

Univerzita Karlova v Praze
Pedagogická fakulta
Katedra speciální pedagogiky



**Aktivizace osob v chronickém stadiu afázie a jejich
rodinných příslušníků z pohledu logopeda**

Rigorózní práce

autorka: Mgr. Dana Vondrášková, rozená Karlová
bydliště: Prosincová 919/4, Praha 8, 182 00
měsíc a rok dokončení RP: květen 2010

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

V Praze 24. května 2010

Podpis:

Dana Vondrášková

Poděkování a souhlas k využití:

Upřímně děkuji lidem s afázií a jejich rodinným příslušníkům za to, že jsem je mohla poznat. Bez jejich účasti, dlouhodobé spolupráce, vstřícnosti a pomoci by tato práce nemohla vzniknout.

Za inspiraci, cenné rady a vstřícnost děkuji kolegyním z řad speciálních pedagogů.

V neposlední řadě chci vyjádřit upřímný dík celé rodině, manželovi a dětem za to, jakou jsou mi oporou.

Souhlasím s dalším využitím této rigorózní práce.

Podpis: _____

Dana Vondrášková

Anotace

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

Úvod teoretické části je zaměřen na 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 textů v odborné literatuře 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 i na přirozené rodinné prostředí, funkci rodiny, na možnost sociální izolace v důsledku závažného chronického onemocnění.

V praktické části práce jsou prezentovány výsledky průzkumu, zaměřeného na dichotomický pohled na afázii ve fázi chronicity, tj. na to, jak danou problematiku vnímá člověk v chronickém stadiu afázie, a jak jeho životní partner. Záměrem šetření bylo zmapovat, jakým způsobem žijí osoby s afázií a jejich životní partneři, zda mají stejný či podobný pohled na život a problémy, se kterými jsou každodenně konfrontováni, jaké je jejich sportovní, společenské a kulturní vyžití. Dále byly zjišťovány změny, se kterými se byli nuceni vyrovnat sami jejich partneři/partnerky. Šetření probíhalo cíleně ve dvou etapách tak, aby bylo možno s odstupem času sledovat případné pozitivní či negativní změny ve vymezených oblastech.

Výsledkem práce je vyhodnocení dat v jednotlivých oblastech zkoumání, zjištěných převážně metodou rozhovorů a deníku. 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 i na jejich životní partnery.

Klíčová slova: zdraví, nemoc, akutní nemoc, chronická nemoc, upoutání na lůžko, chronická neurologická onemocnění, projevy nemoci v čase, afázie, komunikace, 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 the research focused on a two-sided view of chronic aphasia. How this disorder is perceived by a person with chronic aphasia and by his or her partner. How the persons with chronic aphasia and their partners live was the intention of the research. If they have the same or similar view on the life and on the disorder they are faced everyday, what is their sports, societal and cultural life. Further the changes the partners are forced to cope with were surveyed. The survey was going in two stages to be able to follow the positive or negative changes in the specified spheres.

The result of the thesis is the assessment of data in separate fields of survey finding mainly by interviews and daybooks. Information should contribute to reflection on life of people with chronic aphasia and the impact on different spheres of patient's and their partner's lives caused by this disorder.

Key words: health, disease, acute disease, chronic disease, confines to bed, chronic neurological disease, demonstration of the disease in time, aphasia, communication, quality of life, social environment, family, partnership.

Obsah

<i>Obsah</i>	6
<i>Úvod</i>	8
<i>I. Teoretická část</i>	9
<i>1. Zdraví, nemoc, choroba, chronické onemocnění</i>	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.....	16
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	26
1.6.2 Demyelizační onemocnění.....	27
1.6.3 Progresivní chronická neurogenní onemocnění.....	27
1.6.4 Nemoci extrapyramidového systému.....	29
1.6.5 Nádorová onemocnění	30
1.6.6 Neurodegenerativní onemocnění.....	30
1.6.7 Cévní mozkové příhody.....	34
2. Afázie	41
2.1 Úvod do problematiky	41
2.2 Vymezení pojmů	42
2.3 Projevy nemoci v čase, v závislosti na formě a stadiu onemocnění.....	44
2.4 Komplexní péče o člověka s afázií.....	48
3. Chronické onemocnění jako psychosociální problém	50
3.1 Psychosociální rovina - kvalita života osob s afázií	51
3.1.1 Deprese a jiné psychické poruchy provázející afázií	56
3.1.2 Poruchy spánku	58
3.1.3 Sexuální dysfunkce a kvalita života.....	60

3.1.4	Inkontinence a kvalita života.....	62
3.1.5	Osobnost člověka s afázií a jeho rodinné zázemí	64
II.	<i>Praktická část.....</i>	71
4.	<i>Záměr a cíle průzkumu</i>	71
5	<i>Realizace a metodika průzkumu</i>	72
5.1	Použité nástroje.....	72
5.2	Charakteristika souboru.....	74
5.2.1	Pár č. 1.....	75
5.2.2	Pár č. 2.....	75
5.2.3	Pár č. 3.....	76
5.2.4	Pár č. 4.....	76
5.3	Časový harmonogram.....	77
5.4	Sběr dat	78
5.5	Analýza videozáznamů	79
5.5.1	Pár č. 1.....	80
5.5.2	Pár č. 2.....	90
5.5.3	Pár č. 3.....	98
5.5.4	Pár č. 4.....	106
5.6	Analýza deníku.....	114
6	<i>Diskuse.....</i>	125
	<i>Závěr.....</i>	129
	<i>Seznam použité literatury.....</i>	131
	<i>Seznam tabulek.....</i>	139
	<i>Seznam grafů.....</i>	141
	<i>Seznam obrázků.....</i>	143
	<i>Seznam příloh</i>	144

Úvod

Žijeme v době, přinášející mnoho závažných poznatků v oblasti vědy, techniky, v době plné změn a zvratů, což se nepochybně odrazí i na životě nás všech. V posledních letech tak nabývá na významu i přehodnocení pohledu na zdraví a nemoc. Změnou filozofie přístupu ke svému vlastnímu zdraví, změnou životního rytmu a uspěchaného způsobu života bychom mohli do jisté míry předcházet či výrazně omezit některá rizika, která jsou spojena s každým akutním, tak i chronickým onemocněním.

Jedním z velmi závažných neurologických onemocnění, postihujících 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 často dlouhodobě či dokonce trvale ovlivňuje každodenní život jedince, který dostává zcela jiný rozměr.

Následkem cévní mozkové příhody vzniká celá řada poruch. Dojde – li k poškození řečových center mozku, dochází mimo jiné i k zásadnímu komunikačnímu problému, zvanému afázie. Uvědomíme-li si, že komunikace nám umožňuje vstupovat do sociální interakce, lze ji chápat jako jistý přenos informace, sdělování, schopnost užívat výrazových prostředků k vytváření, udržování a rozvoji mezilidských vztahů, je jisté, že afázie vždy negativně zasáhne do kvality života jedince. Je třeba si uvědomit, že sekundárně, především ve fázi chronicity v mnoha případech trvale ovlivňuje i kvalitu života partnera, případně ostatních rodinných příslušníků.

V průběhu posledních let se stává ústředním tématem pomáhajících profesí kvalita života v nejširším slova smyslu. 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 takovému jedinci 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, které v sobě skrývá snad největší bohatství člověka. U mnoho národů celého světa zaujímá v hierarchii hodnot právě zdraví jednu z nejvyšších příček. S největší pravděpodobností je zdraví pouze jedním z předpokladů dobrého a kvalitního života, ti, kteří jsou zdraví, ho neumí docenit. 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. 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 vyčerpání, ale i úzkostným stavům, depresi či jiným psychickým poruchám a onemocněním. Každé, především vleklé a dlouho trvající těžké onemocnění, přináší i řadu omezení v sociální oblasti. Nemoc ale svým způsobem mobilizuje síly člověka, může být signálem ke zpomalení, k pozastavení se, k zamyšlení se, k nastavení jiných, zcela nových měřítek hodnot. 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 nevyléčitelného 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 nepřejícnosti 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, filozofa, 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.

„Zdravotní nepohoda se týká celého člověka – nejen jeho tělesné schránky, ale i jeho psychické (duševní) stránky, jeho sociálního života i jeho duchovní stránky – zaměření a tím i smysluplnosti jeho života (sledování cílů), který si daný člověk postavil, a plnění úkolů, které na sebe vzal). Zdravotní nepohoda je pro člověka něčím, co mu stěžuje dosažení cílů, které si předsevzal. Projevuje se nejen v lokalizovaných bolestech a celkové náladě (emocionálním stavu) ale i „duševní bolesti“....zážitkem utrpení.“ (Křivohlavý, 2002, s. 15).

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, časně 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 pohlížíjí 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). Lze však podotknout, že model je charakterizován i orientací na příčinu nemoci či stavu (kauzální orientace), orientací na zajištění podkladů pro kauzální léčbu, odpovídajícím klasifikačním systémem ICD¹. 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. 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 morbidit. 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**, kde se kromě somatického hlediska zaměřuje pozornost na zásadní význam sociálních aspektů lidské psychiky ve vztahu ke zdraví a nemoci. Model je 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 nejrůznějších 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.

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 (Křivohlavý, 2000). Zintenzivnění 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 častostí, 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 a v nejtěžších 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).

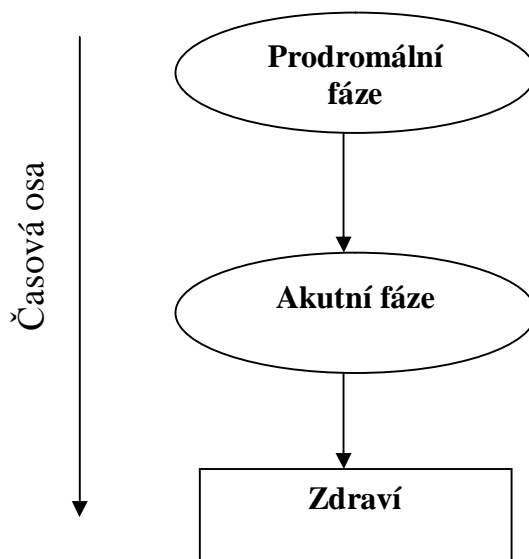
„... akutní onemocnění představuje totální pád do nemoci, jež má časově kratší průběh a je zakončena uzdravením.“ (Payne 2005, s. 616)

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 (Růžicka in Baštecká, 2003).

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, akutní apendicitida, jiná zánětlivá onemocnění, cévní mozková příhoda, infarkt myokardu, fraktury. Akutně může vzniknout i koktavost, náhlá ztráta hlasu, mutismus po traumatech.

Obr. č. 1 – Schéma průběhu akutního onemocnění



Zdroj: vlastní

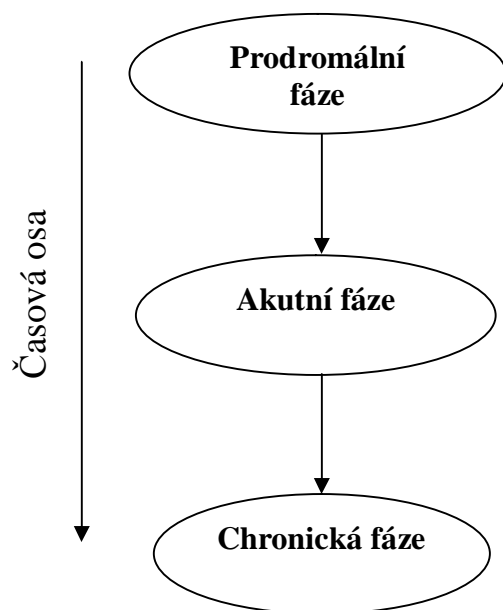
1.3.3 Chronické stádium nemoci

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). Chronická nemoc se může přibližovat pomalu a plíživě, onemocnění si v podstatě člověk nemusí ani dlouhou dobu uvědomovat, nemusí se cítit nemocen, mnohdy k němu zaujímá i nesprávný postoj. Pohlíží na nemoc jako na akutní onemocnění, domnívá se, že nemoc posléze odezní (Křivohlavý, 2002).

Chronické onemocnění probíhá méně prudce než akutní, 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. „*Jde o chronická onemocnění, která mají zdlouhavý, chronický průběh*“ (Vokurka, Hugo, 2004, s. 379).

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.

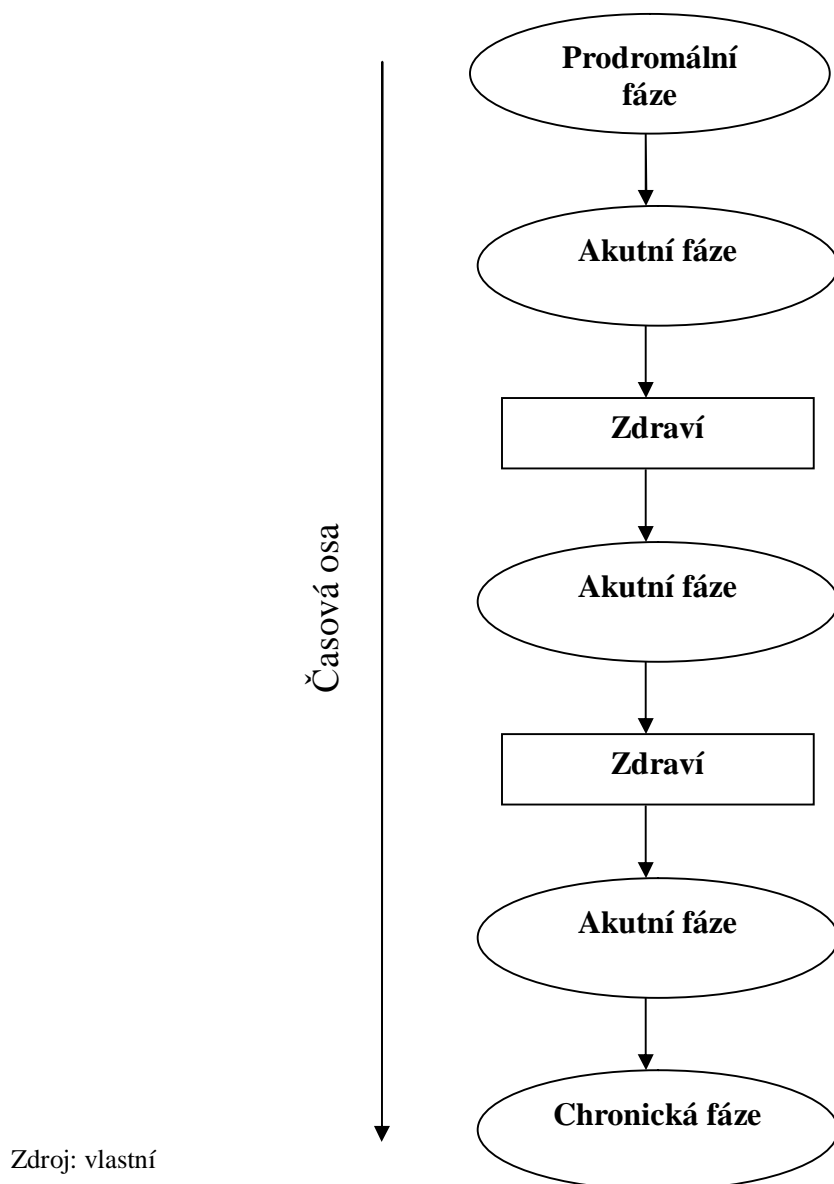
Obr. č. 2 – Schéma onemocnění s přechodem do fáze chronicity



Zdroj: vlastní

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 lůžko může být vlastní nemoc, způsobující omezenou pohyblivost, ale také zranění, stáří, pooperační stavy nebo monitorování pacienta nejrozličnějšími moderními přístroji. Pacient se stává předmětem péče druhých lidí – lékařů, sester, jiného odborného a pomocného personálu, na nichž se stává závislým. Je postaven do zcela nové životní situace, na kterou nebyl zvyklý, mění se jeho zaběhnutý životní rytmus, styl, nezvládá činnosti, které dříve ovládal, klesá tak jeho sebevědomí a důvěra sama v sebe. Dostává se do naprosto jiného postavení a role, než tomu bylo až doposud.

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). V případě chronického onemocnění však pacient na lůžku tráví měsíce i roky svého života.

Je nesmírně důležité, aby pacient, který je upoutaný na lůžku, byl 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.

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. (Holeksová, 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.

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

Sociální a zdravotní služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče		
Intramurální péče	Semimurální péče	Extramurální péče
Nemocnice I., II., III. typu	Stacionáře § léčby bolesti § onkologické	Zvláštní ambulantní péče § domácí zdravotní péče § zdravotní péče v domovech pro osoby se zdravotním postižením
Fakultní nemocnice		
Odborné léčebné ústavy § LDN § specializované rehabilitační ústavy § hospice		

Zdroj: Zákon 108/2006 Sb.o sociálních službách

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

Zdroj: 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**. Úraz způsobuje primární lézi, která je

neovlivnitelná. Sekundární poškození, jako je edém, hematom, ischemie, infekce, herniace, se vyvíjí až v poúrazovém 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 pochv 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 provázena 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). Z 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 neurogenní onemocnění

Progresivní chronická neurogenní 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, nesterpně 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 rukou, 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).

Mononeuropatie

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 nervosvalového 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 níž 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 polykání** (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 stárí, 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).

1.6.6.1 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, Pickova 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, čtené 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 má **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 stádiích 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 stádiích 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 stárí, objevuje se už v dospělosti (Koukolík, Jirák, 1998).

V řeči se objevují *řečové 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 *obličeje*. 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 představuje **rychle se rozvíjející známky ložiskové ztráty mozkových funkcí, kde příznaky přetrvávají déle než 24 hodin nebo vedou ke smrti a není známa jiná než cévní příčina**. V praxi to znamená, že může dojít k prasknutí nebo k ucpání některé mozkové cévy. To má za následek poškození okolní mozkové tkáně, která může být poškozena tlakem krve proudícím z prasklé cévy, nebo se jí nedostává životně důležitého kyslíku a živin.

Většina CMP vzniká následkem kombinace příčin medicínských (např. hypertenze, onemocnění srdce a srdeční selhání, ateroskleróza, diabetes atd.) a příčin návykových (např. kouření, nezdravá výživa, nadužívání alkoholu, drogy atd.) Iktus vede k zániku postižených mozkových buněk. Pokud tyto buňky odumřou, není možné je nijak obnovit. Pouze v určitých případech ve velmi časných stádiích onemocnění, ještě před tím, než dojde definitivně k odumření neuronů, je možné až 70% postižených buněk zachránit. Existuje však řada podkladů a studií, z jejichž závěrů je zcela zjevné, že časná hospitalizace, vhodná léčba a zahájení časně rehabilitace může významně zlepšit pacientovy šance na přežití, výrazně pozitivně ovlivní zdravotní stav pacientů s CMP ve smyslu úrovně jejich pozdější nezávislosti, samostatnosti a kvality života (Feigin, 2007).

Nicméně v okamžiku, kdy dojde k poškození mozku, je mimo jiné porušena i tvorba či vznik toku informací, které ovlivňují jak psychické, tak i senzomotorické procesy. Výzkum posledních desetiletí ukázal na nutnost kognitivní rehabilitace, která musí pevně navazovat především na rehabilitaci senzomotorických deficitů a která je nedílnou součástí plánu terapie již v době časného zahájení rehabilitace. Dojde-li k závažnému poškození v oblasti CNS, nejčastěji se setkáváme s tím, že nalézáme

oblasti mozkové tkáně, které nejsou přímo poškozeny, dále oblasti porušené a bohužel i oblasti, které jsou následkem onemocnění zcela zničené. Úlohou rehabilitace je především podpora spontánní regenerace a využití mozkové plasticity. Znovunalezení porušených informací v rámci včasné rehabilitace je mnohem snadnější, je-li daná informace alespoň fragmentárně zachovaná. V takovém případě lze hovořit o přemostění porušených cest, jehož lze postupně dosáhnout formou nového nácviku. V okamžiku, kdy poškozením došlo zcela k zániku potřebných informací, je nutné v rámci rehabilitace přistoupit k zápisu zcela nových informací, tento proces se však stává nesmírně namáhavým. Také počet informací, které je jedinec schopen uložit a dále s nimi pracovat, se podstatně snižuje (Lippertová – Grünerová, 2005).

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

1.6.7.1 Logopedická diagnostika u osob po prodělané CMP

Mnoho neurologických onemocnění je provázáno poruchami řeči a komunikace různého stupně od nejlehčích, které člověka zatěžují pouze minimálně, až po velmi těžké poruchy, které výrazně ovlivňují celou osobnost člověka. Nejinak je tomu i u osob po prodělané cévní mozkové příhodě.

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 Lechta 2002, s. 201). „Jazykové a kognitivní složky řečové komunikace bývají v zásadě intaktní“ (Neubauer 1997, s. 20).

Získaná dysartrie je přítomna v klinickém obraze mnoha pacientů po prodělaném iktu, užívané rozdělení typů dysartrie vychází z propojení výsledků neurologické diagnostiky s klinicky zjištělým obrazem poruch řečové komunikace (Neubauer, 2007).

Rozdělení získané dysartrie v naší literatuře:

- spastická (centrální),
- flacidní (periferní, chabá),
- hypokinetická (extrapyramidová),
- hyperkinetická (extrapyramidová),
- ataktická (cerebrální, mozečková),
- smíšená.

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 – **afonií**“ (Neubauer in Lechta a kol. 2002, s. 201). Přítomnost anartrie lze možno zaznamenat u těžkých lézí nervové tkáně.

Dysfagie – porucha polykání, představující 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 Lechta 2002).

Dysfagie je přítomna u 40 – 70% pacientů po prodělané CMP (Tedla, Chrobok 2009). Je zřejmé, že přítomnost a závažnost poruchy se u jednotlivých pacientů po prodělaném iktu výrazně liší, může se vyskytovat pouze v akutní fázi onemocnění, není však výjimkou, že přetrvává měsíce či roky. Právě v této souvislosti je třeba si uvědomit, že příjem potravy není pouze přísun kalorií nutných k zachování života, ale i určitý požitek a možnost sociální interakce. Nemůže - li pacient s poruchou polykání přijímat potravu kompletně per os (ústý), negativně to zasahuje i do jeho kvality života.

U pacientů s těžkým poškozením mozku mohou nastat poruchy polykání ve všech fázích (přípravná, orální, faryngeální, ezofageální).

Při unilaterální lézi vzniká často jednostranná faciální paréza, která způsobuje poruchy polykání v orální fázi. Spouštění polykacího reflexu na konci orální fáze je opožděné, což může způsobovat leaking (ztráta kontroly nad soustem, zatékání, což svědčí o snížené oromotorice nebo deficitu senzoriky), penetrace (proniknutí sousta do laryngu nad hlasivky bez aspirace), ale i aspirace (vdechnutí bolusu do dýchacích cest, PRE, INTRA, POST deglutinačně). Ve většině případů se zahuštěním tekutin obtíže eliminují. Polykání stravy kašovitě či pevné konzistence se v porovnání s tekutinami upravuje zpravidla rychleji.

Mnohem závažnější je postižení bilaterální, způsobující pseudobulbární paralýzu. V tomto případě je výrazně omezen volní pohyb rtů, svalstva jazyka, žvýkacích svalů, faciálního svalstva, a nemožností volní kontroly při polykání. Žvýkání a intraorální příprava stravy jsou znemožněny (Robert, 2003).

Obvykle lékař či zkušená zdravotní sestra nalézá první symptomy, které by mohly signalizovat případnou dysfagii, provádí tzv. screening poruchy polykání, který dá odpověď na otázku: „Je u pacienta přítomna porucha polykání?“ V některých případech však nemůže screening zcela vyloučit poruchu polykání. Zároveň nám neposkytne odpověď na otázku: „Co je příčinou poruchy polykání?“ Pozoruje - li lékař jakékoliv problémy, bývá přizván logoped, aby plně zhodnotil stav polykání, identifikoval příčinu některých pozorovaných a pozorovatelných obtíží. Umožňuje zjistit aktuální stav v dutině ústní, průběh orální fáze polykání, způsob polykání a určit podobu potřebné rehabilitace. Vyšetření se zaměřuje na pohyblivost spodiny dutiny ústní, jazyky a hrtanu, které je prováděno pohmatem, dále na rotaci dolní čelisti, způsob žvýkání, polykání tekutin, kašovitě konzistence a pevné stravy; na způsob posunu a zjištění délky orální a faryngeální fáze polykání; na přítomnost reflexního a volního kašle, na zjištění dávivého reflexu a pohyblivosti měkkého patra; na koordinaci dýchání a žvýkání, polykání, ale i na postdeglutinační změny fonace.

Na základě tohoto „bedside“ vyšetření (vyšetření na lůžku) není možné popsat průběh faryngeální fáze polykání pacienta, je prokázáno, že na základě bedside vyšetření 50-60% pacientů, kteří aspirují (obzvl. neurologických pacientů), nekašle,

nemá výbavný reflexní ani volní kašel. Tím vzniká výrazné nebezpečí přítomnosti tichých aspirací. Ani nejzkušenější praktik není schopen při klinickém vyšetření identifikovat 40% pacientů, kteří aspirují (Logemann, 1998).

Z výše uvedeného tedy vyplývá, že na diagnostice poruch polykání se podílí tým lékařů (ORL, neurologie, foniatrie, gastroenterologie, radiologie) a logoped.

Vyšetření ORL specialistou a foniatrické vyšetření zahrnuje např. laryngoskopii, gastroenterologie endoskopii, manometrické vyšetření, pH-metrii (Schumacher, Müller, 2007).

Radiologická vyšetření zajišťují nativní snímky či **ezofagografii** s použitím kontrastní látky. Dalším, poměrně detailním vyšetřením polykacího traktu je **videofluoroskopie** (VFS), které indikuje lékař společně s logopedem. Vyšetření samotnému je přítomen radiolog, nutricionista a logoped. Pacientům je podáno baryum různé konzistence (tekutá, kašovitá), posléze se sleduje posun bolusu či tekutiny v orální i faryngeální fázi polykání (v zahraničí používané jako standardní vyšetření, v našich podmínkách se provádí pouze na několika pracovištích v rámci celé ČR). Odhalí anatomické či fyziologické změny, anomálie, leaking (zatékání tekutin), postdeglutinační aspirace. Toto dynamické zobrazení je odlišné od dosavadních zobrazení polykacího aktu u nás, jejichž výstupem je pouze několik statických snímků. Všechna tato vyšetření mohou doplňovat další zobrazovací techniky - **CT a magnetická rezonance** (MRI).

