakt nic nečekám a ani nechci (pousmání). Spíš bych byla moc ráda, kdyby se manžel vzpamatoval v něčem jiným (ruce založené v klíně, pohled z okna, slzy v očích),

- T
Z-24 V čem?
Kdyby se začal snažit něco dělat, byl trochu aktivní, nebyl tolik vzteklej, chodil na logopedii, někam cvičit, to by tedy potřeboval asi nejvíc. On se fakt skoro nehejbe, to mě trápí. Ale někam ho dostat? Nikdo s ním nehne, ani paní doktorka, ani já, ani děti, nikdo (pauza, pláč, utírá si oči kapesníkem). Promiňte.
- T
Z2-25 To je v pořádku, klidně se vyplačte (beru ji za ruku). Jestli je to pro Vás těžké o tom se mnou mluvit, tak skončíme. Nechci Vás trápit.
Ne, ne, to je dobrý. Jen jsem chtěla říct, že když ležel v nemocnici, tak to tam chodila sestřička a cvičila s ním. Jednou mu to napsali myslím na neurologii, ale víc nic. Já bych ho vyslala klidně i do lázní, jela bych i s ním, i když bych si to asi musela zaplatit a byly by to s ním nervy, dotat ho někam. Ale co (mávne rukou), to bych snad nějak zvládla. Ale copak ho paličáka někam dostanu, to je marný, to do něj můžu hučet, ale nehnu s ním. To je prostě pořád dokola. Tím vás nebudu zatěžovat.
- T
Ž2-26 Mě nezatěžujete, já jsem moc ráda a vážím si toho, že si se mnou povídáte. Můžu se ještě na něco zeptat?
Samozřejmě.
- T
72-21 Potřebuje Váš manžel kromě vozíku ještě jiné speciální pomůcky, které dřív nepotřeboval?
No má polohovací postel, tu hodně využijeme, on je totiž nejrádši v posteli, potom co ještě máme, nevím (přemýšlí). Jo taky máme sedák do vany, abych ho mohla nějak umýt.
- T
Z2-28 Museli jste nějak upravovat byt?
No všechny prahy musely pryč, taky dveře do koupelny byly úzký, ty se musely vybourat, předělat, pak máme nějaký madla v koupelně, na záchodě, nóóó (pauza) a to je asi všechno. Jo ještě udělal syn takový ten nájezd na schody venku. No ono se toho muselo vyřešit víc, vlastně bydlíme jenom v přízemí, manžel se nahoru nedostane.
- T
Ž-2-29 Hmm. A nežádali jste třeba o příspěvek na vybudování plošiny nebo výtahu?
Byli se na to tady podívat nějaký řemeslníci, ale byl by to problém. Spousta bourání, z toho ten nepořádek. Taky ta cena, kde bysme na to sebrali? Na úřadě nám sice řekli, že by nám dali nějaký příspěvek. Ale ten výtah stojí skoro půl miliónu, to je nepředstavitelná suma. I kdybysme měli doplatit třeba nevím třeba padesát tisíc, tak ne, to prostě nemáme. Já musím opravdu počítat každou korunu.

- T Hmm. To chápu. Za co asi zaplatíte nejméně peněz?
- Z2-30** **Nejméně peněz? No ta celá přestavba, ty pomůcky jsme museli doplácet, vozík taky. I když nám úřad nějaké peníze dal, stejně to bylo hodně peněz. No a jinak asi za všechny ty léky, poplatky u doktora, manžel bere hodně léků. A vzhledem k tomu, že jsme oba v důchodu, tak to není žádná sláva. Já už taky nejsem žádná mladice, tu mě něco bolí, tu potřebuju k doktorovi. Prostě musím počítat. Ale nikdy jsme neměli žádné milióny, jsem zvyklá šetřit, teď je to horší, ale hlavně, že tady můžu s manželem být spolu, ať je to jak je to, prožili jsme spolu celý život, a a myslím, že docela hezký.**
- T To je moc dobře. Tak jsme u konce.
- Z2-31** **UŽ? (udiveně) To to uteklo, hlavně jestli jsem vám byla nějak užitečná.**
- T To určitě, za všechno Vám moc děkuju.
- Z2-32** **Nemáte za co, aspoň jsem si s někým popovídala, děkuju taky.**