Obr. č. 4 Zobrazení polykacího aktu u osoby s Parkinsonovou nemocí, zpomalený transport hypofarynxem, pronikání do dýchacích cest



Zdroj: ROBERT, D. Physiopathologie et exploration de la déglutition – dostupné na www.phoniatry.org

Další vyšetřovací metodou je **elektromagnetická artikulografie**, kde se pomocí elektromagnetické analýzy zjišťuje pohyblivost mandibuly, jazyka a vln.

Pomocí **elektromyografie** (EMG) se určuje faryngeální a ezofaryngeální průběh polykání.

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 závitů 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 nebývalé 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, neurofyziologie, 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 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 senzorická 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 modalitty 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 modalitty 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).

Symptomy afázie u cévní mozkové příhody jsou často velmi výrazné především v akutním stadiu onemocnění. V iniciálním stadiu nemoci může být přítomný klinický obraz nejtěžší formy afázie, tj. globální afázie i přes to, že nedošlo k rozsáhlým lézím

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).

v dominantní hemisféře mozku. Zde se jedná spíše o přechodný stav, který se poměrně rychle upraví. Symptomy afázie jsou velmi variabilní a u každého jedince se v průběhu onemocnění mění, v akutním stadiu po cévní mozkové příhodě bývají velmi výrazné, v průběhu týdnů a měsíců některé symptomy ustupují či mizí, jiné mohou přetrvávat, popř. se do popředí dodávají další.

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

Přítomnost těchto poruch jedince výrazně limituje ve vykonávání činností každodenního života. Omezení či dokonce ztráta schopnosti dorozumívat se mluvenou řečí, neschopnost či omezená schopnost číst a rozumět čtenému, psát, počítat, orientovat se v prostoru, v čase, rozlišovat vztahy mezi objekty v prostoru, tvary předmětů, je pro člověka výrazným handicapem, který zasahuje do všech běžných denních aktivit.

Množství jednoduchých činností, které intaktní osoby denně vykonávají, jsou pro jedince s afázií velkým, často neřešitelným problémem. Vzhledem k existenci řečové bariéry mají problémy s vybavováním osobní administrativy (např. převzetí důchodu na poště, bankovní a peněžní úkony), nezvládají správně napsat dopis či jinou korespondenci. Lidé s afázií se těžko dostávají k informacím, mnohým z nich dělá těžkosti čtení dopisů, poštovních zásilek, vyhledávání telefonních čísel v seznamu, čtení názvů ulic, orientace v mapě. Přicházejí o možnost využít komunikaci nejen k uspokojení svých základních potřeb, ale na tzv. nadstavbu, to znamená vyjadřování svých pocitů a tužeb. Přestože citlivě vnímají veškeré dění, afázie jim brání v tom dostatečně vyjadřovat svoje postoje, názory, postřehy v takové míře, jako před onemocněním. Přestávají být rovnocennými komunikačními partnery, ztrácejí motivaci k jakékoli komunikaci, k překonávání vlastní řečové bariéry, což velmi často vede k pasivitě a frustraci těchto lidí (Smith, 2000).

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.

Tab. č. 3 - Bostonská klasifikace afází

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	narušené
<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>Směšená transkortikální afázie</i>	nonfluentní řečové stereotypy	těžce narušené	zachované, popř. mírně narušené	narušené

Vysvětlivka: Tučně zvýrazněny nejvíce narušené funkce řeči

Zdroj: Cséfalvay, 2007

2.4 Komplexní péče o člověka s afázií

Práce logopedů, stejně jako odborníků z jiných odvětví (např. neurovědy, kognitivní psychologie), přináší na poli poruch komunikačních schopností a věd, zabývajících se komunikací, stále nové poznatky o specializovaných mechanismech mozku, které spočívají v základu řeči a jazyka. Všeobecný zájem o studium neurogenní problematiky vede mimo jiné k tomu, že se stále více logopedů začíná angažovat v nemocnicích, rehabilitačních centrech a jiných zdravotnických zařízeních. Tento nárůst zájmu souvisí mimo jiné i s prodlužující se délkou lidského života, v jejímž důsledku vzrůstá i výskyt projevů narušené komunikační schopnosti, jako je afázie, dysartrie či apraxie (Love, Web, 2009).

Logopedie sehrává v rámci interdisciplinárního terapeutického konceptu nezastupitelnou roli již během rané fáze rehabilitace, v akutním stadiu nemoci, kdy se pacient nachází na iktové jednotce, JIP či standardním pokoji.

Právě v akutním stadiu onemocnění se mu obvykle dostává všestranné péče ze strany odborníků nejrůznějších profesí. Člověk s afázií je zapojen do intenzivního, komplexního rehabilitačního programu, jehož cílem je obnovit soběstačnost nebo alespoň v co největší míře zmírnit závislost na ostatních lidech. Pro zkvalitnění dalšího života pacientů má proto zcela zásadní význam týmová spolupráce specialistů, kteří pacienta individuálně posuzují, snaží se nalézt co nejvhodnější čas pro zahájení komplexní rehabilitace. Rozsah rehabilitačního programu a množství specialistů, kteří se na procesu rehabilitace podílejí, se různí v závislosti na tom, jaký má iktus průběh a dopad na pacienta a jeho rodinné příslušníky, popř. další pečující osoby. Tým zpravidla tvoří lékaři, zdravotní sestry a ošetřovatelé, neuropsycholog, psycholog, logoped, fyzioterapeut. V případě, že pacient potřebuje speciální stravu či umělou výživu, stává se členem týmu ještě nutriční specialista a dietní sestra. Všichni tito specialisté se podílejí i na tom, aby pacienta v přiměřené formě poučili o jeho zdravotním stavu, léčbě a rehabilitaci. S pacientem a rodinou mohou spolupracovat i další odborníci: muzikoterapeut, ergoterapeut, arteterapeut, pracovní terapeut, sociální pracovník a další.

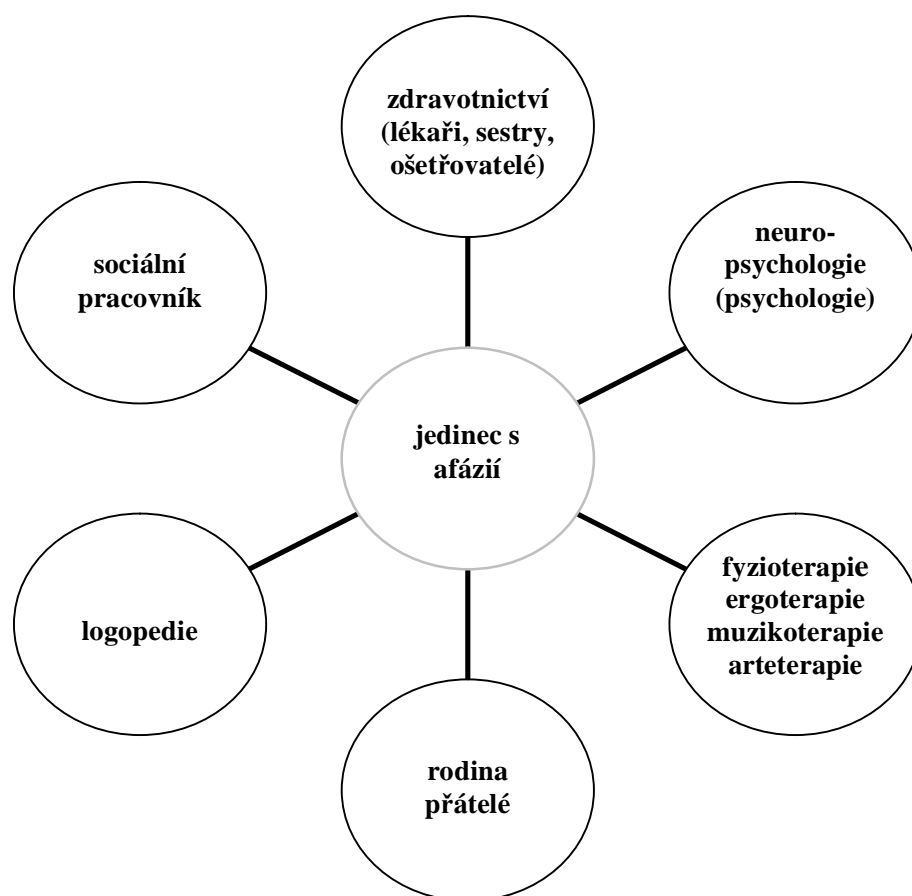
Jelikož zlepšování zdravotního stavu po prodělaném iktu je obvykle velmi zdoluhavý, náročný a mnohdy doživotní proces, je třeba si uvědomit, že se základní a

nedílnou součástí týmu stává především rodina pacienta, která o pacienta po propuštění z nemocnice ve většině případů pečuje, čímž v podstatě sehrává tu nejdůležitější a úlohu v rámci celého týmu (Feigin, 2007).

Jak vyplývá z výsledků mnoha výzkumů, systematická a dlouhodobá terapie, která se provádí i v období chronicity onemocnění, je pro pacienty s afázií a tím sekundárně i pro jejich rodinné příslušníky poměrně efektivní.

V chronické fázi afázie je důležité, aby se terapie zaměřovala na tzv. pragmatický přístup, jehož podstatou je rozvoj konverzace v každodenních situacích, které přináší běžný život (Cséfalvay, 2006).

Obr. č. 5 Schéma komplexní péče o jedince s afázií



Zdroj vlastní

3. Chronické onemocnění jako psychosociální problém

Každá zlomová 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 neznamena 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 se s krizovou, velmi tíživou 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. I přes svůj řečový deficit je schopen normálně se začlenit do každodenního života a žít téměř plnohodnotný život.

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, agresivní, někteří se naopak zcela uzavírají do sebe, o své okolí nejeví zájem. Neschopnost adekvátně komunikovat je natolik frustrující, že mnohdy vede až k těžkým depresím.

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 míru, 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 dotyčný 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 afází 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 nespecifických 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. 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 (Doloché a kol. in Vodehnalová, 2003).

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 du Sickness Impact Profile. *Ann. Med. Phys. Rehabil.*, 1999; van 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

Další metodou, sloužící k mapování kvality života osob s chronickou afázií je deník, zvaný SNAP – Social network with aphasia profile. Deník je postaven na tom, že v období sedmi po sobě jdoucích dnů osoby s afázií či jejich nejbližší rodinní příslušníci zapisují všechny komunikační situace, do kterých se osoby s afázií v tomto období dostaly. Podmínkou je, že se tyto komunikační situace musí odehrávat mimo přirozené prostředí domova. Cílem deníku je zkoumání úrovně a míry sociální aktivity osob v chronické fázi afázie, jejich zapojení se do každodenního života ve společnosti (Code, 2003).

Code, autor a realizátor deníku SNAP ve spojení s deníkem ve výzkumu použil i dotazník CETI, sloužící ke zjišťování úrovně funkční komunikace osob s afázií. Dotazník se skládá ze 16 otázek. Afatická osoba zde není testována přímo, ale prostřednictvím blízkých osob, které dotazník vyplní. Každé odpovědi na otázku odpovídá jedna úsečka. Na ni se zaznamenává výkon jedince s afázií tak, jak ho vnímají a hodnotí jejich partneři. Jeden pól úsečky znamená: „Partner není vůbec schopen v této situaci komunikovat“. Druhý pól úsečky znamená: „Partner je schopen v této situaci komunikovat na stejné úrovni, jako před onemocněním.“ Odpovědi vyznačují respondenti křížkem v libovolném bodě úsečky tak, jak si myslí, že v současné době odpovídají výkonům jejich partnerů/partnerek (osob s afázií). Při vyplňování dotazníku se zohledňují všechny druhy komunikace, i nonverbální (např. mimika, gesta atd). Skóre se tak může pohybovat od 0 do 100% pro každou otázku (Code, 2003).

Pro měření kvality života se v současnosti využívá určité spektrum metod. Někteří autoři zastávají názor, že by se v posuzování úrovně kvality života mělo užívat jak všeobecných, tak specificky orientovaných měřících nástrojů (Ross, Hertz, 2002). Problémem mnoha ověřovaných metod, které slouží k měření kvality života, je jejich nekomplexnost, postrádají též univerzálnost (Kebza, 2005).

Metoda dotazníku není vždy tou nejvhodnější, nejobjektivnější a nejspolehlivější metodou k posuzování kvality života (Katz, Hallowell, Code, Armstrong, Roberts, 2000).

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 (srovnej Goldemund, Telecká, 2006). Deprese u těchto pacientů (post – stroke depression /PSD/) přesto zůstávají mnohdy bez povšimnutí, jejich význam ve vztahu k úpravě neurologických obtíží v běžné klinické praxi často podceňován. Jak bylo uvedeno ve studii Medical Outcome Study, pacienti, kteří trpí PSD, zaujímají ve zvýšené míře negativní postoj k rehabilitačnímu programu, je u nich zaznamenána snížená motivace k uskutečnění žádoucích opatření, týkajících se nastolení určitého režimu (zvyšování fyzické aktivity, odvykání alkoholu, atd.), pacienti s PSD mají značné obtíže s návratem do běžného života, popř. zaměstnání. Dále bylo prokázáno, že vliv symptomů deprese a somatických onemocnění na sociální funkce se sčítají, deprese má negativní dopad na zlepšení či úpravu neurologických obtíží, bohužel je spojena i s větší mortalitou. Pozitivně korelujícími faktory deprese 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 nejvýznamnější 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).

Jak prokázaly výsledky jedné zahraniční studie, přítomnost deprese, funkční stav pacienta a přítomnost sociální podpory patří mezi základní determinanty, určující kvalitu života osob po prodělaném iktu. Deprese je z hlediska zdravotního a socioekonomického podstatnější determinantou kvality života než přítomnost a neurologického onemocnění (Mikulík, 2000).

Z dalších poruch nálady se nejčastěji vyskytuje apatie a anxieta, které se projeví buď v rámci deprese nebo jako izolovaný jev. Ne ojedinělým symptomem, provázejícím depresi, je spastický pláč či smích. 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 cítění. 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 Petrissans s 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 sebesouzování (sebereflexe), které chápeme jako zrcadlení, přemýšlení, úvahu, sebezpoznaní 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 k řadě metabolických pochodů (Holeksová, 2002).

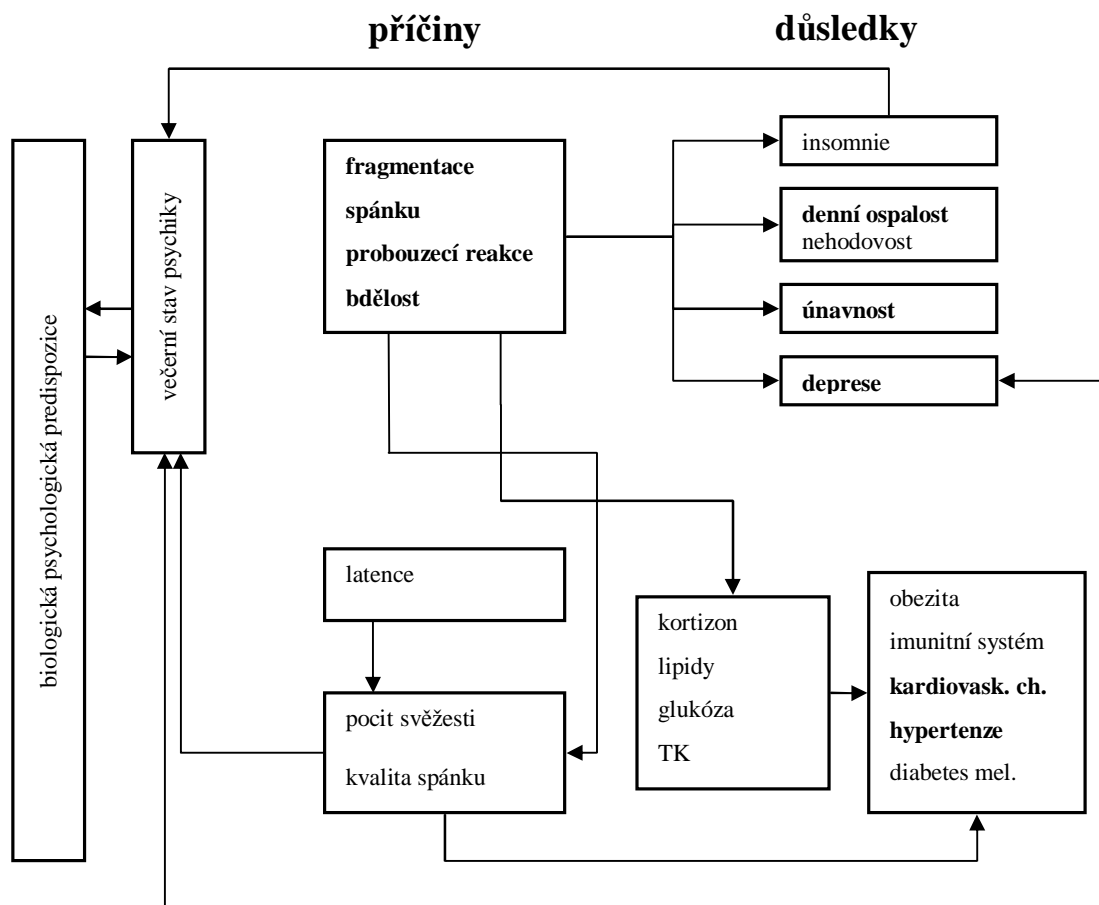
U osob s afázií, stejně jako u mnoha dalších chronických onemocnění, je možné se setkat se sníženou kvalitou spánku, provázenou nedostatečnou regenerací sil, která vede ke zvýšené únavě, podrážděnosti, denní ospalosti. V důsledku nekvalitního spánku může dojít k manifestaci deprese (Nevšímalová, 2006). Poslední výzkumy prokázaly, že

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

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. 6 - Schematické znázornění zevních a vnitřních vlivů, stresové reakce a možných zdravotních důsledků



Zdroj: 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, erektivní 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 styku je 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, emocionální 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).

Z výše 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.

Tab. č. 4 - Psychologické a sociální důsledky inkontinence

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

Zdroj: 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, které byly pro daného jedince charakteristické před vznikem onemocnění, dále 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, související 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 života. 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 velmi individuální záležitost, závisující na osobnosti člověka, na míře postižení, na dosavadních životních hodnotách, tak i názory některých afatiků na životní styl a

hodnoty se během onemocnění změnily 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.

I když prožívají nesmírně vyčerpávající období, jsou povzbuzováni dílčími úspěchy, věří, že se stav postupně upraví.

Jestliže však nenastane změna k lepšímu, nastupuje nedůvěra v kompletní uzdravení, rodina se může cítit jako chycená do pasti, 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 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.

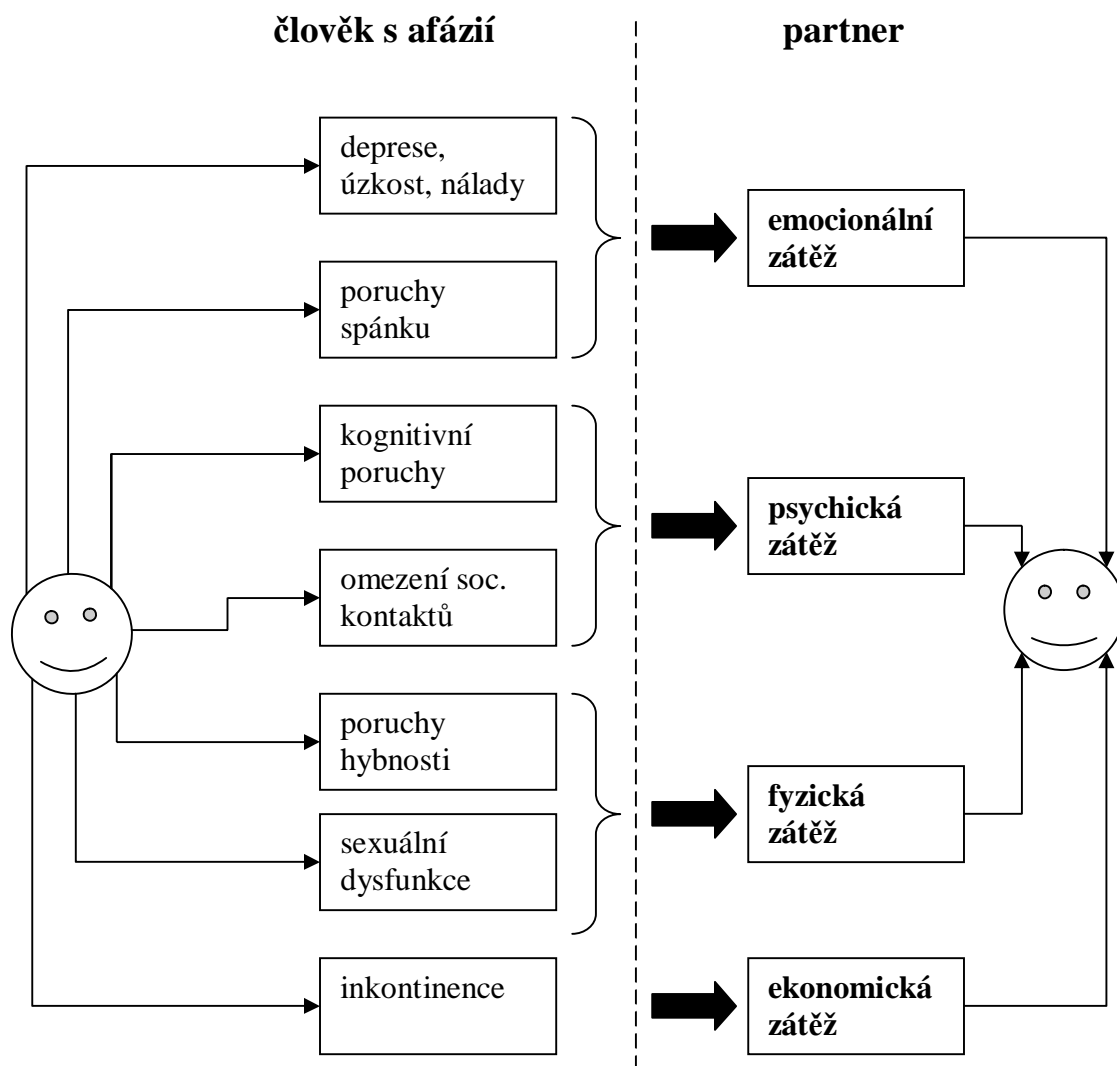
V případě, že má člověk s afázií děti, které vychovává, často se stává, že se musí vzdát aktivit, kterým se společně dříve aktivně věnovali. Může to v něm vyvolávat pocit smutku, odmítavého postoje vůči jeho osobě, pocit odloučení či podrážedenosti, neboť člověk s afázií se často stává zcela závislý na pomoci ostatních lidí, včetně svých vlastních dětí (Avent, Austermann, 2003).

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). Nezřídka se stává, že rodina začne s člověkem s afázií jednat jako s malým dítětem, čímž může dojít ke zvýšení agresivity jedince s afázií (Holland, Worrall, 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. Problémy v komunikaci, 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. 7 – Dopad chronické nemoci na partnera



Zdroj: vlastní

Zde je nutné poznamenat, že existují jedinci s afázií, kteří se svým komunikačním handicapem vyrovnají, 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).

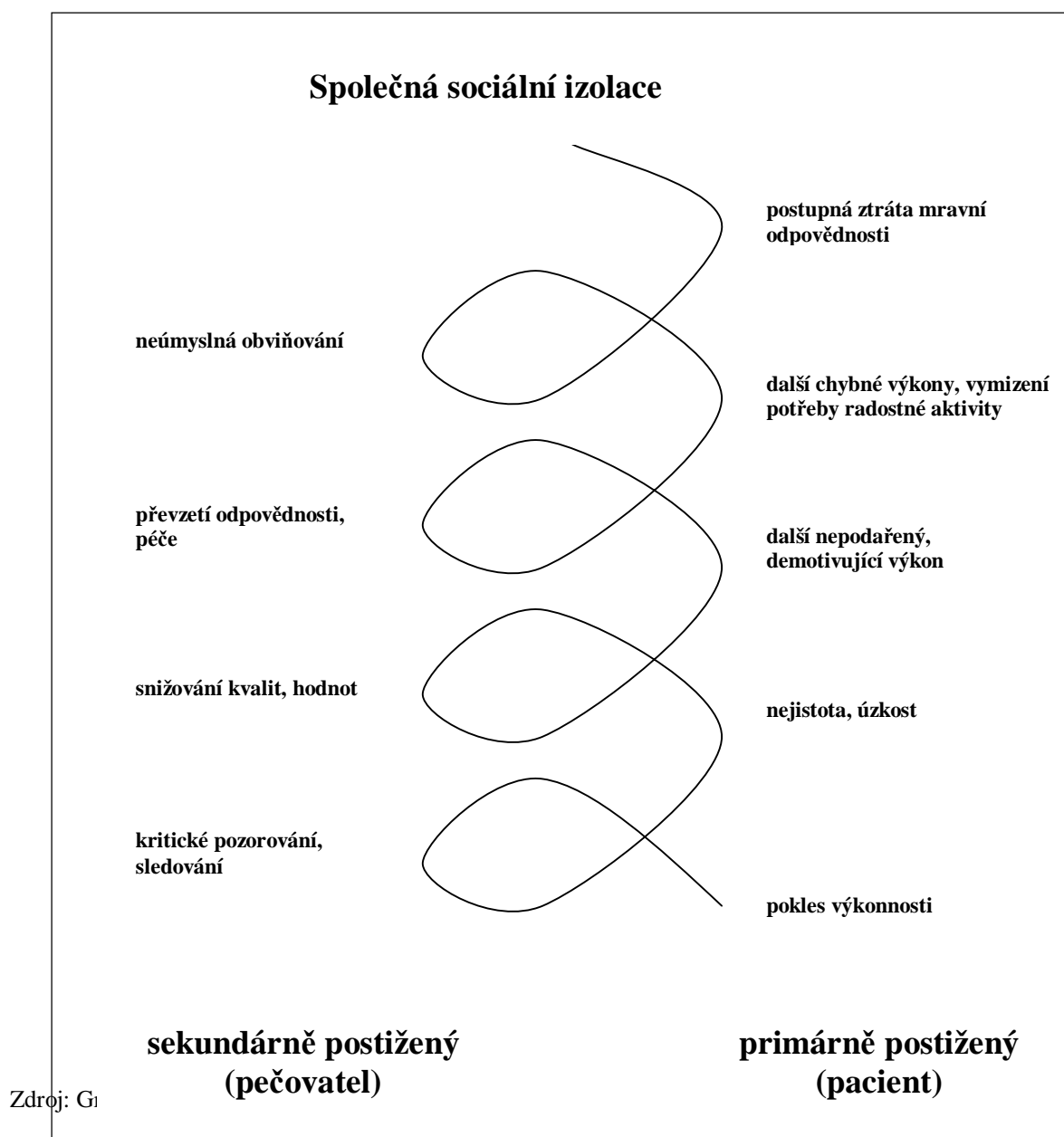
Většinou se ale setkáváme s tím, že opouštějí svoje původní zaměstnání, dochází ke zpretrhání vazeb s kolegy. Jelikož mají obavy z toho, že jim nebude okolí rozumět, zůstávají v ústraní a nové kontakty nevyhledávají.

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 afatických pacientů zaznamenána i mnohem větší sociální nepřizpůsobivost. V důsledku nepřizpůsobivosti může postupně dojít téměř k sociální izolaci (Kinsella, Duffy, 1979).

Obr. č. 8 - Postupná společná sociální izolace



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 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 afázii. Chronické stadium afázie znamená pro většinu nemocných závažné změny v dosavadním způsobu života, v tělesné, duševní, emocionální, ale i ekonomické a sexuální oblasti. Vede k částečné až výrazné limitaci v každodenních aktivitách jedince, mnohdy však v nejružnějším rozsahu zasahuje i do života celé rodiny.

Po ukončení průzkumu, který byl součástí magisterské práce (2008), jsem se všemi respondenty, kteří byli účastníky tehdejšího projektu, zůstala i nadále v kontaktu. Umožnilo mi to kontinuálně sledovat vývoj jejich situace, dali mi tak možnost pokračovat v mapování jejich životů, za což jim upřímně děkuji.

Cílem praktické části bylo zmapování toho, jakým způsobem jsou osoby s afázií a jejich životní partneři schopni aktivizovat svoje síly v boji s onemocněním ve fázi chronicity, do jaké míry jsou schopni se začlenit do společenského života. Důraz byl kladen i na to, zda mají stejný či podobný pohled na život a problémy, se kterými jsou každodenně konfrontováni. Dalším dílčím cílem bylo sledování změn, se kterými se byli nuceni vyrovnat sami jejich partneři/partnerky. V neposlední řadě jsem se soustředila i na to, zda v cílových oblastech, které byly předmětem zkoumání, došlo s odstupem času k nějaké pozitivní či negativní změně.

Výsledky průzkumného šetření mohou vést k úvahám a případným opatřením, jak co nejúčinněji nemocným a jejich blízkým pomoci zmírnit dopady nemoci na jejich každodenní životy, popřípadě, jakým směrem účelně zaměřit intervenční snahy odborníků.

5 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, deníku, pozorováním a analýzou videozáznamů.

Pro zjištění základních údajů o respondentech s afázií bylo dále využito metody 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 tematických 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, sousedi, partnerství,
- § **emocionální oblast** - nálady, deprese, úzkost.

Rozhovor s partnery osob s afázií byl rozšířen o další dva okruhy otázek: ekonomická a sexuální oblast.

- § **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).

Jelikož ekonomickou situaci v rodině zcela spontánně bez jakékoliv instrukce či otázky z mé strany nastínil a hodnotil muž M1(A) z páru č. 1, byly jeho odpovědi též jako jediné u osoby s afázií následně zanalyzovány.

Mým prvotním záměrem bylo v rámci šetření i využití dotazníku CETI, jehož popis naleznete v teoretické části práce (kapitola 3.1). Nejprve jsem ho předložila partnerce z páru č. 1 a 4. Dotazník nebyly schopné vyplnit samostatně, neustále žádaly podrobnější vysvětlení, rozhodla jsem se proto, že dotazník do svého průzkumu nezahrnu. U této kategorie lidí bylo tedy získávání informací pomocí dotazníkové metody vzhledem k problémům, které s ní měly, téměř nemožné. Jejich samostatné výpovědi by s největší pravděpodobností nebyly relevantní. Zde se potvrzuje, že ne vždy je dotazník tou pravou metodou pro zjišťování kvality života (viz kapitola 3.1).

Součástí průzkumu se však stala **deníková metoda**. Její podstata je popsána v teoretické části této práce (viz kapitola 3.1).

Do této metody byla zapojena stejná skupiny lidí, která se zúčastnila rozhovorů. Deníková metoda SNAP je zaměřená na osoby s chronickou afázií. Pro potřeby našeho průzkumu byly do spolupráce aktivně zapojeni i partneři/ partnerky osob v chronickém stadiu afázie, kteří stejně jako osoby s afázií vyplňovali v průběhu 7 dnů svůj vlastní deník.

Prostřednictvím deníku jsem získala informace o tom, kolik hodin strávili jedinci s afázií, ale i jejich životní partneři mimo prostředí vlastního domova, kde, s kým a za jakým účelem tento čas trávili. Oproti původnímu dotazníku SNAP jsem sledovala nejen to, kolik hodin tráví mimo prostředí domova, ale i kolik času stráví v komunikační situaci, na které se aktivně podílejí. Deník SNAP mi tak byl pouze inspirací v tom, co jsem chtěla zjistit.

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 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 3,6 – 5 let po prodělané cévní mozkové příhodě.

5.2.1 Pár č. 1

Muž M1(A), narozen 1950, pravák, mateřský jazyk - český, vzdělání středoškolské, dříve pracoval jako stavební technik. V současné době je mu přiznán plný invalidní důchod a ZTP. Od 09/2009 pracuje na částečný úvazek jako vrátný v jednom pražském podniku.

Před vznikem onemocnění bez poruch řečových a jazykových funkcí, sluch a zrak - bez poruch. **Dg. - stav po CMP (1/2005)** s pravostrannou spastickou hemiparesou, **přetrvávající fatickou poruchou lehkého stupně**, hypertenze III. st., divertikulóza tlustého střeva, gastropatie, porucha páteře v C, Th a L oblasti, stav po fraktuře claviculy, meniskektomie.

Délka s afázií 5 let. V současné době nevyužívá žádnou z forem logopedické péče. Je ženatý, bydlí s manželkou v panelové zástavbě v Praze. Mají jednoho ženatého syna a dvě vnoučata. **Manželka Ž1, narozena 1951, zdravá**, vzdělání středoškolské, pracuje jako úřednice České pošty a.s..

5.2.2 Pár č. 2

Žena Ž1(A), narozena 1941, pravák, mateřský jazyk - český, vzdělání – vyučena v oboru zahradnice, v oboru celý život pracovala. V současné době je ve starobním důchodu, není jí nepřiznán žádný stupeň postižení.

Před vznikem onemocnění bez poruch řečových a jazykových funkcí, nyní sluch bez poruch, zrak – krátkozrakost. **Dg. – stav po CMP (5/2006), expresivní afázie**, porevmatická srdeční vada, arteriální hypertenze III. st, stav po plastice děložního čípku.

Délka s afázií – 3 roky 8 měsíců. V současné době nevyužívá žádnou z forem logopedické péče. Terapii ukončila na vlastní žádost v červnu 2009. Je vdaná, bydlí s manželem v rodinném domku nedaleko Prahy. Mají dvě vdané dcery, pět vnoučat, jednoho pravnuka. **Manžel M1, narozen 1936, hypertenze, diabetes, obezita, vertebrogenní obtíže v C, Th, L oblasti**. Dříve pracoval jako mistr v továrně, v současné době je ve starobním důchodu.

5.2.3 Pár č. 3

Žena Ž2(A), narozena 1952, pravák, mateřský jazyk - český, vzdělání – vysokoškolské, pracovala jako knihovnice, v současné době pobírá plný invalidní důchod, přiznáno TP.

Před vznikem onemocnění bez poruch řečových a jazykových funkcí, nyní sluch bez poruch, zrak – krátkozrakost. **Dg. – stav po CMP (4/2004)**, arteriální hypertenze III. st., **přetrvávající expresivní afázie**, vertebrogenní potíže v C a L oblasti, snížená orientační schopnost, po operaci karpálních tunelů. I nadále léčena na psychiatrii (úzkostná porucha), stav stabilizován.

Délka s afázií 5 let 9 měsíců. V současné době nevyužívá žádnou z forem logopedické péče. V minulosti docházela téměř 4 roky na individuální logopedickou terapii. Je vdaná, bydlí s manželem v panelovém domě v Praze. Mají dospělého syna, který žije s manželkou a dvěma dětmi ve Velké Británii. **Manžel M2, narozen 1950, zdrav, vzdělání – vysokoškolské, soukromý podnikatel.**

5.2.4 Pár č. 4

Muž M2(A), narozen 1934, pravák, mateřský jazyk - český, vzdělání – vyučen v oboru zedník, pracoval jako dělník ve stavební firmě, v současné době pobírá starobní důchod, přiznán ZTP/P.

Dg. – stav po CMP (7/2006), arteriální hypertenze III. st., **přetrvávající těžká expresivní afázie**, chronická renální insuficience cca středního stupně, benigní hyperplasie prostaty, permanentní močový katetr, pravostranná tříselná kýla, pravostranná hemiplegie, diabetes, **deprese**.

Délka s afázií 3 roky a 6 měsíců. Přes závažné komunikační problémy nenavštěvuje, ani v minulosti nenavštěvoval žádné logopedické pracoviště. Nejezdí na žádné rekondiční pobyty. 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, dg. úzkostná porucha.** V současné době je ve starobním důchodu, pracovala jako prodavačka.

Z výše 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 páru č. 2 a 4 jsou ve starobním důchodu, i oni již musí čelit zdravotním problémům, které s sebou zralý věk mimo jiné přináší. Z toho vyplývá, že onemocnění jejich blízkých bude s největší pravděpodobností představovat větší zátěž i pro ně jako pečovatele.

5.3 Časový harmonogram

Tab. č. 5 – Harmonogram zpracování rigorózní práce

Postup	12/09	01/10	02/10	03/10	04/10	05/10
zadání rigorózní práce						
seznámení s tématem						
vyhledání odborné literatury						
studium odborné literatury						
rozpracování teoretické části RP						
příprava empirického šetření						
neformální setkání s klienty						
sběr dat pro praktickou část RP						
analýza dat						
dokončení teoretické části RP						
kontrola položek RP						
odevzdání RP						

Zdroj: vlastní

5.4 Sběr dat

Přípravná fáze probíhala od prosince 2009. Zpočátku se jednalo zejména o vyhledávání relevantní odborné literatury k tématu rigorózní práce a dalších informačních pramenů. Bylo nutno prostudovat 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 stále 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 léčba v akutní fázi onemocnění, dlouhodobé následky onemocnění, které omezují jak člověka s afázií, tak životní partnery a celou rodinu, jsou též zpracovány v mnohem menším rozsahu.

Vlastní realizaci rozhovoru předcházelo neformální setkání se všemi čtyřmi páry v jejich přirozeném domácím prostředí. Cílem bylo odbourání případných zábran, navození příjemné a smysluplné spolupráce.

Realizační fáze průzkumu se uskutečnila od ledna do února 2010. 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 souhlasili s pořízením a využitím videonahrávky pro pracovní účely, 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 únor – květen 2010. Podstatou vlastního vyhodnocování bylo:

- § **zanesení získaných údajů do tabulek** (viz příloha),
- § **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.**
- § **vyhodnocení změn, které byly v odstupu dvou let zaznamenány**

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 v jednotlivých oblastech shodují či nikoliv.

Podkladem pro analýzu je videozáznam, který je doslovně přepsán, není stylisticky upraven, proto se v něm nachází velké množství nespisovných či hovorových výrazů.

Všechny rozhovory jsou poměrně rozsáhlé a obsahují velké množství dat. Domnívám se, že pro lepší orientaci a přehlednost v daných přepisem je vhodnější jejich zařazení do přílohy této 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 partneři 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 Pár č. 1

Zhodnocení fyzické oblasti

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

Fyzická oblast								
Aktivita	Pár č. 1							
	M1(A)		Ž 1		N		NT	
	2008	2010	2008	2010	2008	2010	2008	2010
soběstačnost	2	2	2	2	1	1	1	1
samostatnost	2	2	2	2	1	1	1	1
hygiena	2	2	2	2	2	2	2	2
pohybové aktivity/sport	2	1	2	2	1	1	1	1
záliby/koníčky	2	2	2	2	1	1	1	1
dovolená	2	2	2	2	2	2	2	2
výlety/procházky	2	2	1	1	1	1	1	1
společná aktivita	1	1	1	1	1	1	1	1

Vysvětlivky:

M 1 (A) - muž s afázií

Ž 1 – žena/partnerka

N – názor, hodnocení osoby s afázií z pohledu partnera

NT– názor, hodnocení aktivit osoby s afázií (situace) z pohledu tazatele

2008 – rozhovor v rámci DP

2010 – rozhovor v rámci RP

Zdroj: vlastní

Z rozhovorů tohoto manželského páru je možné usuzovat (viz tab. č. 6), že se poměrně dobře podařilo obnovit a na velmi dobré úrovni udržet téměř všechny aktivity, zahrnuté do fyzické oblasti. S odstupem času se opět potvrdilo, že M1(A) má neustále tendence svůj zdravotní stav nadhodnocovat, přeceňovat své síly a možnosti. Většinu položek hodnotí vysoko, jako by v podstatě nebyl žádným onemocněním téměř limitován, což samozřejmě neodpovídá skutečnému stavu - viz odpovědi **M1(A)-5, M1(A)-19**. Pokud připustí nějaký problém, přikládá ho spíše věku než následkům onemocnění - viz odpověď **M1(A)-20**. Jediné, v čem oproti minulému rozhovoru (rok 2008) uznává vzhledem k hemiparéze PHK omezení, je tenis – viz **M1(A)-31**. V této souvislosti se pozastavuji nad tím, proč stále popírá obtíže v hokeji? I zde následky onemocnění sehrávají velmi důležitou roli. Chce snad vzhledem k tomu, že hokej je pro něj celoživotním zájmem číslo jedna, svůj handicap popřít či si ho snad vůbec nepřipouštět? Zároveň je nutné položit si otázku, zda jsou některé pohybové aktivity (především právě fyzicky náročný hokej) vzhledem k prokazatelným zdravotním problémům a následkům onemocnění M1(A) vhodné (viz kap. 5.2.1).

Žena na problém ve fyzické oblasti nahlíží, podobně jako v minulosti, poněkud realističtěji, což je patrné z následujících odpovědí **Ž1-1, Ž1-3**. Zároveň však uvádí, že ale v mnoha směrech došlo za poslední dva roky k určitému zlepšení - viz **Ž1-1, Ž1-10**. Následně k tomu dodává, že i přes zlepšení celkového stavu manžela, je ona ale ve svých aktivitách stále poněkud limitována – viz **Ž1-11**.

Z odpovědí M1(A) i Ž1 je patrné, že i přes to, že se M1(A) zapojil do aktivního života, zůstávají téměř všechny činnosti a aktivity v dopoledních hodinách ve dnech, kdy nechodí do zaměstnání, i nadále velmi stereotypní - viz **M1(A)-6**, Dokládají to i odpovědi Ž1 - viz **Ž1-1, Ž1-3**. Z rozhovorů není patrný během dopoledních hodin příliš velký zájem M1(A) o rozvoj nových zájmů, iniciátorem všech zmiňovaných aktivit, pokud není M1(A) v zaměstnání, je i nadále Ž1 – viz **M1(A)-6**, což dokazují i odpovědi **Ž1-1, Ž1-3**.

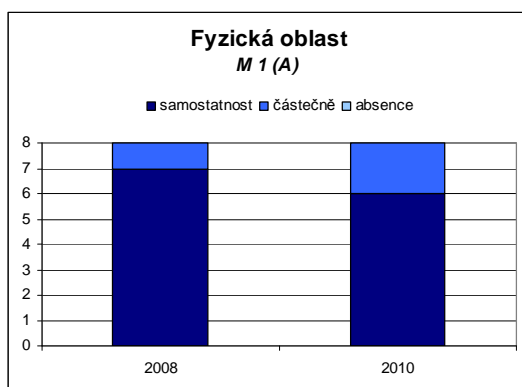
V oblasti **soběstačnosti, samostatnosti** dosáhl postupem času muž M1(A) poměrně vysoké úrovně. V akutním stadiu onemocnění byla jeho samostatnost a soběstačnost značně omezená – viz **M1(A)-19**. V současné době zcela samostatně využívá prostředků MHD – viz odpovědi **M1(A)-13, M1(A)-26**. Jak ale uvádí, i přes to, že je majitelem řidičského průkazu, není od doby, kdy ho stihla CMP, schopen řídit

motorové vozidlo, což ho ale dle jeho vyjádření nijak nelimituje, neboť využívá MHD, která mu umožňuje rychlejší přesun po městě a zároveň je pro něho i méně stresující – viz **M1(A)-14, M1(A)-15**. I zde se zamýšlím nad tím, zda opravdu celou záležitost přijal s tím, že v podstatě jízda MHD je výhodou, když v období před iktem MHD vůbec nevyužíval. Je opravdu jeho tvrzení pravdivé nebo si jen nechce přiznat, že jeho schopnosti nejsou takové, jaké byly před onemocněním?

Ž1 připouští, že u M1(A) došlo ve všech oblastech, tedy i v oblasti samostatnosti a soběstačnosti ke zlepšení – viz **Ž1-10**, neustále však není na takové úrovni, jako před onemocněním - viz **Ž1-1, Ž1-3**. Naproti tomu muž M1(A) neudává téměř žádné omezení (**M1(A)-5, M1(A)-6, M1(A)-17, M1(A)-19**).

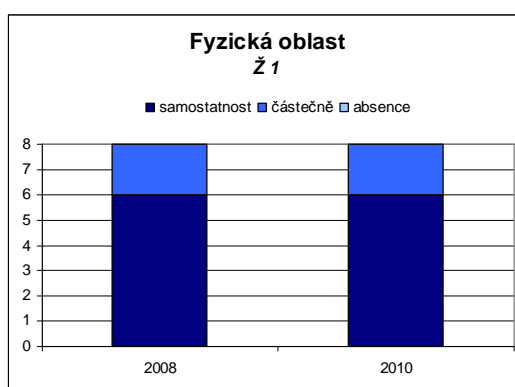
Rozdílné odpovědi jsem zaznamenala i v oblasti výletů – viz **M1(A)-31**, zatím co žena vnímá situaci takto - viz **Ž1-12**. I zde je patrné, že úroveň fyzické zdatnosti, síly, ale i vůle a fyzická aktivita vlivem onemocnění klesla.

Graf č. 1 – Sebehodnocení M1(A) (fyzická obl.)



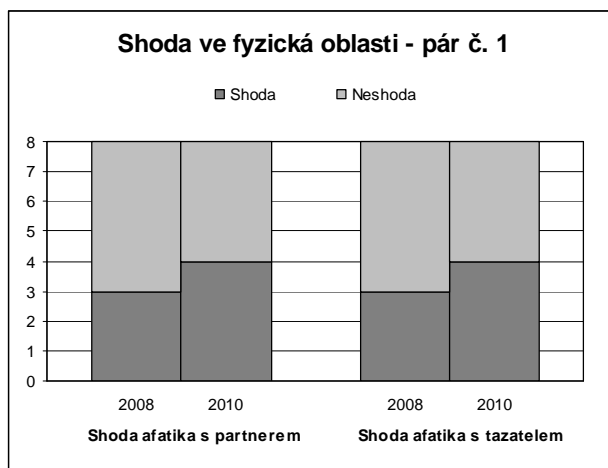
Zdroj: vlastní

Graf č. 2 - Sebehodnocení Ž1 (fyzická obl.)



Zdroj: vlastní

Graf č. 3 – Shoda páru č. 1 (fyzická obl.)



Zdroj: vlastní

Při analýze rozhovorů jsem dospěla k závěru, že tento pár může i přes následky onemocnění M1(A) vykonávat některé z aktivit zahrnutých do fyzické oblasti bez omezení, většinu aktivit pak za určitých podmínek s částečným omezením.

Z některých odpovědí však zároveň vyplývá, že v důsledku CMP došlo k poklesu fyzické aktivity M1(A), ke sklonům k pasivnějšímu a stereotypnějšímu způsobu života člověka s afázií - viz **M1(A)-6**, **M1(A)-28**, které do jisté míry omezují i aktivitu partnerky – viz **Ž1-11**.

Z výsledků rozhovorů a pozorování je zřejmé, že hodnocení aktivit osoby s afázií z pohledu partnera je zcela totožné s výsledky pozorování a rozhovoru tazatele.

Zhodnocení duševní oblasti

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

Duševní oblast								
Aktivita	Pár č. 1							
	M1(A)		Ž 1		N		NT	
	2008	2010	2008	2010	2008	2010	2008	2010
četba/knihy	2	2	2	2	2	2	2	2
četba/tisk	2	2	2	2	2	2	2	2
komunikace	2	2	2	2	1	1	1	1
přátelé	2	2	2	2	2	2	2	2
sousedí	2	1	2	1	1	1	0	1
kultura	2	2	2	2	1	0	1	0
televize	2	2	2	2	2	2	2	2
partnerství	2	2	2	2	2	2	2	2
rodina	2	2	2	2	2	2	2	2
spolupracovníci	1	2	2	2	1	1	1	1

Vysvětlivky:

M 1 (A) - muž s afázií

Ž 1 – žena/partnerka

N – názor, hodnocení osoby s afázií z pohledu partnera

NT– názor, hodnocení aktivit osoby s afázií (situace) z pohledu tazatele

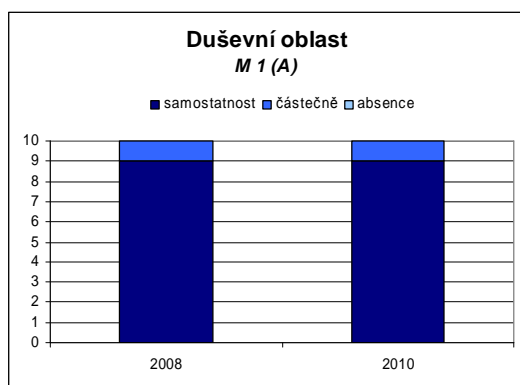
Zdroj: vlastní

Hodnocení duševní oblasti neukázalo v současné době žádné větší názorové neshody manželů. Zatímco při minulém rozhovoru (2008) hodnotil M1(A) vztahy se sousedy jako výborné, aktuálně se přiklání k tomu, že vztahy jsou v podstatě neutrální, nikterak vřelé či nadstandardní - viz **M1(A)-28, M1(A)-29**, podobně i Ž1 – viz **Ž1-15**.

Pár se liší ve vnímání aktivit v **oblasti kultury**. Zatímco M1(A) konstatuje, že určité kulturní akce po prodělané CMP navštěvoval více než v minulosti - viz **M1(A)-32**, Ž1 udává v podstatě opak – viz **Ž1-13**.

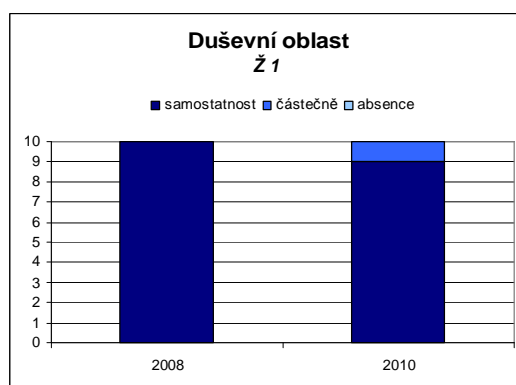
Do duševní oblasti byly zařazeny i otázky, týkající se **komunikace**. U M1(A) přetrvává lehká fatická porucha, ale v současné době nenavštěvuje žádnou logopedickou ambulanci. Nezúčastňuje se ani rekondičních pobytů. Z rozhovoru, který je doslovně přepsaný, jsou patrné agramatismy, četné anomické pauzy, cirkumlokuce, místy se objevují fonemické parafráze. M1(A) se necítí narušenou komunikační schopností nijak výrazně limitován viz -**M1(A)-9, M1(A)-10, M1(A)-16**. Žena Ž1 naopak v oblasti komunikace svého manžela stále určitý problém pozoruje a udává, že M1(A) si je vědom svých komunikačních obtíží a při rozhovoru s cizími lidmi se necítí zcela uvolněně, v komunikaci s cizími lidmi určité obtíže i nadále má - viz **Ž1-2**.

Graf č. 4 – Sebehodnocení M1(A) (duševní obl.)



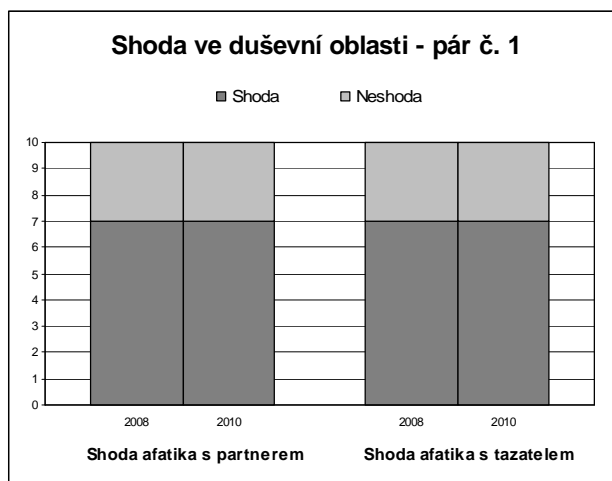
Zdroj: vlastní

Graf č. 5 - Sebehodnocení Ž1 (duševní obl.)



Zdroj: vlastní

Graf č. 6 – Shoda páru č. 1 (duševní obl.)



Zdroj: vlastní

Zhodnocení ekonomické oblasti

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

Ekonomická oblast								
Aktivita	Pár č. 1							
	M 1 (A)		Ž 1		N		NT	
	2008	2010	2008	2010	2008	2010	2008	2010
zaměstnání	N.A.	1	2	2	0	1	0	1
léky	N.A.	1	1	2	1	1	1	1
lékařská péče	N.A.	1	1	2	1	1	1	1
logopedie	N.A.	2	2	2	2	2	2	2
rekondiční pobyt	N.A.	2	2	2	2	2	2	2
kompensační p.	N.A.	2	2	2	2	2	2	2
rehabilitace	N.A.	2	2	2	2	2	2	2

Vysvětlivky:

M 1 (A) - muž s afázií

Ž 1 – žena/partnerka

N – názor, hodnocení osoby s afázií z pohledu partnera

NT – názor, hodnocení aktivit osoby s afázií (situace) z pohledu tazatele

Zdroj: vlastní

K největší a nejzásadnější změně u tohoto páru od doby, kdy byl realizován první rozhovor v rámci diplomové práce (2008), došlo v tom, že muž M1(A) v 09/2009 nastoupil do zaměstnání. Vzhledem k onemocnění byl nucen opustit svoje dosavadní povolání, čímž přerušil a postupem času v podstatě úplně ztratil vztahy s bývalými spolupracovníky. V současnosti však opět našel práci, i když ve zcela jiném oboru. Pracuje sice pouze na částečný úvazek jako vrátný v jednom pražském podniku - viz **M1(A)-6, M1(A)-7**, získal tím nový okruh známých a bez pochyby se tím zlepšila jeho celková kvalita života. Vzhledem k zapojení se do pravidelného pracovního poměru se tak sekundárně zvýšila samostatnost, ale i sebevědomí a sebehodnocení M1(A)- viz odpovědi **M1 (A)-5, M1(A)-10**,

Je zřejmé, že v této oblasti i přes to, že M1(A) nastoupil do zaměstnání, zůstává zajištění rodiny po ekonomické stránce z větší části na partnerce – viz **Ž1-1**. M1(A) však alespoň částečně uhradí náklady na lékařskou péči- viz **M1(A)-5**, finanční situace páru se tím oproti době, kdy byl M1(A) propuštěn z nemocnice do domácího ošetření, zlepšila. Ž1 byla v té době vzhledem ke zdravotnímu stavu M1(A) nucena opustit více než na rok své zaměstnání. M1(A) byly přiznány mimořádné výhody II. stupně – ZTP. Má tedy i nadále 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. stále přiznán plný invalidní důchod.

Z výpovědi obou partnerů - viz **M1(A)-5** i **Ž1-1** 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, i když je částečně kompenzována nástupem M1(A) do zaměstnání, což lze nalézt v odpovědi **M1(A)-5**.

Vzhledem k tomu, že M1(A) již nenavštěvuje logopedickou ambulanci, nechodí na rehabilitaci, nejedí na žádné rekondiční pobyty - viz **M1(A)-27**, **M1(A)-28**, jsou výdaje v těchto oblastech nulové.

Zhodnocení emocionální oblasti

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

Emocionální oblast								
Aktivita	Pár č. 1							
	M 1 (A)		Ž 1		N		NT	
	2008	2010	2008	2010	2008	2010	2008	2010
úzkost	2	2	1	1	1	1	1	1
nálady	2	2	1	1	1	1	1	1
deprese	2	2	2	2	1	2	1	1

Vysvětlivky:

M 1 (A) - muž s afázií

Ž 1 – žena/partnerka

N – názor, hodnocení osoby s afázií z pohledu partnera

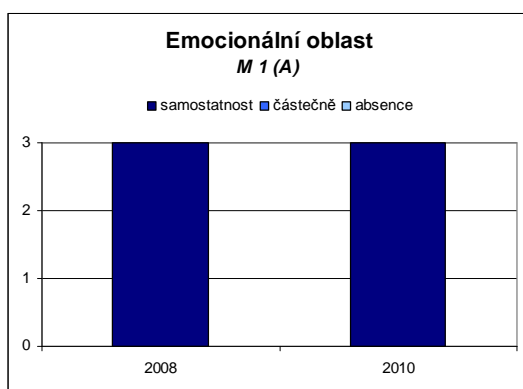
NT– názor, hodnocení aktivit (situace) z pohledu tazatele

Zdroj: vlastní

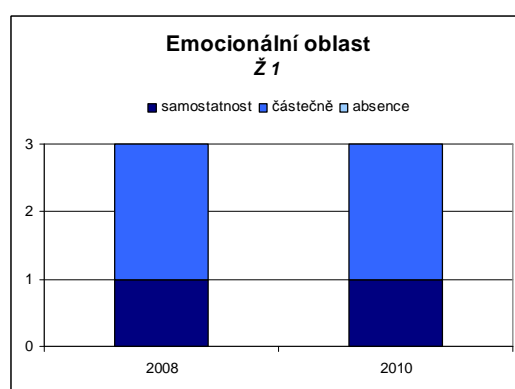
Ukazuje se (viz tab. č. 9), že onemocnění M1(A) zasahuje i do oblasti emocí tohoto páru. M1(A) se domnívá, že největší období stresu, depresí a úzkosti prožíval v době hospitalizace v nemocnici - viz **M1(A)-9**, **M1(A)-18**, což se shoduje s výzkumy, zabývajícími se vznikem deprese (viz kap. 3.1.1). Stres a úzkostná nálada přetrvávala v období po návratu do domácího ošetření, kdy byla omezena výrazněji samostatnost a soběstačnost M1(A) – viz **M1(A)-19**. S tímto názorem se ztotožňuje i Ž1 – viz **Ž1-1**. Zatímco v současnosti M1(A) nechápe občasné stesky a úzkost jako nic, co by se vymykalo normě - viz **M1(A)-5**, **M1(A)-9**, Ž1 se domnívá, že i přes to, že došlo ke zlepšení úzkostných stavů, emocionální problémy u M1(A) do jisté míry přetrvávají a jsou intenzivnější než před onemocněním – viz **Ž1-1**, **Ž1-17**, **Ž1-18**.

Je nutné se zamyslet nad tím, jak velké emocionální zátěži byla a stále do jisté míry je vystavena i partnerka. Veškerá pozornost byla soustředěna na zlepšení stavu M1(A). Ž1 byla tou, která se musela snažit zpočátku při návštěvách u nemocničního lůžka M1(A) povzbuzovat, motivovat ho k jednotlivým aktivitám, být důsledná v dodržování nastolených terapeutických postupů, což nepochybně přispělo ke zlepšení jeho celkového zdravotního stavu. Sama, ač především v akutním stadiu nemoci manžela odbornou pomoc potřebovala, nedokázala ji sama vyhledat a z řad odborníků jí pomoc nabídnuta nebyla – viz **Ž1-17**. Celou situaci tak zvládala a až do současnosti zvládá za pomoci rodiny a přátel.

Graf č. 7 – Sebehodnocení M1(A) (emocionální obl.) Graf č. 8 – Sebehodnocení Ž1 (emocionální obl.)

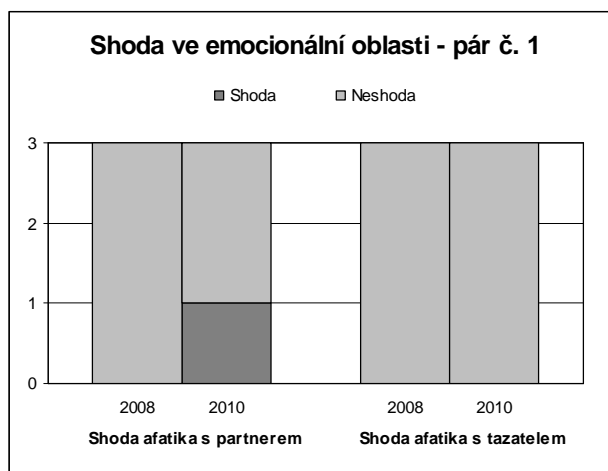


Zdroj: vlastní



Zdroj: vlastní

Graf č. 9 – Shoda páru č. 1 (emocionální obl.)



Zdroj: vlastní

Zhodnocení sexuální oblasti

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

Sexuální oblast								
Aktivita	Pár č. 1							
	M 1 (A)		Ž 1		N		NT	
	2008	2010	2008	2010	2008	2010	2008	2010
apetence	N.A.	N.A.	2	2	2	2	1	1

Vysvětlivky:

M 1 (A) - muž s afází

Ž 1 – žena/partnerka

N – názor, hodnocení osoby s afází z pohledu partnera

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

Zdroj: vlastní

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

Sexualita tohoto páru nekončí, získává však pravděpodobně díky nabytým životním zkušenostem zcela jiný rozměr. Jde o naplnění potřeby blízkosti partnera, pohlazení, něhu, nevylučuje ani samotný pohlavní akt. Všechny tyto potřeby intimního života byly následkem onemocnění dočasně značně eliminovány, naplnění těchto potřeb vystřídala snaha o zlepšení a stabilizaci zdravotního stavu. Ani za těchto okolností však sexualita jistě zcela nevyprchala, dostala pouze zcela jinou dimenzi v podobě psychické podpory nemocného, pohlazení, radosti ze společně prožitých chvil.

Z rozhovorů i pozorování je patrný velmi hezký, na pevných základech stojící partnerský vztah, vzájemná důvěra, značná tolerance, ale i výrazná fixace partnerů jednoho na druhém – viz **M1(A)-18, M1(A)-23, M1(A)-24, M1(A)-32, Ž1-4, Ž1-5, Ž1-16, Ž1-19**. Domnívám se, že 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 jako problém, který je nutno řešit či prezentovat - viz **Ž1-21, Ž1-22**.

Jelikož pár č. 1 aktuálně nevykazuje žádné závažné problémy v duševní ani emocionální oblasti, pouze lehké v oblasti fyzické (viz výše), lze se domnívat, že ani v oblasti intimního života nezaznamenávají příliš výrazné dysfunkce, což je v rozporu s výsledky některých zahraničních výzkumů (viz kap.3.1.3).

5.5.2 Pár č. 2

Zhodnocení fyzické oblasti

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

Fyzická oblast								
Aktivita	Pár č. 2							
	Ž 1 (A)		M 1		N		NT	
	2008	2010	2008	2010	2008	2010	2008	2010
soběstačnost	2	2	2	2	2	1	1	1
samostatnost	2	2	2	2	1	1	1	1
hygiena	2	2	2	2	2	2	2	2
pohybové aktivity	2	1	0	0	1	0	0	0
záliby/koníčky	0	1	1	1	1	1	0	0
dovolená	0	0	0	0	0	0	0	0
výlety/procházky	1	0	1	0	1	0	0	0
společná aktivita	1	0	1	0	1	0	1	0

Vysvětlivky:

Ž 1 (A) - žena s afázií

M 1 – muž/partner

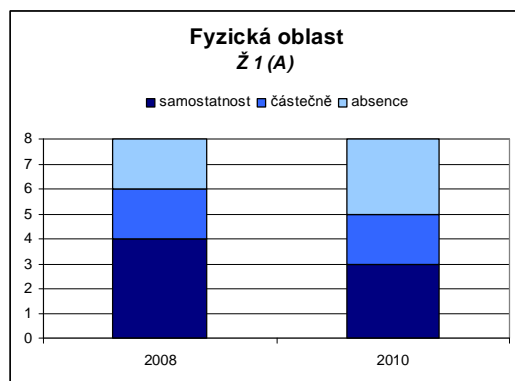
N – názor, hodnocení osoby s afázií z pohledu partnera

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

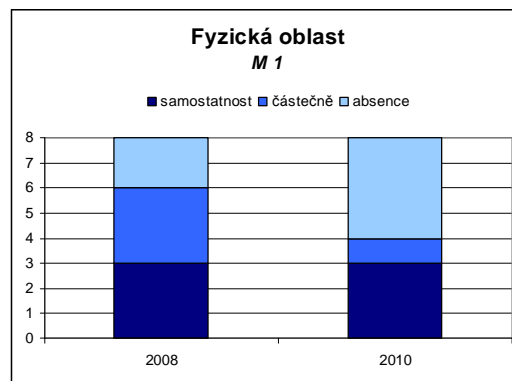
Zdroj: vlastní

V případě tohoto páru došlo vlivem onemocnění Ž1(A) k poměrně značnému omezení některých sledovaných aktivit. V žádném ze sledovaných parametrů od doby, kdy probíhal první rozhovor (2008), nedošlo ke zlepšení. Naopak v určitých oblastech nastalo zhoršení. S narůstajícím věkem a vlivem onemocnění dochází k úbytku fyzických sil, k poklesu samostatnosti, k rychlejší unavitelnosti, ale i ke sklonům k větší pasivitě – viz **Ž1(A)-11, Ž1(A)-12, Ž1(A)-14, Ž1(A)-18**, což dokazují i odpovědi manžela – viz **M1-5, M1-7, M1-14, M1-15**. Větší míru unavitelnosti u pacientů v chronickém stadiu afázie uvádí i odborná literatura (viz kapitola 3.1).

Graf č. 10 – Sebehodnocení Ž1(A) (fyzická obl.)



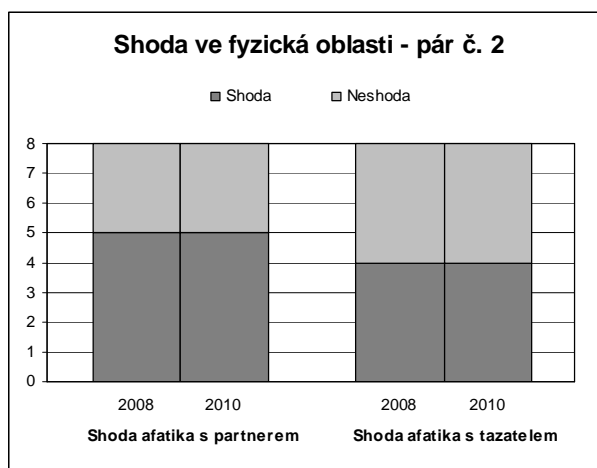
Graf č. 11 - Sebehodnocení M1 (fyzická obl.)



Zdroj: vlastní

Zdroj: vlastní

Graf č. 12 – Shoda páru č. 2 (fyzická obl.)



Zdroj: vlastní

Zhodnocení duševní oblasti

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

Duševní oblast								
Aktivita	Pár č. 2							
	Ž 1 (A)		M 1		N		NT	
	2008	2010	2008	2010	2008	2010	2008	2010
četba/knihy	2	1	2	2	2	1	2	1
četba/tisk	1	1	2	2	1	1	0	1
komunikace	1	1	2	2	1	1	1	1
přátelé	2	2	1	1	2	2	2	2
sousedí	2	2	2	2	2	2	2	2
kultura	2	1	0	2	1	0	0	0
televize	2	2	1	2	2	2	2	2
partnerství	2	2	2	2	2	2	2	2
rodina	1	2	2	2	2	2	2	2
spolupracovníci	0	0	0	0	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

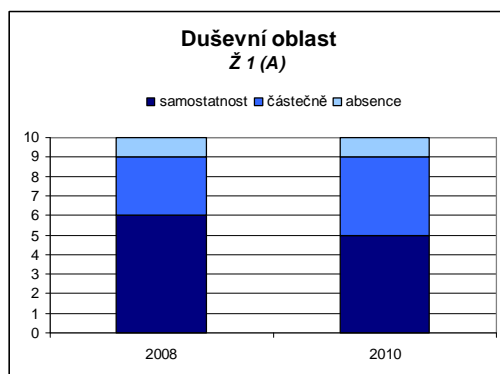
Zdroj: vlastní

V této oblasti došli manželé v podstatě ke shodě v názorech. Odlišnosti jsem zaznamenala pouze v odpovědích, které se týkaly **kultury**. M1 uvádí, že se u Ž1(A) po onemocnění výrazně snížila frekvence návštěv kulturních akcí, dokonce si myslí, že posledním čase již do divadla nechodí vůbec - viz **M1-6, M1-7**. Ž1 naproti tomu hovoří o tom, že divadelní představení někdy navštěvuje – viz **Ž1(A)-15**.

Do okruhu otázek, týkajících se duševní oblasti, byla zařazena i **komunikace**. Vzhledem k přetrvávající expresivní afázii jsou patrné výrazné anomické pauzy, agramatismy, nonfluence, cirkumlokuce, fonemické parafázie, narušené opakování, narušené pojmenování. Během rozhovoru jsem nezaznamenala poruchy v porozumění. Jak z rozhovoru vyplynulo, i přesto, že má Ž1(A) značné problémy v komunikaci, rozhodla se pro ukončení logopedické terapie, jelikož nabyla dojmu, že z terapie nikterak neprofituje – viz **Ž1(A)-4**. M1 k tomu ještě dodává, že v podstatě nebylo možné z finančních důvodů do logopedické ambulance dojíždět tak často, jak by si stav manželky vyžadoval - viz **M1-11**, což v podstatě dokazuje i odpověď – viz **Ž1(A)-4**.

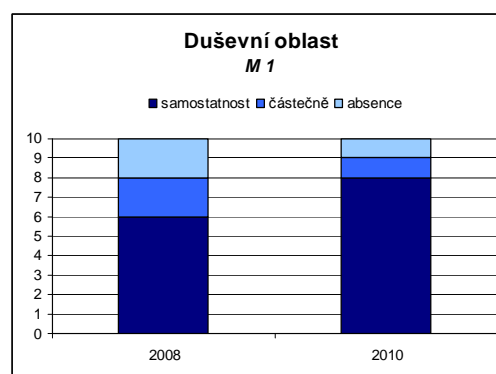
Z výpovědi obou partnerů je zjevné, že rodinné vztahy stojí na pevných základech. Jsou spokojeni, když se sejde celá rodina, zároveň však nepopírají, že pohoštění a dlouhodobá návštěva rodiny Ž1(A) vyčerpávají víc, než tomu bylo ještě při minulém rozhovoru – viz **Ž1(A)-11.M1-14**. V posledním roce došlo k zásadní změně v bydlení tohoto páru. Jelikož se vnučka s manželem a synem dostala do obtížné situace v otázce bydlení, nastěhovali se do domu prarodičů. Ž1(A) při minulém rozhovoru (2008) uvedla, že jejich rodina není tak soudržná, jak by si představovala. Naproti tomu v současnosti je s fungováním rodiny spokojená, i když soužití několika generací v jednom domě má i svá úskalí (omezené soukromí, nutnost se částečně podřizovat atd). Jak ale opakovaně uvádí, je již stará, nemá tolik sil, mimo jiné tedy i v domácnosti uvítá pomoc ze strany celé širší rodiny – viz **Ž1(A)-11, Ž1(A)-12**, což potvrzuje i odpověď **M1-14**. Jediný, kdo v domácnosti nepomáhá, je M1 – viz **Ž1(A)-10**. Ten však uvádí, že by pomohl, ale Ž1(A) o pomoc nestojí – viz **M1-15**. Jelikož není Ž1(A) zcela samostatná, je jí M1 nápomocen v situacích, kdy je Ž1(A) nucena pohybovat se mimo bydliště (např. lékař, služby, nákupy) – viz **Ž1(A)-5, Ž1(A)-7, Ž1(A)-8**, což dokládají i odpovědi **M1-8, M1-15**.

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



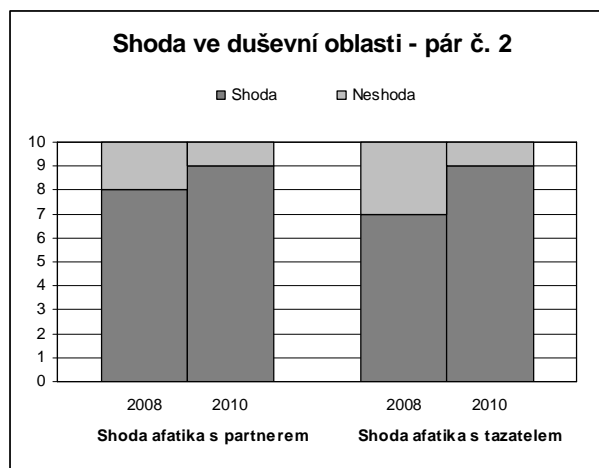
Zdroj: vlastní

Graf č. 14 – Sebehodnocení M1 (duševní obl.)



Zdroj: vlastní

Graf č. 15 – Shoda páru č. 2 (duševní obl.)



Zdroj: vlastní

Zhodnocení ekonomické oblasti

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

Ekonomická oblast								
Aktivita	Pár č. 2							
	Ž 1 (A)		M 1		N		NT	
	2008	2010	2008	2010	2008	2010	2008	2010
zaměstnání	N.A.	N.A.	2	2	2	2	2	2
léky	N.A.	N.A.	2	1	0	0	0	0
lékařská péče	N.A.	N.A.	2	1	0	0	0	0
logopedie	N.A.	N.A.	2	2	0	2	0	2
rekondiční pobyt	N.A.	N.A.	2	2	2	2	2	2
kompensační p.	N.A.	N.A.	2	2	2	2	2	2
rehabilitace	N.A.	N.A.	2	2	1	2	1	2

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

Zdroj: vlastní

Jak je patrné z tabulky (viz tab. č. 13), u tohoto páru ekonomickou oblast hodnotí také pouze partner, tedy M1. Je zřejmé, že u 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.

Vzhledem k tomu, že se i u M1 začínají projevovat některé nemoci, kterými až doposud netrpěl, dochází k větším finančním výdajům za návštěvu lékaře a za léky nejen kvůli Ž1(A), ale i M1 – viz **M1-10, M1-11**. V minulém roce však Ž1(A) přestala navštěvovat logopedickou ambulanci, kam bylo nutno dojíždět autem, alespoň tato finanční zátěž manželům odpadla – viz **Ž1(A)-4, M1-11**. Vzhledem k tomu, že jsou opravdu v tíživé finanční situaci, rozhodli se pro ukončení logopedické péče. Otázkou však zůstává, zda ukončení logopedické terapie bylo tím správným rozhodnutím. Na druhou stranu je těžké najít finanční prostředky na to, aby uhradili cestu do města a zpět. Zde se ukazuje, jak málo je podchycená logopedická péče u osob, žijících na vesnici, které nejsou dostatečně finančně zdatné na to, aby mohly dojíždět na logopedii často do vzdálených měst.

Zhodnocení emocionální oblasti

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

Emocionální oblast								
Aktivita	Pár č. 2							
	Ž 1 (A)		M 1		N		NT	
	2008	2010	2008	2010	2008	2010	2008	2010
úzkost	1	1	1	1	0	0	0	0
nálady	1	1	0	1	0	0	0	0
deprese	0	1	2	2	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

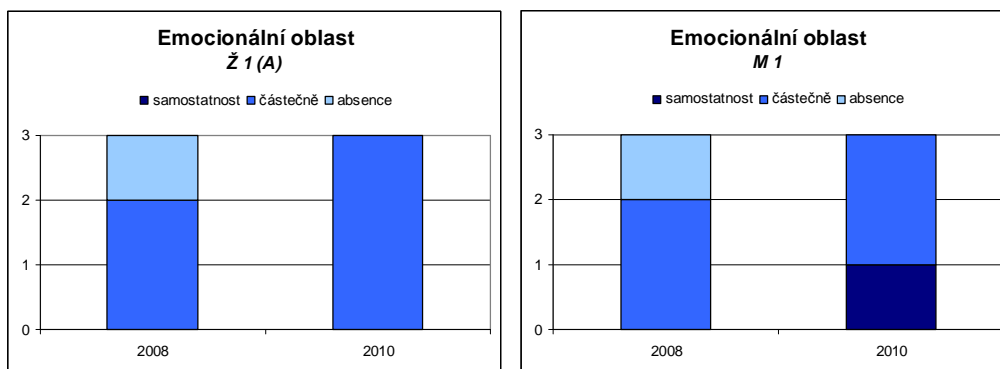
Zdroj: vlastní

Podobně jako u předešlých párů, i zde z výsledků rozhovorů a pozorování vyplývá, (viz tab. č. 14), že náročná životní situace, vzniklá onemocněním Ž1(A), výrazně zasáhla emocionální stránku osobnosti obou manželů.

M1 se domnívá, že by Ž1(A) vzhledem k přetrvávajícím a v současné době do určité míry i se zhoršujícím se stavům úzkosti, změnám nálad i depresivním stavům měla vyhledat odbornou pomoc – viz **M1-10, M1-11, M1-12, M1-13**. Tu však Ž1(A) i nadále striktně odmítá – viz **Ž1(A)-6**. Emocionální nepohoda Ž1(A) se sekundárně přenáší i na M1. Analýza rozhovoru tak opět ukazuje na fakt, jak značné emocionální zátěži byl a stále je i u tohoto páru vystaven „zdravý“ partner. Především v akutním

stadiu onemocnění Ž1(A) byl M1 vystaven obrovskému psychickému tlaku – viz **M1-19, M1-20**, nebyl schopen jej sám zvládat – viz **M1-13**. Nyní sice celou situaci zvládá lépe, ale stále je vystaven velké psychické zátěži – viz **Ž1(A)-17**. Sám však, podobně jako jeho manželka, žádnou formu odborné pomoci do současnosti nevyhledal. Možná právě to, že by M1 sám pomoc vyhledal, by k podobnému kroku přimělo i Ž1(A), ten však pomoc v podstatě shodně jako Ž(A)-1 odmítá – viz **M1-20**.

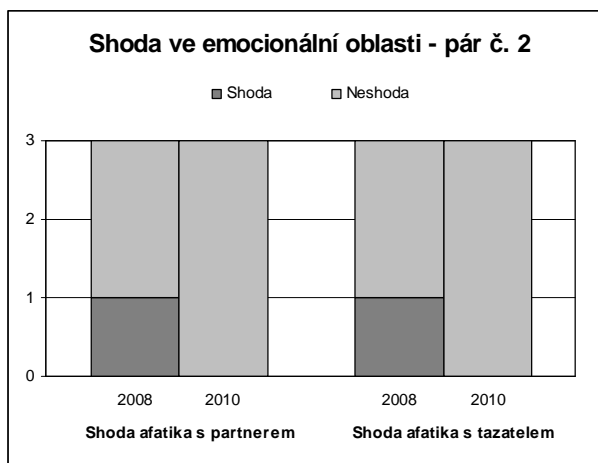
Graf č. 16 – Sebehodnocení Ž1(A) (emocionální obl.) Graf č. 17 - Sebehodnocení M1 (emocionální obl.)



Zdroj: vlastní

Zdroj: vlastní

Graf č. 18 – Shoda páru č. 2 (emocionální obl.)



Zdroj: vlastní

Zhodnocení sexuální oblasti

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

Sexuální oblast								
Aktivita	Pár č. 2							
	Ž 1 (A)		M 1		N		NT	
	2008	2010	2008	2010	2008	2010	2008	2010
apetence	N.A.	N.A.	0	0	0	0	1	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

Zdroj: vlastní

Dá se očekávat, že u tohoto staršího manželského páru bude sexuální apetence klesat důsledkem onemocnění, ale i vzhledem k jejich věku. Sexualita v nejširším slova smyslu pravděpodobně během života zcela nevyprchá, nastupuje zde jiná dimenze ve formě vzájemné podpory partnerů, snaha být si nablízku, je třeba vzít v úvahu, že i pohlazení, dotek či společně prožité okamžiky mohou mít hluboký sexuální podtext, aniž by došlo k sexuálnímu kontaktu tak, jak je nejčastěji vnímán a prezentován – viz **M1-19, M1-20, M1-21, M1-22, M1-23, Ž1(A)-13**.

5.5.3 Pár č. 3

Zhodnocení fyzické oblasti

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

Fyzická oblast								
Aktivita	Pár č. 3							
	Ž 2 (A)		M 2		N		NT	
	2008	2010	2008	2010	2008	2010	2008	2010
soběstačnost	2	2	2	2	1	2	2	2
samostatnost	1	1	2	2	1	1	1	1
hygiena	2	2	2	2	2	2	2	2
pohybové aktivity/sport	1	1	1	1	1	1	1	1
záliby/koníčky	1	1	1	1	1	1	1	1
dovolená	2	1	2	1	2	1	1	1
výlety/procházky	1	1	1	1	1	1	1	1
společná aktivita	2	1	2	1	1	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

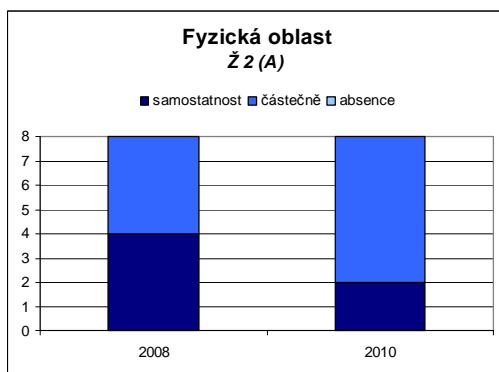
Zdroj: vlastní

U páru č. 3 došlo v odpovědích na otázky, týkající se fyzické oblasti, ve všech sledovaných parametrech k 100% názorové shodě. (viz tab. č. 16).

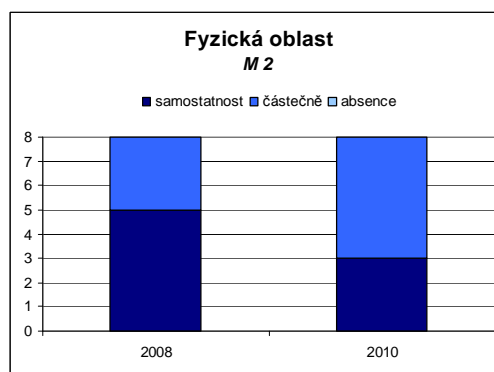
V posledním roce musela Ž2(A) vzhledem ke zhoršenému zdravotnímu stavu, způsobeném srdeční arytmií, omezit některé sportovní aktivity – viz **Ž2(A)-7**. Manželský pár se ale snaží v rámci možností s přihlédnutím k aktuálnímu zdravotnímu stavu obou partnerů žít naplno **Ž2(A)-6, Ž2(A)-7, M2-18, M2-19**. Zdravotnímu stavu Ž2(A) se musejí podřizovat i při výběru dovolené – viz **M2-20, Ž2(A)-6**.

V podstatě nejvýraznějším problémem, kterým je Ž2(A) i nadále limitována a sekundárně zasahuje i do života M2, je neustále do značné míry **snížená orientační schopnost** Ž2(A). Problém se tak přeneseně promítá do všech aktivit, které Ž2(A) provozuje mimo prostředí vlastního domova (sportovní aktivity, zájmy, koníčky, výlety, dovolená...). Ž2(A) je vždy odkázaná na doprovod jiné osoby, čímž se snižuje i její samostatnost viz **Ž2(A)-25, M2-15, M2-16**.

Graf č. 19 – Sebehodnocení Ž2(A) (fyzická obl.)



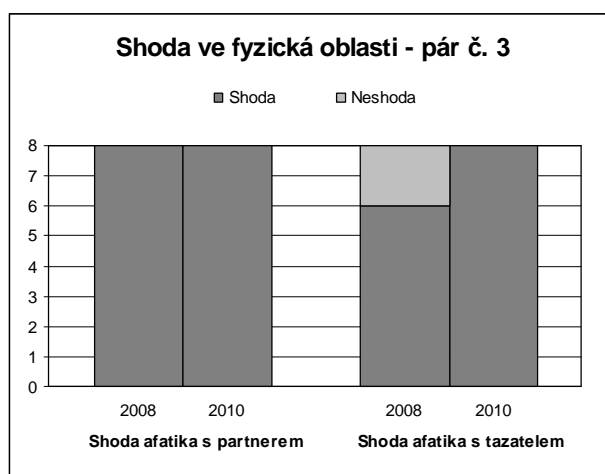
Graf č. 20 - Sebehodnocení M2 (fyzická obl.)



Zdroj: vlastní

Zdroj: vlastní

Graf č. 21 – Shoda páru č. 3 (fyzická obl.)



Zdroj: vlastní

Zhodnocení duševní oblasti

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

Duševní oblast								
Aktivita	Pár č. 3							
	Ž 2 (A)		M 2		N		NT	
	2008	2010	2008	2010	2008	2010	2008	2010
četba/knihy	2	2	2	2	2	2	2	2
četba/tisk	2	2	2	2	2	2	2	2
komunikace	1	1	2	2	1	1	1	1
přátelé	1	2	1	1	1	2	1	2
sousedí	2	1	1	1	1	1	1	1
kultura	1	1	2	2	1	1	1	1
televize	2	2	2	2	2	2	2	1
partnerství	2	2	2	2	2	2	1	2
rodina	1	1	1	1	1	1	1	1
spolupracovníci	1	0	2	2	1	0	0	0

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

Zdroj: vlastní

Jak je patrné z tabulky (viz tab. č. 17), i v této oblasti došlo u partnerů ke 100% názorové shodě.

Zatímco v roce 2008 viděla Ž2(A) vztahy se sousedy jako velmi dobré, nadstandardní, v současné době tyto vztahy definuje jako normální, ničím výjimečné, čímž dospěla k názorové shodě s M2 – viz **Ž2(A)-29, Ž2(A)-30, Ž2(A)-31, M2-35. M2-36**. Je možné, že si Ž2(A) kvalitu sousedských vztahů v minulosti do jisté míry idealizovala. Je třeba si uvědomit situaci, v jaké se Ž2(A) nacházela. Bez pomoci jiné osoby byla a stále je mimo domov v důsledku špatné orientační schopnosti výrazně omezována ve všech aktivitách, které si lze představit. Její domov se v podstatě stává klecí, ze které nelze ve většině situací samostatně ven. Domnívám se, že byť jen krátké chvílky, které prožívala právě se sousedkou a její dcerkou, ji obohacovaly, zmírňovaly pocit samoty, do jisté míry suplovaly i nenaplněné setkávání se svojí rodinou, která žila tou dobou trvale v USA. V současné době se situace změnila, syn s rodinou se přestěhoval z USA do Velké Británie, otevřela se tak cesta ke vzájemným návštěvám, Ž2(A) se splnil sen vidět svá vnoučata – viz **Ž2(A)-4, M2-20, M2-22**. S rodinou se ale i nadále nemůže stýkat tak, jak by si představovala – viz **M2-24**.

Zásadním a naprosto zlomovým okamžikem života bylo pro Ž2(A) seznámení s vrstevnicí, která se stala její blízkou přítelkyní. Právě ona dala Ž2(A) poznat, co znamená opravdová kvalita přátelských vztahů – viz **Ž2(A)-9, Ž2(A)-11, Ž2(A)-12, Ž2(A)-14, Ž2(A)-15, Ž2(A)-16, Ž2(A)-17, Ž2(A)-18, Ž2(A)-19, Ž2(A)-26, Ž2(A)-27, Ž2(A)-43**. Tento vztah vnímá velmi pozitivně i M2 – viz **M2-3, M2-4, M2-7, M2-8, M2-15**.

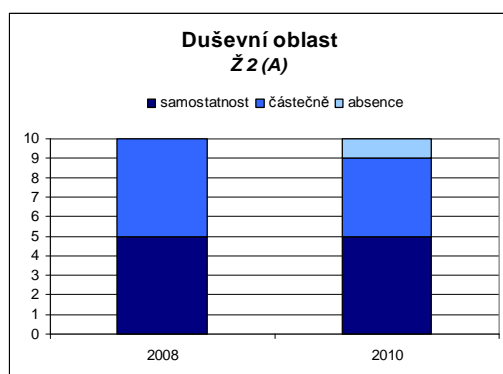
Ž2(A) i M2 shodně uvádějí, že vztahy se spolupracovnicemi Ž2(A) zcela opadly - viz **M2-19, Ž2(A)-38, Ž2(A)-39**. Po onemocnění Ž2(A) byl kontakt se spolupracovnicemi knihovny udržován v podstatě pouze přes výpůjčky knih, nyní již manželé tuto knihovnu vůbec nenavštěvují. Otázkou zůstává, proč se kolegyně k dlouholeté spolupracovnici zachovaly právě takto chladně. Byly v pořádku vztahy na pracovišti nebo se kolegyně neuměly či snad ani nechtěly alespoň trochu vcítit do situace, jakou prožívala Ž2(A)?

Partnerství, zařazené též do duševní oblasti, hodnotí v současné době Ž2(A) jako dobré, ve vztahu se cítí spokojená - viz **Ž2(A)-41**. Na základě analýzy rozhovorů a videozáznamu lze tvrdit, že u tohoto páru došlo po onemocnění Ž2(A) k velmi závažnému problému v partnerském vztahu. M2 přiznal, jakými těžkostmi vztah procházel. Zatímco v minulém rozhovoru situaci pouze nastínil, tentokrát se přiznal k nevěře – viz **M2-30**. Nezastírá, že Ž2(A) o mimomanželském vztahu věděla, domnívá se však, že mu odpustila – viz **M2-31**. Dle mého názoru se s tímto pochybením Ž2(A) dodnes nevyrovnala, i když tvrdí, že ano. Neverbální projev totiž vůbec nekoresponduje s projevem verbálním, zdaleka nevypovídá o spokojenosti a klidu, o jakém Ž2(A) hovoří. Domnívám se, že se Ž2(A) snaží problém pochopit, přijmout, ale rozhodně ho stále vnitřně nezpracovala. Zároveň si ale uvědomuje, že i přes to, co se stalo, byl a stále je jí manžel velkou oporou – **Ž2(A)-39, Ž2(A)-40, Ž2(A)-42**.

Do okruhu otázek, týkajících se duševní oblasti, byla zařazena i **komunikace**. Vzhledem k přetrvávající expresivní afázii jsou patrné agramatismy, nonfluence, fonemické parafázie, četné anomické pauzy, cirkumlokuce, narušené pojmenování. Během rozhovoru jsem nezaznamenala poruchy v porozumění. Ž2(A) v současné době nenavštěvuje žádnou logopedickou ambulanci, měla dojem, že péče již nepřináší žádný efekt.

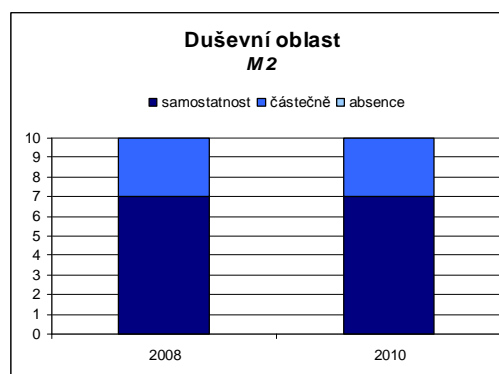
Velmi podstatný zlomový okamžik v životě Ž2(A) nastal době, kdy se seznámila se ženou ze sousedství, která se stala její přítelkyní. Ž2(A) v ní našla toho nejlepšího komunikačního partnera jak v každodenním životě. Zároveň jí pomohla nalézt i nové přátele, které by s největší pravděpodobností sama nikdy nenašla. Kvalita přátelských vztahů se jeví jako velmi nadstandardní - viz Ž2(A)- 9, Ž2(A)-10, Ž2(A)-11, Ž2(A)-12, Ž2(A)-14, Ž2(A)-15, Ž2(A)-16, Ž2(A)-17, Ž2(A)-18. Celou situaci velmi kladně hodnotí i M2, je přesvědčený o tom, že vlivem nového přátelství dostal dosavadní život Ž2(A) zcela jiný rozměr jak po stránce komunikace, tak i v oblasti psychiky – viz M2-2, M2-3, M2-4, M2-5. Nutno však podotknout, že bariéra či blok, který měla Ž2(A) v komunikaci s neznámými lidmi, se zatím nepodařilo zcela prolomit, pro Ž2(A) je setkání s neznámými lidmi vždy velmi stresující situací – viz Ž2(A)-11, Ž2(A)-12, Ž2(A)-23, Ž2(A)-24. Situaci však alespoň částečně zvládly spolu s přítelkyní vyřešit v místním obchodě s potravinami – viz Ž2(A)-18, Ž2(A)-20, Ž2(A)-21.

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



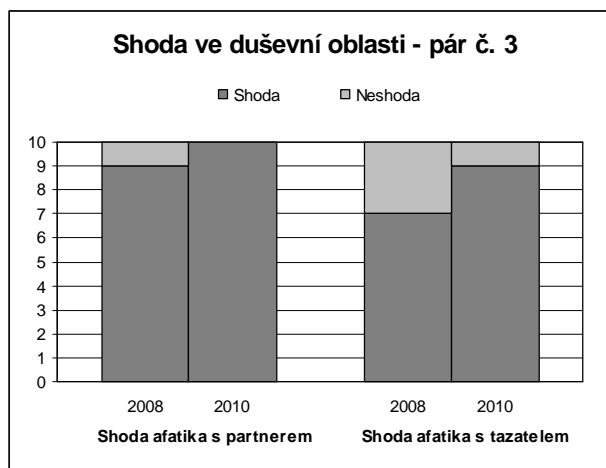
Zdroj: vlastní

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



Zdroj: vlastní

Graf č. 24 – Shoda páru č. 3 (duševní obl.)



Zdroj: vlastní

Zhodnocení emocionální oblasti

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

Ekonomická oblast								
Aktivita	Pár č. 3							
	Ž2 (A)		M2		N		NT	
	2008	2010	2008	2010	2008	2010	2008	2010
zaměstnání	N.A.	N.A.	1	2	0	0	0	0
léky	N.A.	N.A.	1	1	0	1	0	1
lékařská péče	N.A.	N.A.	2	2	0	1	0	1
logopedie	N.A.	N.A.	2	2	2	2	2	2
rekondiční pobyt	N.A.	N.A.	2	2	2	2	2	2
kompenzační p.	N.A.	N.A.	2	2	2	0	2	2
rehabilitace	N.A.	N.A.	2	2	2	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

Zdroj: vlastní

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 zůstává jednoznačná závislost Ž2(A) na M2 - viz **M2-33**. Složitější ekonomická situace, vzniklá onemocněním Ž2, je v současné době poměrně dobře zvládnutelná díky dobrým 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. Výdaje za léky a lékařskou péči jsou sice vyšší než v minulosti, ale zároveň je ale patrné, že jejich ekonomická situace je poměrně příznivá, v současné době není z ekonomického pohledu nějak výrazně omezen přístup ke všem oblíbeným aktivitám tohoto páru.

Zhodnocení emocionální oblasti

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

Emocionální oblast								
Aktivita	Pár č. 3							
	Ž 2(A)		M 2		N		NT	
	2008	2010	2008	2010	2008	2010	2008	2010
úzkost	1	1	1	1	1	1	1	1
nálady	1	1	0	2	1	1	1	1
deprese	1	2	0	2	1	2	1	2

Vysvětlivky:

Ž 2 (A) - žena s afázií

M 2 – muž/partner

N – názor, hodnocení osoby s afázií z pohledu partnera

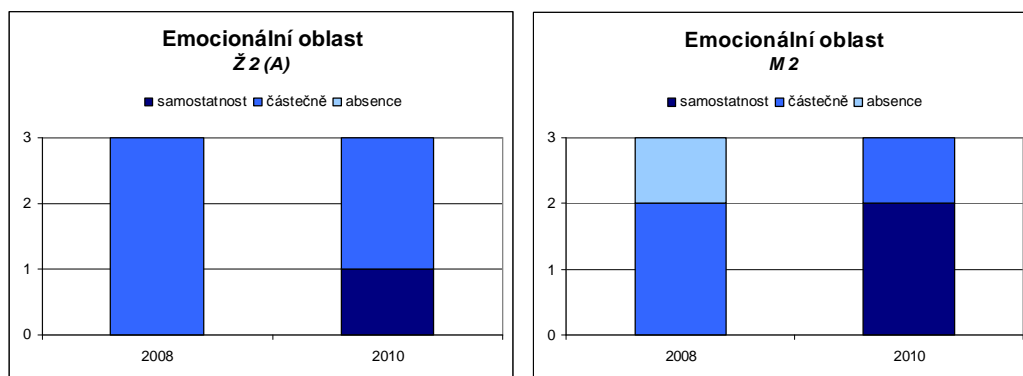
NT– názor, hodnocení aktivit (situace) z pohledu tazatele

Zdroj: vlastní

Jak ukazují výsledky v tabulce, i v této oblasti se manželé ve svých odpovědích shodují.

Ž2(A) je i nadále v péči psychiatra, kam na vlastní žádost začala docházet již před několika lety. Nadále užívá léky, bez medikace by se zřejmě její psychický stav zase zhoršil. Přes to, že se cítí lépe než v období, když ještě nedocházela na psychiatrii, dochází k situacím, kdy je lítostivá, plačtivá, úzkostná – viz **Ž2(A)-32, Ž2(A)-40, Ž2(A)-41, M2-27**, což se odrazí i v emocionálním prožívání M2 – viz **M2-28**.

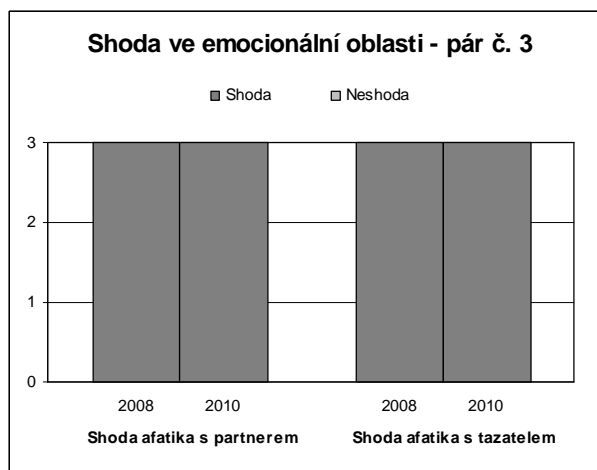
Graf č. 25 – Sebehodnocení Ž2(A) (emocionální obl.) Graf č. 26 - Sebehodnocení M2 (emocionální obl.)



Zdroj: vlastní

Zdroj: vlastní

Graf č. 27 – Shoda páru č. 3 (emocionální obl.)



Zdroj: vlastní

Zhodnocení sexuální oblasti

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

Sexuální oblast								
Aktivita	Pár č. 3							
	Ž 1 (A)		M 1		N		NT	
	2008	2010	2008	2010	2008	2010	2008	2010
apetence	N.A.	N.A.	1	2	1	2	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

Zdroj: vlastní

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 **M2-30**. Postupně se situace alespoň částečně upravila. Dá se předpokládat, že k poklesu sexuální apetence u Ž2(A) částečně dochází i v důsledku medikace (dlouhodobé užívání antidepresiv). Svůj podíl na poklesu zájmu o sexuální život však nese i sám partner, který přiznal mimomanželský poměr (viz výše – duševní oblast – partnerství).

5.5.4 Pár č. 4

Zhodnocení fyzické oblasti

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

Fyzická oblast								
Aktivita	Pár č. 4							
	M2 (A)		Ž 2		N		NT	
	2008	2010	2008	2010	2008	2010	2008	2010
soběstačnost	0	0	2	2	1	0	0	0
samostatnost	0	0	1	2	0	0	0	0
hygiena	0	0	2	2	0	0	0	0
pohybové aktivity/sport	0	0	0	0	0	0	0	0
záliby/koníčky	0	0	0	0	0	0	0	0
dovolená	0	0	0	0	0	0	0	0
výlety/procházky	1	0	0	0	0	0	0	0
společná aktivita	1	0	1	0	0	0	1	0

Vysvětlivky:

M 2 (A) - muž s afází

Ž 2 – muž/partner

N – názor, hodnocení osoby s afází z pohledu partnera

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

Zdroj: vlastní

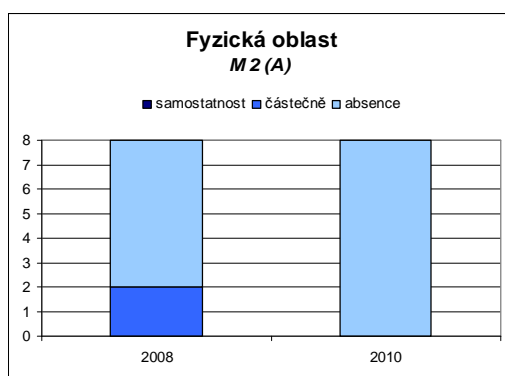
Ve srovnání s předcházejícími páry je u M2(A) z páru č. 4 stupeň postižení mnohem závažnější, rozsáhlejší a těžší. V současnosti všechny aktivity ve fyzické oblasti u M2(A) zcela absentují, nebo jsou zastoupeny jen zcela minimálně, což však nelze hodnotit jako alespoň částečné zvládnutí (viz tab. č. 21). V současné době nemají manželé vůbec žádné společné aktivity, jediným společným zájmem manželů zůstává v letních měsících pobyt na zahradě viz **Ž2-16**.

Je tedy více než zřejmé, že M2(A) v průběhu roku nemá žádnou smysluplnou aktivitu, která by ho alespoň částečně naplňovala a zpříjemňovala mu jistě velmi

obtížnou etapu života. To má sekundárně samozřejmě velmi negativní dopad i na partnerku.

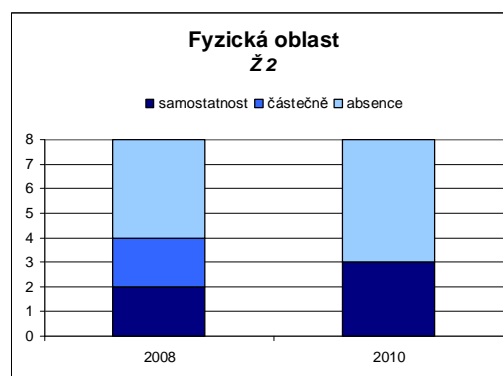
M2(A) je zcela závislý na pomoci druhé osoby – viz **M2(A)-12, M2(A)-13, Ž2-8**. Jelikož se Ž2 dostala do situace, kdy již přestala péči zvládat, vyhledala odbornou pečovatelskou pomoc viz **Ž2-3, Ž2-4** stejně jako **M2(A)-16, M2(A)-17, M2(A)-18**, což se dalo předpokládat. Ž2 je již ve zralém věku, uvědomuje si, že se i její zdravotní stav se zhoršuje s přibývajícím věkem, ale i vzhledem k neustále se zvyšujícímu fyzickému i psychickému tlaku na její osobu - viz **Ž2-1, Ž2- 3**. Vyčerpání, únava, stres a zvýšené nároky na kondici jsou pro Ž2 enormní zátěží, která by v budoucnu mohla vyústit v naprosté vyčerpání organismu.

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



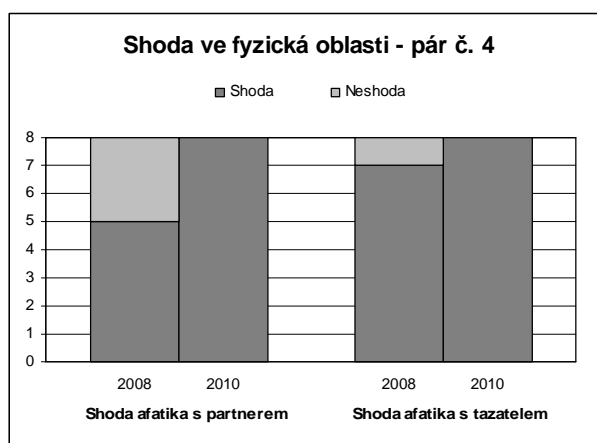
Zdroj: vlastní

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



Zdroj: vlastní

Graf č. 30 – Shoda páru č. 4 (fyzická obl.)



Zdroj: vlastní

Zhodnocení duševní oblasti

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

Duševní oblast								
Aktivita	Pár č. 4							
	M2 (A)		Ž 2		N		NT	
	2008	2010	2008	2010	2008	2010	2008	2010
četba/knihy	1	0	2	2	0	0	0	0
četba/tisk	1	0	1	2	0	0	0	0
kommunikace	1	1	2	2	1	1	1	1
přátelé	0	0	2	0	0	0	0	0
sousedí	2	2	2	2	2	2	2	2
kultura	0	0	0	0	0	0	0	0
televize	2	2	2	2	2	2	2	2
partnerství	2	2	2	2	2	2	2	2
rodina	1	0	2	2	2	1	2	1
spolupracovníci	0	0	0	0	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

Zdroj: vlastní

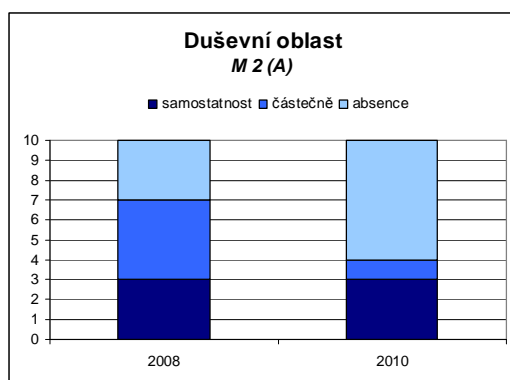
V duševní oblasti dochází pár k většinové názorové shodě. Jediné, v čem se jejich pohled aktuálně liší, je otázka rodiny a rodinných vztahů. Vzhledem k tomu, že M2(A) zaujímá celkově velmi pesimistický a skeptický postoj k životu, i rodina ho dle jeho slov unavuje, vyčerpává a jejich přítomnost mu není příliš milá– **M2(A)-41, M2(A)-43**. Naproti tomu Ž2 si myslí, že M2(A) se svojí rodinou vychází v podstatě dobře, jen to nechce navenek přiznat - viz **Ž2-9**. Při analýze rozhovoru jsem dospěla k názoru, že Ž2 není se situací v rodině zřejmě také zdaleka tak spokojená, jak se snaží prezentovat – viz **Ž2-9**. Potřebuje podporu svých blízkých, oni zase potřebují cítit její přízeň. Na počátku péče o M2(A) rodina zmobilizovala síly, držela při sobě, v současné době jakoby se rodiny odvracela, největší zátěž zůstává na Ž2. Celá situace mohla vzniknout i proto, že Ž2 je přesvědčená o tom, že M2(A) bez ní nemůže existovat, že nikdo jiný mu neumí a ani nemůže poskytnout péči, jaké se mu dostává právě od Ž2, proto je s ním stále doma, odmítá přijmout téměř jakoukoli pomoc v péči o manžela, dostává se do společenské izolace – viz **Ž2-5, Ž2-10, Ž2-11, Ž2-16**.

Zatímco při minulém rozhovoru M2(A) uváděl, že poklesl zájem o čtení v důsledku zvýšeného slzení a unavitelnosti očí, v současné době již nepopírá, že o čtení

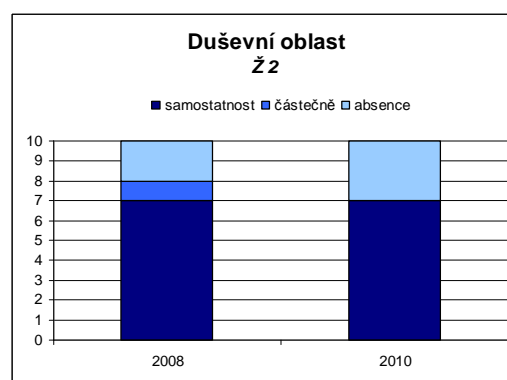
nejeví absolutně zájem - viz **M2(A)-30, M2(A)-32, Ž2-7, Ž2-17**. Z rozhovorů je však patrné, že poslech četby a následný rozhovor nad předčítaným textem mu přináší potěšení – **M2(A)-33, M2(A)-36, Ž2-7**. Jelikož M2(A) nenavštěvuje a ani v minulosti nenavštěvoval žádné logopedické pracoviště, viz **M2(A)-25, M2(A)-26**, není vyloučené, že je u M2(A) přítomna alexie, která není diagnostikována a následně terapeutizována. Čtení se tak stává velmi obtížnou či možná zcela nemožnou aktivitou.

Vzhledem k přetrvávající těžké expresivní afázii jsou ve spontánní řečové produkci patrné velmi časté anomické pauzy, četné agramatismy, nonfluence, fonemické parafázie, místy až deformace slov. Během rozhovoru jsem však nezaznamenala žádné poruchy porozumění. Ž2 se domnívá, se verbální projev M2(A) v poslední době zhoršil, což musím bohužel potvrdit - viz **Ž2-13**. Nastává otázka, co je důvodem negativního postoje vůči zahájení logopedické péče. Z rozhovorů je zřejmé, že M2(A) má subjektivně velmi nepříjemný pocit M2(A) z toho, že by si ho někdo prohlížel –viz **M2(A)-25**. Důvodem však může být i strach z něčeho neznámého, ale možná i příliš velký tlak, který by vyvíjela Ž2 na to, aby M2(A) plnil úkoly, které by byly obsahem terapie. Vzhledem k tomu, že v současnosti M2(A) zaujímá velmi negativistický přístup k celému životu, z jeho projevu je patrná značná podrážděnost a špatná nálada, mohl by případný tlak na zahájení logopedické péče vést ještě k většímu emocionálnímu vyčerpání obou manželů.

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

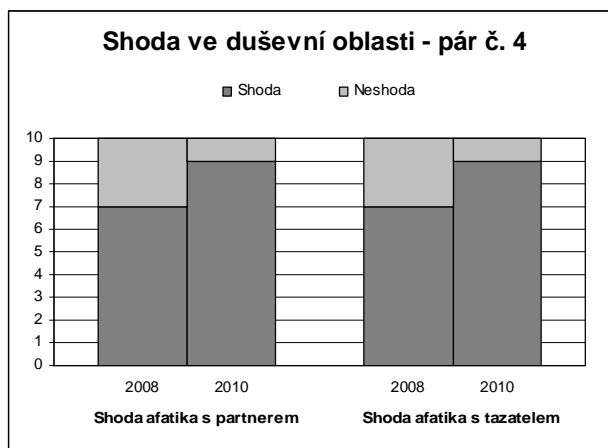


Zdroj: vlastní



Zdroj: vlastní

Graf č. 33 – Shoda páru č. 4 (duševní obl.)



Zdroj: vlastní

Zhodnocení ekonomické oblasti

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

Ekonomická oblast								
Aktivita	Pár č. 4							
	M2 (A)		Ž2		N		NT	
	2008	2010	2008	2010	2008	2010	2008	2010
zaměstnání	N.A.	N.A.	2	2	2	2	2	2
léky	N.A.	N.A.	2	1	0	0	0	0
lékařská péče	N.A.	N.A.	1	1	0	0	0	0
logopedie	N.A.	N.A.	2	2	2	2	2	2
rekondiční pobyt	N.A.	N.A.	2	2	2	2	2	2
kompensační p.	N.A.	N.A.	2	2	0	0	0	0
rehabilitace	N.A.	N.A.	2	2	2	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

Zdroj: vlastní

I v případě tohoto páru byly kladeny otázky z ekonomické oblasti pouze partnerce, tedy Ž2 (viz tab. č. 23). Je zřejmé, že u tohoto páru vznikla poměrně složitá ekonomická situace, neboť ani jeden z manželů není výdělečně činný, oba pobírají starobní důchod. Jelikož je M2 v současnosti zcela závislý na Ž2, a nutno podotknout, že i zdravotní stav Ž2 je též zhoršený, není možné, aby vzniklou ekonomickou situaci řešila nějakou formou přivýdělku. Manželé bydlí ve starším rodinném domě. Po té, co byl M2(A) propuštěn z nemocnice do domácího ošetření, bylo nutné provést alespoň základní

rekonstrukci přízemí. Přestavba představovala velké finanční zatížení pro všechny zúčastněné.

Na tom, aby mohl pár využívat i patro, by bylo třeba nainstalovat výtah. Náklady, spojené se zakoupením a instalací výtahu i v případě, že by byl poskytnut nějaký příspěvek, již není schopen pár ze svých příjmů uhradit – viz **Ž2-12**.

Zhodnocení emocionální oblasti

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

Emocionální oblast								
Aktivita	Pár č. 4							
	M 2(A)		Ž 2		N		NT	
	2008	2010	2008	2010	2008	2010	2008	2010
úzkost	1	2	1	1	0	1	0	0
nálady	2	1	1	1	2	0	2	0
deprese	1	0	1	2	0	0	0	0

Vysvětlivky:

M 2 (A) - muž s afází

Ž 2 – muž/partner

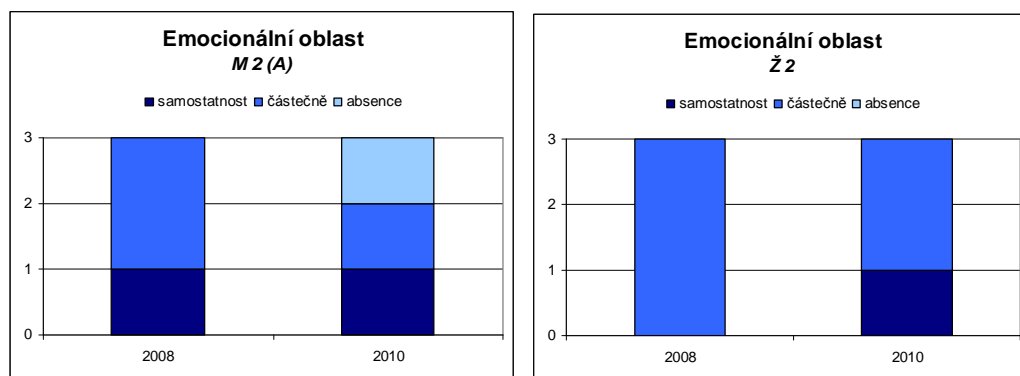
N – názor, hodnocení osoby s afází z pohledu partnera

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

Zdroj: vlastní

I přes to, že jsou oba partneři v péči odborníků – psychiatrů, je naprosto zřetelné, jak obrovský dopad v emocionální oblasti mají následky onemocnění M2(A) na oba partnery. M2(A) se v podstatě zcela uzavřel před okolním světem, je velmi skeptický, pesimisticky naladěný, každý pobyt mimo domov je pro něj obrovskou emocionální zátěží – viz **M2(A)-4, M2(A)-5, M2(A)-23, M2(A)-25, M2(A)-40, M2(A)-45**. Ztratil zájem o všechny aktivity, nic kromě společných rozhovorů s manželkou a sousedkou ho v podstatě netěší a nenaplnuje – viz **M2(A)-26, M2(A)-27**.

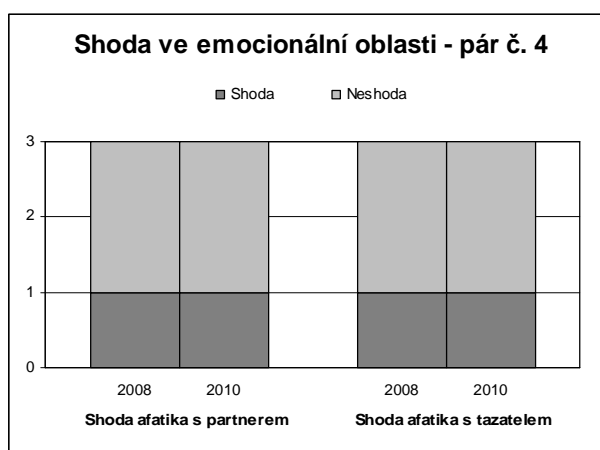
Graf č. 34 – Sebehodnocení M2(A) (emocionální obl.) Graf č. 35 - Sebehodnocení Ž2 (emocionální obl.)



Zdroj: vlastní

Zdroj: vlastní

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



Zdroj: vlastní

Zhodnocení sexuální oblasti

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

Sexuální oblast								
Aktivita	Pár č. 4							
	M 2 (A)		Ž 1		N		NT	
	2008	2010	2008	2010	2008	2010	2008	2010
apetence	N.A.	N.A.	0	0	0	0	0	0

Vysvětlivky:

M 2 (A) - muž s afází

Ž 2 – muž/partner

N – názor, hodnocení osoby s afází z pohledu partnera

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

Zdroj: vlastní

Na otázky v sexuální oblasti i zde odpovídá pouze „zdravý“ partner. Vzhledem k vážným zdravotním problémům (viz kap. 5.2.4) a pokročilejšímu věku M2(A), ale i Ž2 se dá předpokládat, že skutečnosti, jak je prezentuje Ž2, zcela odpovídají vzniklé situaci – viz **Ž2-19**.

5.6 Analýza deníku

Prostřednictvím deníku byly zjištěny informace o tom, kolik hodin strávili jedinci s afázií ve fázi chronicity a jejich životní partneři po dobu 7 dnů mimo jejich přirozené prostředí, tj. mimo prostředí domova. Data, zjištěná pomocí deníku, též nastínila, do jaké míry jsou tito lidé schopni se aktivně zapojit do společenského života, s kým tráví čas mimo vlastní domov – např. s rodinnými příslušníky, s přáteli, s kolegy v práci, se zdravotnickým personálem atd.

Strávený čas jednotlivců s afázií a jejich životních partnerů byl sledován v těchto kategoriích:

- ČR** člen rodiny – děti, vnoučata, sourozenci, rodiče, další příbuzní
- PS** přítel, kamarád, soused, známý
- ZZ** zdravotnické zařízení - poliklinika, nemocnice
- PP** příroda - park, les, výlet
- DP** dopravní prostředek – metro, tramvaj, autobus, vlak, letadlo
- KC** kulturní zařízení - divadlo, kino, výstavní sál, koncertní sál, kostel
- O** obchod, obchodní centrum, supermarket, hypermarket
- KR** kavárna, cukrárna, restaurace
- S** služby - úřad, pošta, banka, kadeřnictví, kosmetika, sklenářství,
- SC** sportovní centrum, sportovní hala, tělocvična, sjezdovka
- Z** zaměstnání
- CPH** celkový počet hodin strávených mimo domov za 7 dnů

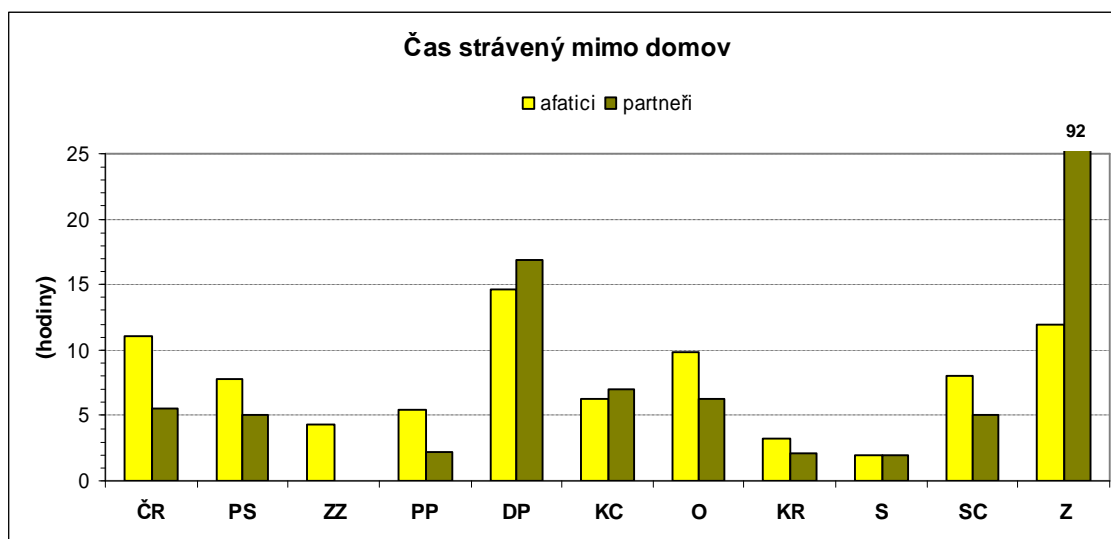
Výsledky, které byly pomocí deníku zjištěny, jsou pro snadnější orientaci uspořádány do tabulek.

Tab.č. 26 – Čas, který strávili během 7 dnů mimo domov osoby s afázií a jejich partneři

hodiny	ČR	PS	ZZ	PP	DP	KC	O	KR	S	SC	Z	CPH
afatici	11,10	7,75	4,25	5,45	14,70	6,25	9,80	3,20	2,00	8,00	12,00	76,25
partneři	5,60	5,00	0,00	2,25	16,85	7,00	6,30	2,15	2,00	5,00	91,50	143,15

Zdroj: vlastní

Graf č. 37 – Čas, který strávili během 7 dnů mimo domov osoby s afázií a jejich partneři



Zdroj: vlastní

Výsledky šetření přinesly mnoho zajímavých poznatků. Osoby s afázií strávily mimo přirozené prostředí domova během 7 dní celkem 76,25 hodin, což by v přepočtu znamenalo, že za 7 dnů v průměru každý afatik strávil přibližně 19,1 hodin mimo prostředí domova. Značné rozdíly jsou ale v tom, kolik času stráví mimo domov osoby s afázií z města a kolik ti z vesnice.

Jejich partneři se pohybovali mimo domov celkem 143,15 hodin, což by v průměru znamenalo, že na každého partnera připadne 35,8 hodin, které stráví během 7 dnů mimo domov.

Toto je však skutečně pouze aritmetický průměr, ve zkoumaném vzorku osob jsou totiž zahrnutí jak jedinci, kteří strávili poměrně mnoho hodin pobytem mimo domov, tak i jedinci, kteří v podstatě domov opouštějí pouze výjimečně a po velmi krátkou dobu. Analýza výsledků ukázala na značné rozdíly v aktivitě jednotlivých respondentů mimo jejich přirozené prostředí.

Výsledky průzkumu ukázaly na to, že je rozdíl v tom, zda respondenti bydlí ve městě či na vesnici, zda chodí do zaměstnání, důležitou roli sehrává i stupeň afázie a celkový zdravotní stav, samostatnost, vztahy s přáteli, zájmy, ale i socioekonomická úroveň respondentů. Grafické znázornění je v příloze č. 3.

Tab. č. 27 – Čas, který strávili jednotliví respondenti v průběhu 7 dnů mimo prostředí domova

	ČR	PS	ZZ	PP	DP	KC	O	KR	S	SC	Z	CPH
M1(A)	5,10	4,00	2,00	0,00	7,65	0,00	3,00	1,00	0,00	5,00	12,00	40,25
Ž1	4,10	4,00	0,00	0,00	10,10	2,00	1,50	1,00	2,00	2,00	44,00	70,70
Ž1(A)	3,00	1,25	0,00	1,70	0,00	0,00	3,80	0,00	0,00	0,00	0,00	9,75
M1	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,30	0,00	0,00	0,00	0,00	2,30
Ž2(A)	0,00	2,00	2,25	1,25	4,30	6,25	3,00	2,20	2,00	3,00	0,00	25,25
M2	0,00	0,00	0,00	1,25	6,75	5,00	2,00	1,15	0,00	3,00	47,50	66,65
M2(A)	1,00	0,50	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,50
Ž2	1,00	1,00	0,00	1,00	0,00	0,00	0,50	0,00	0,00	0,00	0,00	3,50

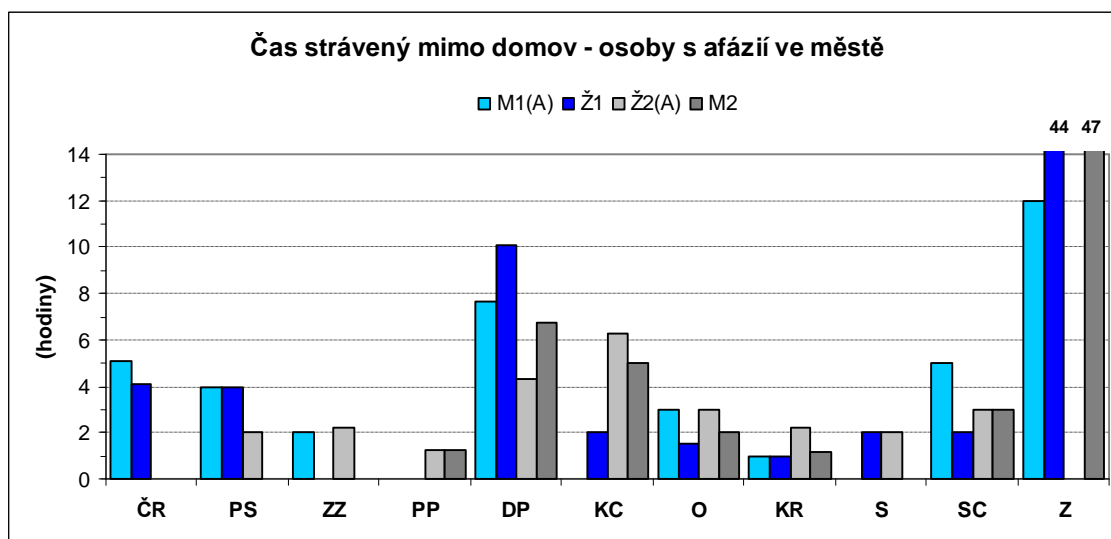
Zdroj: vlastní

Tab. č. 28 – Čas mimo domov – respondenti žijící ve městě

	ČR	PS	ZZ	PP	DP	KC	O	KR	S	SC	Z	CPH
M1(A)	5,10	4,00	2,00	0,00	7,65	0,00	3,00	1,00	0,00	5,00	12,00	40,25
Ž1	4,10	4,00	0,00	0,00	10,10	2,00	1,50	1,00	2,00	2,00	44,00	70,70
Ž2(A)	0,00	2,00	2,25	1,25	4,30	6,25	3,00	2,20	2,00	3,00	0,00	25,25
M2	0,00	0,00	0,00	1,25	6,75	5,00	2,00	1,15	0,00	3,00	47,50	66,65

Zdroj: vlastní

Graf č. 38 – Čas mimo domov – respondenti žijící ve městě



Zdroj: vlastní

Osoby s afázií, žijící ve městě, trávily mimo prostředí domova v průměru nepoměrně více času než osoby s afázií, žijící na vesnici (32,75 : 5,60 hodin během 7 dnů). Nutno podotknout, že M1(A) je samostatný v prostředí domova i mimo domov, má lehký stupeň afázie, jako jediný ze všech sledovaných osob s afázií chodí do zaměstnání. Touto pravidelnou aktivitou samozřejmě i počet hodin, který se pohybuje

týdně mimo domov, narůstá. V zaměstnání stráví 12 hodin týdně, cestou do (ze) zaměstnání stráví 3 hodiny týdně. Celkový čas, který stráví týdně v zaměstnání a dopravou do (ze) zaměstnání tedy činí 15 hodin. Pokud bychom tento čas odečetly a braly v úvahu pouze čas, který stráví mimo domov svými volnočasovými aktivitami či jinými povinnostmi mimo zaměstnání, dostaneme se k celkovému času 25,25 hodin za 7 dnů. Tento čas je naprosto shodný s celkovým časem, který strávila mimo domov Ž2(A), která má v porovnání s M1(A) těžší fatickou poruchu, vzhledem k přetrvávající špatné orientační schopnosti je velmi limitovaná v samostatně prováděných činnostech mimo domov, bez cizí pomoci zvládá pouze orientaci ve známých místech, jinak je odkázaná na doprovod (manžel, přítelkyně).

Jak jsem již předeslala, v trávení času mimo prostředí domova sehrává roli i přítomnost koníčků a zájmů, kterým se člověk s afázií věnuje. Jelikož M1(A) i Ž2(A) jsou i nadále pohybově poměrně zdatní, nejsou nějak výrazněji tělesně limitováni, mohou si s jistým omezením dovolit i nadále vykonávat oblíbené sportovní aktivity. Ž2(A) pro výkon těchto aktivit vzhledem ke zhoršené prostorové orientaci potřebuje na všechny sportovní, ale i kulturní akce, kterých se v hojné míře účastní, doprovod manžela či přítelkyně. Vzhledem k tomu, že má oporu právě v těchto lidech, může se věnovat zájmům, které měla již v době před onemocněním.

Shrnu – li zjištěné údaje, tak osoby s afázií, žijící ve městě, v průběhu 7 dnů strávily nejvíce času v dopravních prostředcích, následoval pobyt ve sportovních centrech, setkávání se s přáteli, nákupy, M1(A) hodně času tráví i s rodinou syna, ale i v zaměstnání. Ž2(A) naproti tomu čas s rodinnými příslušníky tráví minimálně, ve sledovaném období v podstatě vůbec. Průzkum přinesl i poměrně překvapující zjištění v tom, že osoby s afázií žijící ve městě, tráví poměrně málo času návštěvou zdravotnických zařízení. M1(A) i Ž2(A) tráví nejméně času pobytem v přírodě.

Partneři osob s afázií (Ž1, M2), žijících ve městě, v současné době docházejí do zaměstnání, kde za sledované období strávili nejvíce času, následuje čas strávený v dopravních prostředcích. S přihlédnutím na potřeby a přání svých nemocných partnerů se mohou v dostatečné míře věnovat i svým volnočasovým aktivitám. Během sledovaného období nenavštívili žádné zdravotnické zařízení.

Osoby s afázií, žijící na vesnici, tráví oproti afatikům z města nepoměrně méně času mimo přirozené prostředí domova. Nejvíc času strávili s rodinnými příslušníky a poměrně překvapivě v místním obchodě, následovala setkání s přáteli. Domnívala jsem se, že obyvatelé vesnice budou trávit více času v přírodě, což se ale nepotvrdilo. Zcela absentoval pobyt v kulturních a sportovních centrech, v dopravních prostředcích, kavárnách, restauracích, nevyhledaly žádnou formu služeb. Je tedy nutné položit si otázku, proč tomu tak je? Důvodů je jistě mnoho např. to, jaká je dostupnost aktivit, které většinou poskytují města. Má rodina auto, kterým je možné se za danou aktivitou dostat? V případě, že nemá, si kladu další otázku, jak daleko je např. autobusová či vlaková zastávka, jak často jezdí spoje, navazují na sebe, jsou bezbariérové? Jaká je finanční situace rodiny, atd.

I když je to jakkoliv zvláštní, tráví osoby s afázií mnohem méně času návštěvou zdravotnických zařízení, než by se dalo očekávat. Za sledované období neproběhla ani jedna návštěva v žádném ze zdravotnických zařízení. Ani jeden z respondentů, bydlících na vesnici, nechodí do zaměstnání.

Podobně jako osoby s afázií, žijící na vesnici, tak jejich partneři tráví minimum času mimo prostředí domova. U Ž2 je to vcelku pochopitelné, neboť se stará o svého manžela, který vyžaduje nepřetržitou celodenní péči. Zde je jasně patrné, jak se onemocnění jednoho člena rodiny ve značné míře dotýká i života partnera. Dále se ukazuje, že pravděpodobně více než stupeň postižení v afázii limituje člověka stupeň postižení hybnosti. Vezmeme – li v úvahu fakt, že Ž1(A) má též těžší stupeň expresivní afázie, ale je mobilní, pohybuje se samostatně jak v domácích podmínkách, tak mimo prostředí domova, tak má v porovnání s M2(A), který je zcela imobilní, i mnohem více možností aktivně se účastnit dění mimo domov.

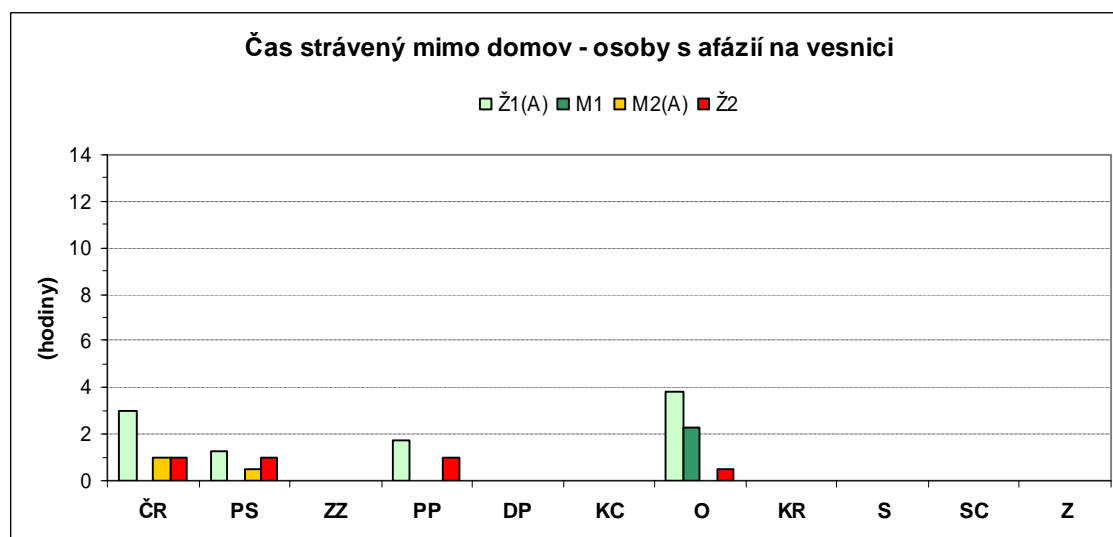
Pokud si ale povšimneme času, který tráví mimo domov M1, pak je nutné si uvědomit, že nejen onemocnění či určitý handicap člena rodiny, mohou člověka zavést do částečné, mnohdy až téměř úplné sociální izolace. Svoji roli zde sehrávají i osobnostní rysy jedince, temperament, životní postoj, zájmy. To se ukázalo právě v případě M1. Jeho žena Ž1(A) tráví paradoxně více času mimo domov, než její zdravý partner, který je zřejmě spíše introvert a společnost v podstatě celoživotně příliš nevyhledává.

Tab. č. 29 - Čas mimo domov – respondenti žijící na vesnici

	ČR	PS	ZZ	PP	DP	KC	O	KR	S	SC	Z	CPH
Ž1(A)	3,00	1,25	0,00	1,70	0,00	0,00	3,80	0,00	0,00	0,00	0,00	9,75
M1	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,30	0,00	0,00	0,00	0,00	2,30
M2(A)	1,00	0,50	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,50
Ž2	1,00	1,00	0,00	1,00	0,00	0,00	0,50	0,00	0,00	0,00	0,00	3,50

Zdroj: vlastní

Graf č. 39 - Čas mimo domov – respondenti žijící na vesnici



Zdroj: vlastní

Průzkum byl zaměřený jak na to, kolik času tráví respondenti během 7 dnů mimo vlastní domov, ale zároveň i na to, kolik hodin v tomto období tráví komunikací při setkávání s ostatními lidmi, komu tento čas věnují, zda se scházejí pouze s rodinnými příslušníky nebo vytvářejí širší sociální a tím i komunikační sítě (přátelé, sousedi, řemeslníci, zdravotnický personál, poskytovatelé služeb, obchodníci, ale i neznámí lidé atd). Komunikace byla kategorizována podle následujících oblastí:

- ČR** členové rodiny
- PS** přátelé, známí, sousedi
- Z** zdravotníci – lékaři, sestry, rehabilitace
- SVD** spolucestující v dopravě
- L** logoped
- SLT** skupinová logopedická terapie
- ZO** zaměstnanci obchodu
- ZS** zaměstnanci služeb

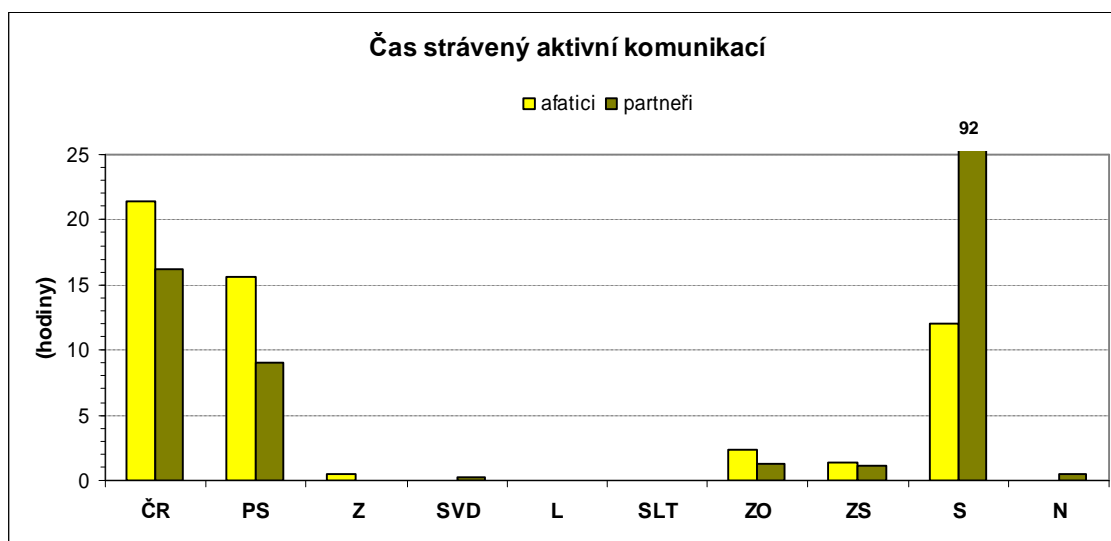
S spolupracovníci
N neznámí
CPH celkový počet hodin

Tab. č. 30 – Čas strávený aktivní komunikací

hodiny	ČR	PS	Z	SVD	L	SLT	ZO	ZS	S	N	CPH
afatici	21,45	15,65	0,50	0,00	0,00	0,00	2,35	1,40	12,00	0,00	53,35
partneři	16,20	9,00	0,00	0,25	0,00	0,00	1,25	1,10	91,00	0,50	119,30

Zdroj: vlastní

Graf č. 40 – Čas strávený aktivní komunikací



Zdroj: vlastní

Jak je patrné z tabulky, osoby s afázií tráví nepoměrně méně času komunikací mimo domov, než jejich partneři. Dovolím si čistě hypoteticky usuzovat, že čas, po který jsme v průměru denně v bdělém stavu a máme tedy možnost komunikovat i mimo svoje přirozené prostředí domova, činí z celých 24 hodin přibližně 16 hodin. Z hodnot, které přinesl průzkum, lze tedy dojít k závěru, že osoby s afázií za stanovené období komunikovaly cca 3,30 dne („komunikační den“ činí 16 hodin). Budeme – li stejně uvažovat i u jejich partnerů, dojdeme k podstatně vyššímu číslu 6,80 dne.

Osoby s afázií jako skupina strávily v nejrůznějších komunikačních situacích nejvíce času u rodinných příslušníků, následovala setkání a rozhovory s přáteli a známými, se zaměstnanci obchodu a služeb. Poměrně překvapující a zarážející je ovšem fakt, že celá sledovaná skupina osob s afázií za celé sledované období nenavštívila ani

jednou fyzioterapeuta, logopeda, nezúčastnila se žádné skupinové terapie. Pouze jedna osoba navštívila a tedy i komunikovala s lékařem. Na druhou stranu se dalo předpokládat, že žádný ze skupiny osob z afázií nenaváže dobrovolně komunikaci se zcela neznámými lidmi, což se také potvrdilo.

Partneři osob s afázií nejvíce komunikačních situací zaznamenali s kolegy v zaměstnání, v ostatních sledovaných oblastech pak ale překvapivě komunikaci strávili v průměru méně času než jejich afatičtí partneři. Jedinou výjimku tvoří komunikace s neznámým člověkem, zde došlo ke krátkodobé konverzaci, která u žádné osoby s afázií zaznamenána nebyla.

Ve všech sledovaných parametrech jde samozřejmě opět o průměrné hodnoty. Například „zdraví“ partneři a M1(A), kteří docházejí do zaměstnání, uvádějí komunikaci po celou pracovní dobu. Jistě, že nějaká forma komunikace probíhala. Pokud bychom se ale zaměřili opravdu velmi důsledně pouze na komunikaci (např. rozhovor, monolog), na níž se aktivně podílíme, pak je to prakticky nemožné.

Následující tabulka ukazuje, kolik času strávili jednotliví respondenti v nějaké komunikační situaci v průběhu 7 dnů. Výsledky průzkumu opět ukázaly na to, že je rozdíl v tom, zda respondenti bydlí ve městě či na vesnici, zda chodí do zaměstnání, důležitou roli sehraává i stupeň afázie a celkový zdravotní stav, samostatnost, vztahy s rodinou a přáteli, zájmy, sekundárně i socioekonomická úroveň respondentů. Grafické znázornění výsledků je v příloze č. 3.

Tab. č. 31 – Čas strávený aktivní komunikací – všichni respondenti

	ČR	PS	Z	SVD	L	SLT	ZO	ZS	S	N	CPH
M1(A)	9,10	9,00	0,25	0,00	0,00	0,00	1,50	0,00	12,00	0,00	31,85
Ž1	5,10	7,50	0,00	0,00	0,00	0,00	0,25	1,00	44,00	0,25	58,70
Ž1(A)	3,25	1,75	0,00	0,00	0,00	0,00	0,10	0,00	0,00	0,00	5,10
M1	2,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,25	0,00	0,00	0,00	2,25
Ž2(A)	8,10	3,90	0,25	0,00	0,00	0,00	0,75	1,40	0,00	0,00	13,65
M2	8,10	0,00	0,00	0,25	0,00	0,00	0,25	0,10	47,00	0,25	55,95
M2(A)	1,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,00
Ž2	1,00	1,50	0,00	0,00	0,00	0,00	0,50	0,00	0,00	0,00	3,00

Zdroj: vlastní

Pro větší přehlednost ze budu opět nejprve věnovat respondentům z města. Osoby s afázií, žijící ve městě, strávily nejvíce času komunikací se členy rodiny. U M1(A) se na komunikaci podílela manželka a syn s rodinou. Ž2(A) komunikovala v rámci rodinných příslušníků mimo domov (v MHD, v divadle, na koncertě, na sportovištích, v restauraci atd) pouze s manželem. O komunikaci se spolupracovníky u M1(A) jsem se již zmiňovala (viz výše). M1(A) i Ž2(A) jsou schopni v rámci obchodu, který je v místě bydliště, krátkodobě komunikovat s prodáváči. Ze záznamů v denících víme (tabulka viz výše), že M1(A) i Ž2(A) stráví poměrně hodně času v MHD. Čas, který však věnují v době cestování komunikaci s ostatními spolucestujícími (pokud to nejsou rodinní příslušníci či přátelé), se rovná nule. Z toho lze usuzovat, že navazování kontaktů se zcela neznámými lidmi je pro člověka s afázií jakéhokoli stupně pravděpodobně poměrně obtížné. Alarmující je ovšem zjištění, že žádný z oslovených osob s afázií nenavštěvuje klinického logopeda v ambulanci, nedochází však ani na skupinové terapie, ze kterých by dle mého názoru, mohly profitovat.

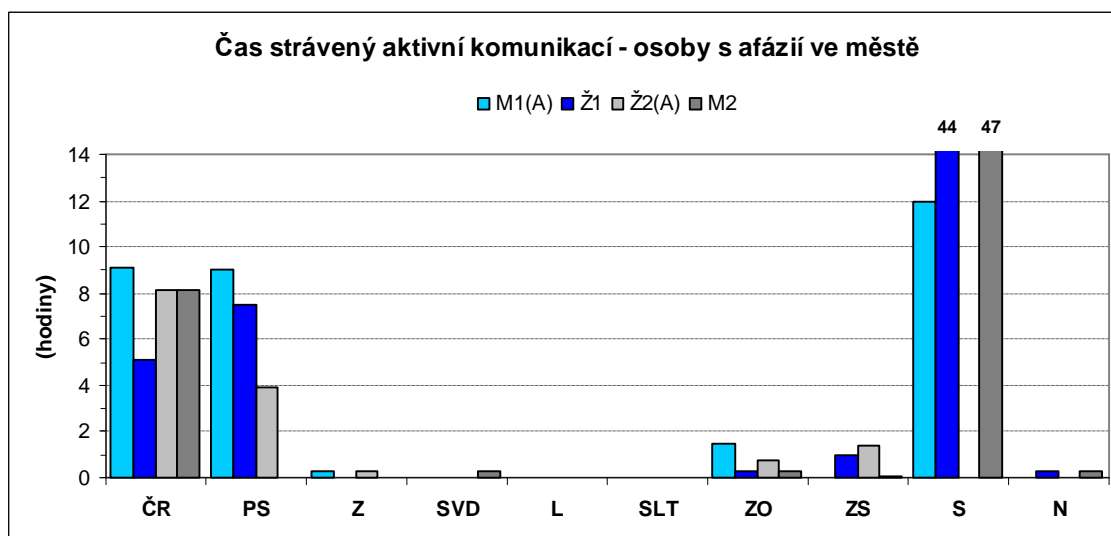
Pokud srovnáme čas, který strávili komunikací osoby s afázií s časem, který vykazují jejich partneři, je naprosto jasné, že partneři věnují komunikaci v nejrůznějších situacích daleko více času.

Tab. č. 32 – Čas strávený aktivní komunikací – osoby s afázií ve městě

	ČR	PS	Z	SVD	L	SLT	ZO	ZS	S	N	CPH
M1(A)	9,10	9,00	0,25	0,00	0,00	0,00	1,50	0,00	12,00	0,00	31,85
Ž1	5,10	7,50	0,00	0,00	0,00	0,00	0,25	1,00	44,00	0,25	58,70
Ž2(A)	8,10	3,90	0,25	0,00	0,00	0,00	0,75	1,40	0,00	0,00	13,65
M2	8,10	0,00	0,00	0,25	0,00	0,00	0,25	0,10	47,00	0,25	55,70

Zdroj: vlastní

Graf č. 41 – Čas strávený aktivní komunikací – osoby s afázií ve městě



Zdroj: vlastní

Výsledky toho, kolik času stráví osoby s afázií na vesnici komunikací mimo domov, jsou více než alarmující. V podstatě jediní komunikační partneři během týdne pro ně byli členové rodiny, popř. sousedé. Naprosto zanedbatelný čas vykázala Ž1(A) ještě v komunikaci s prodavačkou. I přes to, že Ž1(A) a především M2(A) mají poměrně těžký stupeň expresivní afázie, nedocházejí na žádnou z forem logopedické péče. Důvody jsem se již pokusila nastínit (viz výše).

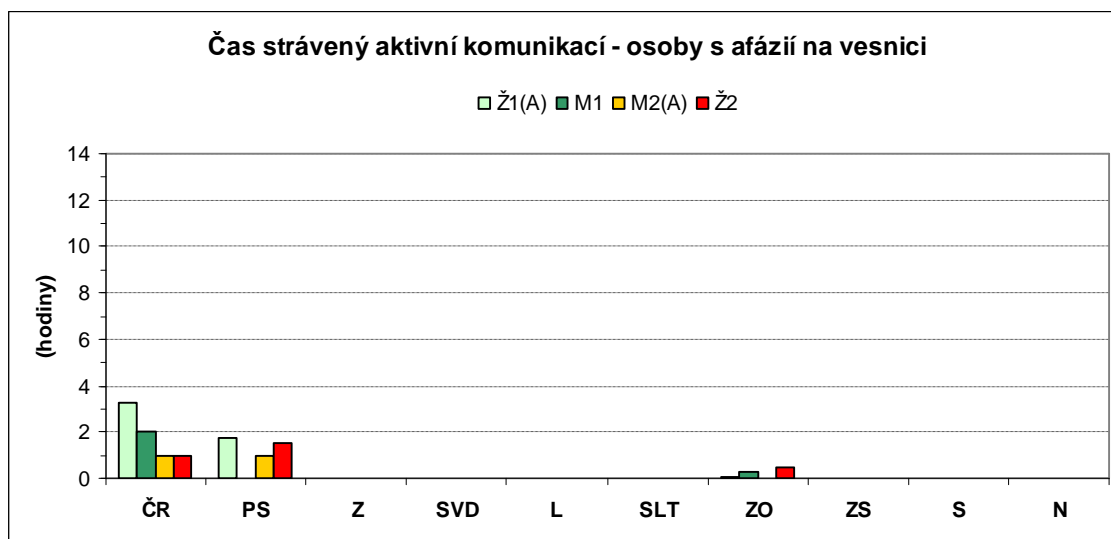
Obdobně jsou na tom i partneři osob s afázií.

Tab. č. 33 – Čas strávený aktivní komunikací – osoby s afázií na vesnici

	ČR	PS	Z	SVD	L	SLT	ZO	ZS	S	N	CPH
Ž1(A)	3,25	1,75	0,00	0,00	0,00	0,00	0,10	0,00	0,00	0,00	5,10
M1	2,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,25	0,00	0,00	0,00	2,25
M2(A)	1,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,00
Ž2	1,00	1,50	0,00	0,00	0,00	0,00	0,50	0,00	0,00	0,00	3,00

Zdroj: vlastní

Graf č. 42 – Čas strávený aktivní komunikací – osoby s afázií na vesnici



Zdroj: vlastní

Všechny záznamové archy deníků naleznete v příloze č. 5.

6 Diskuse

Záměrem této práce bylo představit dva úhly pohledu na jeden problém, kterým je chronické stadium afázie. Průzkum byl realizován ve dvou etapách jako kvalitativní. Týkal se především klientů schopných a ochotných spolupracovat při rozhovoru i zapisování jednotlivých položek do předloženého deníku. Podmínkou dále bylo, aby osoby s afázií žily ve společné domácnosti se svými životními partnery, kteří se průzkumu též aktivně 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 v tom, 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 daného jedince. Právě srovnávání videonahrávek z různého období může vyvolat diskusi o tom, jakým směrem se onemocnění ubírá. Videonahrávka se tak stává cenným materiálem jak pro osoby s afázií a jejich rodinné příslušníky, tak pro odbornou veřejnost. Všechna shromážděná data, jejich analýza umožňuje konstatovat, že hlavního i dílčích cílů, formulovaných v kap. 4 bylo dosaženo.

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 byly ochotny opakovaně vstoupit do spolupráce se mnou, z daného průzkumu neodstoupily a poskytly mi cenné informace. Vzorek respondentů, ač objemově velmi malý, tak širokospektrý, signalizuje problémy, které se dotýkají dle mého soudu značného množství jedinců s afázií a jejich rodinných příslušníků. U všech respondentů se bez ohledu na stupeň poruchy, věk, pohlaví, stupeň vzdělání, místo bydliště, ve všech sledovaných oblastech, tj. v oblasti fyzické, duševní, ekonomické, emocionální i sexuální vyskytly opakovaně problémy.

Je tedy zřejmé, že afázie neznamená jenom ztrátu již nabyté schopnosti řeči, ale důsledky tohoto onemocnění představují obrovský zásah do celé osobnosti člověka, omezují jeho schopnost podílet se na společenském životě tak, jak byl zvyklý před onemocněním. Následky onemocnění se promítnou do každodenního života jak osoby s afázií, tak sekundárně zasahují do 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, koníčků, 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 rigorózní práce je jasně patrné, že oslovené osoby s afázií mají mnohdy 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 i deníků s danými respondenty. Je proto nesmírně důležité, aby v chronickém stadiu afázie nebyla soustředěna logopedická péče pouze na oblast řečově komunikační, ale přesahovala i do oblasti fyzické, psychosociální a emocionální. Logopedi by při každém rozhovoru s člověkem s afázií měli pochopitelně sledovat oblast komunikace a řeči, neboť kvalita života člověka se odvíjí mimo jiné od schopnosti a příležitosti komunikovat. 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 a jedinečnou osobnost a na této skutečnosti postavit 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, muzikoterapie, arteterapie, psychoterapie). Jelikož tento model v praxi není obvyklý, je třeba stále bojovat za užší spolupráci logopeda a 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.

V zahraničí se poměrně efektivně řeší problematika poskytování péče o osoby s afázií ve fázi chronicity tím, že se zřizují celá afaziologická centra, zaměřující se na komplexní odbornou pomoc jak samotným afatikům, tak jejich rodinným příslušníkům. V těchto centrech zároveň probíhá i vzdělávání dobrovolníků, vytvářejí se ucelené programy na snižování následků afázie. Je nutné si přiznat, že tato problematika je v našich podmínkách stále poměrně podceňovaná a opomíjená. Mezery v péči o osoby v chronickém stadiu afázie a jejich partnery spatřuji v nedostatečné či nevhodné nabídce aktivit, které jsou těmto osobám nabízeny. Centra či kluby afatiků jsou bohužel zřizovány poměrně sporadicky, lze je nalézt především ve velkých městech. Právě tyto kluby přitom organizují nejružnější volnočasové aktivity, které přirozeně stimulují komunikační dovednosti, napomáhají ke zvyšování aktivity jedinců s afázií. Nejružnějšími programy napomáhají k zabránění sociální izolace a v neposlední řadě dokazují, že kvalitním reedukačním programem v rámci skupinové terapie lze dosáhnout postupného zlepšování celkového zdravotního stavu jedince s afázií. Otázkou však je, zda osoby s afázií a jejich životní partneři mají o této možnosti terapie povědomí. Pokud ano, jsou dostatečně obeznámeni s tím, co, jakou pomoc, popřípadě podporu mohou od center či klubů očekávat? Z vlastní zkušenosti vím, že tuto formu terapie znají osoby s afázií z města (Praha). Pokud jsem se dotazovala osob z vesnice, ti o této možnosti neměly žádné informace. Získaná data poukazují na disharmonii v dostupnosti i na omezené nabídky aktivit dle velikosti města či obce.

Dále je nutno si uvědomit, že je mnoho osob, které z nejružnějších důvodů nemají možnost kluby či skupiny navštěvovat (nedostatek finančních prostředků, značná vzdálenost od místa bydliště, celkově nepříznivý zdravotní stav, imobilita, omezená samostatnost atd), ale přitom by o logopedickou péči měly zájem. Nepočítám –li, že jednou za rok někteří absolvují rekondiční pobyt, kde jim je poskytnuta komplexní péče, nezbyvá, než smutně zkonstatovat, že všechny problémy, které jsou s chronickým stadiem onemocnění spjaté, jsou osoby s afázií a jejich partneři především z vesnic či z malých měst nuceni řešit převážně svépomocí. To se samozřejmě promítne do kvality života jak samotného člověka v chronickém stadiu afázie, tak celé rodiny.

Proč převážná část logopedické terapie nepřesáhne hranice logopedických ambulancí? Je opravdu velmi nutné zamyslet se nad tím, jak systémově zajistit péči pro všechny ty, kteří mají o terapii zájem, ale do ambulance se z nejrůznějších důvodů nemají možnost dostat. Možností by mohla být určitá forma terénní práce. Byla by jistě žádoucí a velmi potřebná. Zde však narážíme na problém, z čeho bude hrazena. V současné době existuje značný nepoměr mezi bodovým ohodnocením a náklady, které jsou spojeny s terapií. Přitom výsledky některých zahraničních studií a výzkumů potvrzují, že intenzivní a dlouhodobá terapie, zaměřená na funkční komunikaci a trénink sociální interakce a zdatnosti je právě pro osoby s afázií ve stadiu chronicity poměrně efektivní. Je proto třeba nalézt právě takovou formu spolupráce logoped – klient s afázií, která by byla schůdná pro obě zúčastněné strany.

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, obratnosti, senzitivity, vnímání, paměti, rozumových schopností, v neposlední řadě také řeči a komunikace. 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 na iktových jednotkách, odděleních JIP či na standardních odděleních nemocnic poskytována, dojde k trvalému poškození. Nemoc, zejména pak chronická, přináší do našeho dosavadního způsobu 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 osobního či společenského života celé rodiny.

Jedním z důvodů, proč byla tato práce napsána, byla i snaha o přezkoumání každodenních aktivit osob s afázií a jejich partnerů z pohledu mapování jejich kvality života, dále pak poodhalení míry společenského uplatnění, adaptability, ale i společenského vyžití partnerských dvojic. Praktická část práce opět potvrzuje skutečnost, že každé onemocnění, především pak chronické, s sebou přináší mnoho změn v dosavadním způsobu života, pokles kvality života, projevující se ve fyzické, psychické, emocionální, sociální, či ekonomické oblasti. U osob s afázií dochází v mnoha případech i k poklesu sexuální aktivity. Zároveň jsou patrné sklony k pasivnímu způsobu života a omezování nejrůznějších aktivit. Je však nutno podotknout, že nabídka aktivit, které by jedinci s afázií pomohly smysluplně trávit svůj čas mimo prostředí domova, je velmi omezená až téměř nulová. Výjimkou jsou pouze velká města, kde je dostupnost péče v porovnání s malými městy či vesnicemi nesrovnatelně lepší.

Považuji za nesmírně důležité zmínit, jak nezastupitelnou a nedocenitelnou roli v životě svých nesoběstačných partnerů sehrávají jejich životní partneři. Prací jsem se snažila poukázat i na skutečnost, že poškození jednoznačně přesahuje z pacienta na partnera. Odborná pomoc by měla být tedy poskytována komplexně jak osobám s afázií,

tak jejich partnerům. Musím však s politováním konstatovat, že problémům partnerů, kteří jsou velmi často i v roli neformálních pečujících či pečovatelů, je v odborných kruzích věnována neprávem velmi malá pozornost. Ovšem 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 a tím i k aktivizaci těchto osob, čímž následně přispějeme ke zlepšení kvality života osob s afázií, ale i jejich rodinných příslušníků.

Doufejme, že tato rigorózní práce povede k zamyšlení se nad problematikou života osob v chronickém stadiu afázie a na dopad, jaký má toto onemocnění v různých oblastech života i na jejich partnery. Snad bude zdrojem informací pro všechny, kterých se problematika afázie v její chronické fázi dotýká.

Seznam použité literatury

1. AMBLER, Z. Amyotrofická laterální skleróza. *Neurologie pro praxi*, Březko: 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. BLABOLOVÁ, 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. CODE Ch, HERON Ch: Services for aphasia, other acquired adult neurogenic communication and swallowing disorders in the United Kingdom. *Disability and rehabilitation*, 2003, vol.. 25, no. 21, p. 1231-1234. ISSN 0963-8288
11. CODE Ch: The quantity of life for people with chronic aphasia. *Neuropsychological rehabilitation*, 2003, vol. 13, no. 3, p. 379-390. ISSN 0960-2011.
12. CSÉFALVAY, Z. Efektivita a akcenty terapie pacientov s chronickou afáziou. *Rehabilitácia*, 2006, vol. 43, no. 3, p. 179 – 183. ISSN 0375-0922.

13. 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.
14. CSÉFALVAY, Z., KOŠŤÁLOVÁ, M., KLIMEŠOVÁ, M. *Diagnostika a terapie afázie, alexie, agrafie*. Praha: AKL ČR, 2002.
15. CSÉFALVAY, Z. TRAUBNER, P. *Afaziológia pro klinickú prax*. Martin: Osvěta, 1996. ISBN 80-2170-377-6.
16. CSÉFALVAY, Z a kol. *Terapie afázie*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-316-1.
17. ČECHÁČKOVÁ, M. Získané organické poruchy řečové komunikace. In ŠKODOVÁ, JEDLIČKA a kol. *Klinická logopedie*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-546-6.
18. DVOŘÁK, J. *Logopedický slovník*. 2. Upravené vydání. Žďár nad Sázavou : Logopedické centrum, 2001. ISBN 80-902536-2-8.
19. ERDMANN, S. Neue Ansätze in der Sprechtherapie bei der Parkinson'schen Erkrankung. *Interdisziplinär*, 2002, Jg. 10, Ausg. 3, s. 180–185.
20. FEIGIN, V. *Cévní mozková příhoda. Prevence a léčba mozkového iktu*. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-428-7.
21. GOLDEMUND, D., TELECKÁ, S Kognitivní poruchy a deprese u pacientů s cévním onemocněním mozku. *Neurologie pro praxi*, 2006, č. 4, s. 185 – 188. ISSN 1213-1814.
22. GROHNFELDT, M. *Erscheinungsformen und Störungsbilder*. Bd.2, Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer, 2001. ISBN 3-17-016991-1.
23. HAMAD, A., SOKRAB, TO, MOMENI, S., MESRAOUA, B: Poststroke sexual function. *Stroke*, 1999. vol. 30, no. 10, pp. 715 – 719.
24. HARTL, P. *Psychologický slovník*. Praha: Budka, 1994. ISBN 80-901549-0-5.
25. HAŠKOVCOVÁ, H. *Rub života, líc smrti*. Praha: Orbis, 1975.
26. HAVLOVÁ, M.: Svalová onemocnění. In: Tichý, J. a kol. *Neurologie*. Praha: Karolinum, 1997. ISBN 80-7184-492-6.

27. 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.
28. HOLLAND A, WORRALL L: Quality of life in aphasia. *Aphasiology*, 2003, vol. 17, no. 4, p. 329-332. ISSN 0268-7038.
29. HOLEKSOVÁ, T. *Ležící nemocný člověk v domácím prostředí*. Praha: Grada, 2002. ISBN 80-247-0212-6.
30. HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2.
31. HEROUTOVÁ, M. Prožívání a sebereflexe afatiků. *Speciální pedagogika*, 2003, č.6, s. 113 – 124. ISSN1211-2720.
32. 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.
33. JEDLIČKA, P., NEBUDOVÁ, J. *Neurologie*. Praha: Avicenum, 1989.
34. JESENSKÝ, J. *Andragogika a gerontagogika handicapovaných*. Praha. Karolinum, 2000. ISBN 80-7184-823-9.
35. 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.
36. JOHANNSEN- HORBACH, H., CRONE, M., WALLECH, CW. Group therapy for spouses of aphasic patients. *Seminars in sérech and language*, 1999, vol. 20, no. 1, p. 73 – 82. ISSN 0734-0478.
37. KALVACH, Z. Nejsem si jist. *Zdravotnické noviny*, 2002, Roč. 51- IV, č. 50, s. 20. ISSN 0044-1996.
38. KAPR, J, KOUKOLA, B. *Pacient: Revoluce v poskytování péče*. Praha: Sociologické nakladatelství, 1998. ISBN 80-85850-49-4.
39. KAPR, J., MÜLLER, Č. *Kniha o nemoci*. Praha: Avicenum, 1986.
40. KÁŠ, S. *Neurologie v běžné lékařské praxi*. Praha: Grada, 1997. ISBN 80-7169-339-1.

41. KATZ R, HALLOWELL B, CODE Ch, ARMSTRONG E, ROBERTS P:
A multinational comparison of aphasia management practices. International journal of language and communication disorders, , 2000, vol. 35, no. 2, p. 303-314, ISSN 1368- 2822.
42. KEBZA, V. *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia, 2005. ISBN 80-200-1307-5.
43. KINSELLA, GJ, DUFFY, FD Psychosocial readjustment in the spouses of aphasia patients. A comparative study of 79 subjects. *Scandinavian Journal of Medicine* 1979, vol.11, no 3, p. 129 – 132.
44. KLENKOVÁ, J. *Logopedie*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. ISBN 80-247-1110-9.
45. KONDÁŠ, O., LIČKO, L. *Psychológia pri ošetrovaní chorých*. Martin: Osveta, 2.vydanie, 1978.
46. KOVÁČ, D. Kvalita života – naliehavá výzva pre vedu nového storočia. *Čs. psychologie*, roč. 45, č. 1, 2001, s. 34–44. ISSN 0009-062X.
47. KOUKOLÍK, F. *O vztahu lidského mozku a jeho chování*. Praha: Karolinum, 1995.
48. KOŠTÁLOVÁ, M. Poruchy rozumění řeči u pacientů s afázií. *Logopedica IV*, Bratislava: LIEČREH GÚTH, 2001, s. 124- 128. ISBN: 80-88932-07-6.
49. KRIPKE, DF, GARFINKEL, L., WINGARD,DL. et al. Mortality associated with sleep duration and insomnia. *Arch Gen Psychiatry*, 2002, 99: p. 131 - 136, ISSN 0003-990X.
50. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologická rehabilitace zdravotně postižených*. Praha: Avicenum, 1985.
51. KŘIVOHLAVÝ, J. *Vážně nemocný mezi námi*. Praha: Avicenum, 1989
52. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-551-2.
53. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002. ISBN 80-247-0179-0.
54. KULIŠTÁK, P. *Neuropsychologie*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-554-7.
55. LAZOVÁ, E. *Analýzy kvality života lidí s chronickou afáziou*. Diplomová práce. Bratislava: Univerzita Komenského, Pedagogická fakulta, 2005.

56. LIBIGEROVÁ, E.; MÜLLEROVÁ, H. Posuzování kvality života v medicíně. Čs. *psychiatrie*, 2001, roč. 97, č. 4, s. 183–186. ISSN 1212-0383.
57. LIPERTOVÁ – GRÜNEROVÁ, M. *Neurorehabilitace*. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-7262-317-6.
58. LOGEMANN, J. A.: *Evaluation and treatment of swallowing disorders*, Texas: Pro-
ed 1983. ISBN 0-89079-274-7.
59. LOVE, R. J. ; VEB, W., G. *Mozek a řeč*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-
464-9.
60. MAREK, J., KALVACH, Z. , SUCHARDA, P. a kol. *Propedeutika klinické
medicíny*. Praha: Triton, 2001. ISBN 80-7254-174-9.
61. 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.
62. MIKULÍK, R. Deprese u pacientů s cévními mozkovými příhodami. *Česká
a slovenská psychiatrie*, 2000, r. 96, č. 2, s. 93 – 95.
63. MIMROVÁ, M. Afázie jako logopedický fenomén. In KULIŠŤÁK a kol. *Afázie*.
Praha: TRITON, 1997. ISBN 80-85875-38-1.
64. NEBUDOVÁ, J. Cévní mozkové příhody. In KULIŠŤÁK a kol. *Afázie*. Praha:
TRITON, 1997. ISBN 80-85875-38-1.
65. NEČAS, E. a kol. *Obecná patologická fyziologie*. Praha: Karolinum, 2005, 377 s.
ISBN 80-246-0051-X.
66. NEUBAUER, K. Poruchy řečové komunikace - diagnostika a terapie. In: PREISS,
M. a kol.: *Klinická neuropsychologie*. Praha: Grada, 1997. ISBN: 80-7169-443-6.
67. NEUBAUER, K. *Poruchy řečové komunikace u dospělých osob*. Praha: AKL, 1997.
68. NEUBAUER, K. *Neurogenní poruchy komunikace u dospělých*. Praha: Portál, 2007.
ISBN 80-7367-159-X.
69. NEVŠÍMALOVÁ, S. Vztah spánku a jeho poruch ke kvalitě života. *Neurologie pro
praxi*. 2006, č. 2, s. 94 – 98. ISSN 1213-1814.
70. NOVÁK, A. *Foniatrye*. Praha: SPN, 1989. ISBN: 80-7066-071-6.

71. PAYNE, J. a kol. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, 2005. ISBN 80-7254-657-0.
72. PETR, P. *Kvalita života v balneologii*. České Budějovice : Inpress, 2004. ISBN 80-903427-1-X.
73. PEUTELSCHMEIDOVÁ, A., VITÁSKOVÁ, K. *Logopedie*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. ISBN 80-244-1088-5.
74. PREISS, M a kol. *Klinická neuropsychologie*. Praha: Grada, 1998. ISBN 80-7169-443-6.
75. 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.
76. ROTH, J., SEKYROVÁ, M., RŮŽIČKA, E.: *Parkinsonova nemoc*. Praha: Maxdorf, 2005. ISBN 80-7345-044-5.
77. ROSS K, WERTZ R: Relationships between language – based disability and quality of life in chronically aphatic adults. *Aphasiology*, 2002, vol. 16, no. 8, p. 791-800. ISSN 0268-7038.
78. RŮŽIČKA, E.; ROTH, J.; KAŇOVSKÝ, P. a kol. *Extrapiramidová onemocnění I: Parkinsonova nemoc a parkinsonské syndromy*. Praha : Galén, 2000. ISBN 80-7262-048-7.
79. SALAJKA, F. Hodnocení kvality života nemocných s bronchiální obstrukcí. *Praktický lékař*, 1997, roč. 77, č. 3, s.154-155. ISSN 0032-6739.
80. 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.
81. SEIDL, Z., OBENSBERGER, J. *Neurologie pro studium a praxi*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0623-7.
82. SLÁMA, O. Kvalita života onkologicky nemocných. In PAYNE, J. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, 2005. ISBN 80-7254-657-0.
83. SMITH T: *Coping with strokes*. London: Sheldon press, 2000, ISBN: 0-85969-84200-4
84. STUART-HAMILTON, I. *Psychologie stárnutí*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-274-2.

85. SLAVÍK, J. Má se pacientovi říci pravda? *Praktický lékař*, 1967, roč. 47, č. 1, s. 389.
86. SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. Praha: ECCE HOMO, 2003. 5.doplňené vydání, ISBN 80-902049-4-5.
87. ŠECLOVÁ, S. *Rehabilitace po cévní mozkové příhodě*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0592-3.
88. ŠKODOVÁ, E.; JEDLIČKA, I. a kol. *Klinická logopedie*. Praha : Portál, 2003. ISBN 80-7178-546-6.
89. TEDLA, M, CHROBOK, V. Poruchy polykání. Havlíčkův Brod : Tobiáš , 2009. ISBN 978-80-7311-105-2
90. 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.
91. TOPINKOVÁ, E. Sociální a ekonomické dopady močové inkontinence. *Lékařské noviny*, 2002 b, č. 14, s. 18 – 22.
92. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80- ISBN 80-7178-214-9.
93. VESTENICKÁ, V. Cievne mozgové príhody. *Neurologie pro praxi*, 2003, č. 6, s 294 – 298. ISSN 1213-1814.
94. VITÁSKOVÁ, K., PEUTELSCHMIEDOVÁ, A. *Logopedie*. Olomouc: UP Olomouc, 2005. ISBN 80-244-1088-5.
95. VODEHNALOVÁ, Z. *Využití skupiny v terapii afázie*: Diplomová práce. Praha : Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta, 2003.
96. VOKURKA, M., HUGO, J. *Praktický slovník medicíny*. Praha: Maxdorf, 2007, 8. rozšířené vydání, ISBN 978-80-7345-123-3.
97. VONDRA, V., REISOVÁ, M. *Kvalita života nemocných bronchiálním astmatem, alergickými rýmami a chronickou bronchitidou*. Praha: Iga MZ ČR, 1998. bez ISBN
98. 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.

99. VYMAZAL, J. *Základy obecné neurologie*, Praha: Avicenum, 1975.
100. VYMĚTAL, J. *Lékařská psychologie*. Praha : Portál, 2003. ISBN 7178-740-X.
101. WHOQOL Group. *Introduction, administration, scoring and generic version of the assesment*. Geneva : WHO, 1996.
102. WHOQOL Group. *Measuring Quality of Life*. Geneva : WHO, 1997.

Elektronické zdroje

ROBERT, D. *Physiopathologie et exploration de la déglutition*. [online]. Mémoire sous la direction du Dr D. Robert, DIU de Phonologie, Marseille 2003. [cit. 20. března 2010]. Dostupný z WWW: <<http://www.phoniatry.org/deglutition/index.htm>>

Seznam tabulek

Tabulka č. 1 – Sociální a zdravotní služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče	str. 23
Tabulka č. 2 – Sociální služby	str. 24
Tabulka č. 3 – Bostonská kvalifikace afázií	str. 47
Tabulka č. 4 – Psychologické a sociální důsledky inkontinence	str. 63
Tabulka č. 5 – Harmonogram zpracování rigorózní práce	str. 77
Tabulka č. 6 – Vyhodnocení páru č. 1 (fyzická oblast)	str. 80
Tabulka č. 7 – Vyhodnocení páru č. 1 (duševní oblast)	str. 84
Tabulka č. 8 – Vyhodnocení páru č. 1 (ekonomická oblast)	str. 86
Tabulka č. 9 – Vyhodnocení páru č. 1 (emocionální oblast)	str. 87
Tabulka č. 10 – Vyhodnocení páru č. 1 (sexuální oblast)	str. 89
Tabulka č. 11 – Vyhodnocení páru č. 2 (fyzická oblast)	str. 90
Tabulka č. 12 – Vyhodnocení páru č. 2 (duševní oblast)	str. 92
Tabulka č. 13 – Vyhodnocení páru č. 2 (ekonomická oblast)	str. 94
Tabulka č. 14 – Vyhodnocení páru č. 2 (emocionální oblast)	str. 95
Tabulka č. 15 – Vyhodnocení páru č. 2 (sexuální oblast)	str. 97
Tabulka č. 16 – Vyhodnocení páru č. 3 (fyzická oblast)	str. 98
Tabulka č. 17 – Vyhodnocení páru č. 3 (duševní oblast)	str.100
Tabulka č. 18 – Vyhodnocení páru č. 3 (ekonomická oblast)	str.103
Tabulka č. 19 – Vyhodnocení páru č. 3 (emocionální oblast)	str.104
Tabulka č. 20 – Vyhodnocení páru č. 3 (sexuální oblast)	str.105
Tabulka č. 21 – Vyhodnocení páru č. 4 (fyzická oblast)	str.106
Tabulka č. 22 – Vyhodnocení páru č. 4 (duševní oblast)	str.108
Tabulka č. 23 – Vyhodnocení páru č. 4 (ekonomická oblast)	str.110
Tabulka č. 24 – Vyhodnocení páru č. 4 (emocionální oblast)	str.111
Tabulka č. 25 – Vyhodnocení páru č. 4 (sexuální oblast)	str.112
Tabulka č. 26 – Čas, který strávili během 7 dnů mimo domov osoby s afázií a jejich partneři	str.114
Tabulka č. 27 – Čas, který strávili jednotliví respondenti v průběhu 7 dnů mimo prostředí domova	str.116
Tabulka č. 28 – Čas mimo domov – respondenti žijící ve městě	str.116
Tabulka č. 29 – Čas mimo domov – respondenti žijící na vesnici	str.119
Tabulka č. 30 – Čas strávený aktivní komunikací	str.120

Tabulka č. 31 – Čas strávený aktivní komunikací – všichni respondenti	str.121
Tabulka č. 32 – Čas strávený aktivní komunikací – osoby s afázií ve městě	str.122
Tabulka č. 33 – Čas strávený aktivní komunikací – osoby s afázií na vesnici	str.123
Tabulka č. 34 – Přehled výsledků hodnocení	str.143

Seznam grafů

Graf č. 1 – Sebehodnocení M1(A) (fyzická obl.)	str. 82
Graf č. 2 – Sebehodnocení Ž1 (fyzická obl.)	str. 83
Graf č. 3 – Shoda páru č. 1 (fyzická obl.)	str. 82
Graf č. 4 – Sebehodnocení M1(A) (duševní obl.)	str. 85
Graf č. 5 – Sebehodnocení Ž1 (duševní obl.)	str. 85
Graf č. 6 – Shoda páru č. 1 (duševní obl.)	str. 85
Graf č. 7 – Sebehodnocení M1(A) (emocionální obl.)	str. 88
Graf č. 8 – Sebehodnocení Ž1 (emocionální obl.)	str. 88
Graf č. 9 – Shoda páru č. 1 (emocionální obl.)	str. 88
Graf č. 10 – Sebehodnocení Ž1(A) (fyzická obl.)	str. 91
Graf č. 11 – Sebehodnocení M1 (fyzická obl.)	str. 91
Graf č. 12 – Shoda páru č. 2 (fyzická obl.)	str. 91
Graf č. 13 – Sebehodnocení Ž1(A) (duševní obl.)	str. 93
Graf č. 14 – Sebehodnocení M 1 (duševní obl.)	str. 93
Graf č. 15 – Shoda páru č. 2 (duševní obl.)	str. 94
Graf č. 16 – Sebehodnocení Ž 1(A) (emocionální obl.)	str. 96
Graf č. 17 – Sebehodnocení M 1 (emocionální obl.)	str. 96
Graf č. 18 – Shoda páru č. 2 (emocionální obl.)	str. 96
Graf č. 19 – Sebehodnocení Ž2(A) (fyzická obl.)	str. 99
Graf č. 20 – Sebehodnocení M2 (fyzická obl.)	str. 99
Graf č. 21 – Shoda páru č. 3 (fyzická obl.)	str. 99
Graf č. 22 – Sebehodnocení Ž2(A) (duševní obl.)	str.102
Graf č. 23 – Sebehodnocení M2 (duševní obl.)	str.102
Graf č. 24 – Shoda páru č. 3 (duševní obl.)	str.103
Graf č. 25 – Sebehodnocení Ž2(A) (emocionální obl.)	str.105
Graf č. 26 – Sebehodnocení M2 (emocionální obl.)	str.105
Graf č. 27 – Shoda páru č. 3 (emocionální obl.)	str.105
Graf č. 28 – Sebehodnocení M2(A) (fyzická obl.)	str.107
Graf č. 29 – Sebehodnocení Ž2 (fyzická obl.)	str.107
Graf č. 30 – Shoda páru č. 4 (fyzická obl.)	str.107
Graf č. 31 – Sebehodnocení M2(A) (duševní obl.)	str.109
Graf č. 32 – Sebehodnocení Ž2 (duševní obl.)	str.109
Graf č. 33 – Shoda páru č. 4 (duševní obl.)	str.110

Graf č. 34 – Sebehodnocení M2(A) (emocionální obl.)	str.112
Graf č. 35 – Sebehodnocení Ž2 (emocionální obl.)	str.112
Graf č. 36 – Shoda páru č. 4 (emocionální obl.)	str.112
Graf č. 37 – Čas, který strávili během 7 dnů mimo domov osoby s afázií a jejich partneři	str.115
Graf č. 38 – Čas mimo domov – respondenti žijící ve městě	str.116
Graf č. 39 – Čas mimo domov – respondenti žijící na vesnici	str.119
Graf č. 40 – Čas strávený aktivní komunikací	str.120
Graf č. 41– Čas strávený aktivní komunikací – osoby s afázií ve městě	str.123
Graf č. 42– Čas strávený aktivní komunikací – osoby s afázií na vesnici	str.124
Graf č. 43 – Hodnocení páru č. 1	str.146
Graf č. 44 – Hodnocení páru č. 2	str.146
Graf č. 45 – Hodnocení páru č. 3	str.147
Graf č. 46 – Hodnocení páru č. 4	str.147
Graf č. 47 – Čas strávený mimo domov – všichni respondenti	str.148
Graf č. 48 – Čas strávený aktivní komunikací – všichni respondenti	str.148

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 – Zobrazení polykacího aktu u osoby s Parkinsonovou nemocí, zpomalený transport hypofarynxem, pronikání do dýchacích cest	str. 40
Obrázek č. 5 – Schéma komplexní péče o jedince s afázií	str. 40
Obrázek č. 6 – Schematické znázornění zevních a vnitřních vlivů, stresové reakce a možných zdravotních důsledků	str. 60
Obrázek č. 7 – Dopad chronické nemoci na partnera	str. 67
Obrázek č. 8 – Postupná společná sociální izolace	str. 69

Seznam příloh

Příloha č. 1 – Přehled výsledků hodnocení	str.145
Příloha č. 2 – Hodnocení jednotlivých párů	str.145
Příloha č. 3 – Grafické znázornění celkových výsledků	str.148
Příloha č. 4 – Přepis nahraných rozhovorů	str.149
Příloha č. 5 – Deníky	str.179

Příloha č. 1 – Přehled výsledků hodnocení

Tab. č. 34 – Přehled výsledků hodnocení

Aktivita	Př. č. 1						Př. č. 2						Př. č. 3						Př. č. 4					
	M.1 (A)		Z.1		N		M.1		N		NT		M.2		Z.2 (A)		N		M.2 (A)		Z.2		N	
	2008	2010	2008	2010	2008	2010	2008	2010	2008	2010	2008	2010	2008	2010	2008	2010	2008	2010	2008	2010	2008	2010	2008	2010
fyzická oblast																								
soběstačnost	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	0	0	2	2	1	0
samosťatnost	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	0	0	2	2	0	0
hygiena	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	0	0	2	2	0	0
pohybové aktivity	2	1	2	2	1	1	2	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0
záliby/ koníčky	2	2	2	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0
dovolená	2	2	2	2	2	2	2	2	0	0	0	0	2	2	2	2	2	2	1	1	0	0	0	0
výlety/ procházky	2	2	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0
společná aktivity	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	2	2	2	2	2	2	1	1	0	1	0	0
duševní oblast																								
čtení / knihy	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	0	2	2	0	0
čtení / tisk	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	0	1	2	2	2	2	2	1	0	1	2	0	0
komunikace	2	2	2	2	1	1	2	2	1	1	1	1	2	2	1	1	2	2	1	1	2	2	1	1
přátelé	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	0	0	2	2	0	0
sousedé	2	1	2	1	1	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2
kultura	2	2	2	2	1	0	2	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2
televize	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
partnersví	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
rodina	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
spolupracovníci	1	2	2	2	1	1	1	0	0	0	0	0	2	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ekonomická oblast																								
zaměstnání	N.A.	1	2	2	0	1	0	1	0	1	0	1	2	2	N.A.	N.A.	1	2	0	0	0	2	2	2
léky	N.A.	1	1	2	2	1	2	1	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0
lékařská péče	N.A.	1	1	2	2	1	2	1	0	0	0	0	2	2	0	1	0	1	N.A.	N.A.	2	1	0	0
logopedie	N.A.	2	2	2	2	2	2	2	2	0	2	0	2	2	N.A.	N.A.	2	2	2	2	2	2	2	2
rekondiční pobyt	N.A.	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	N.A.	N.A.	2	2	2	2	2	2	2	2
kompensační p.	N.A.	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	N.A.	N.A.	2	2	2	2	2	2	2	2
rehabilitace	N.A.	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	N.A.	N.A.	2	2	2	2	2	2	2	2
emocionální oblast																								
úzkost	2	2	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	0	0
nálady	2	2	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	2	0
deprese	2	2	2	2	1	2	1	1	2	0	0	0	0	1	2	0	2	1	2	1	0	1	2	0
sexuální oblast																								
apetence	N.A.	N.A.	2	2	2	2	1	1	N.A.	0	0	0	1	0	N.A.	N.A.	1	2	1	N.A.		0		0

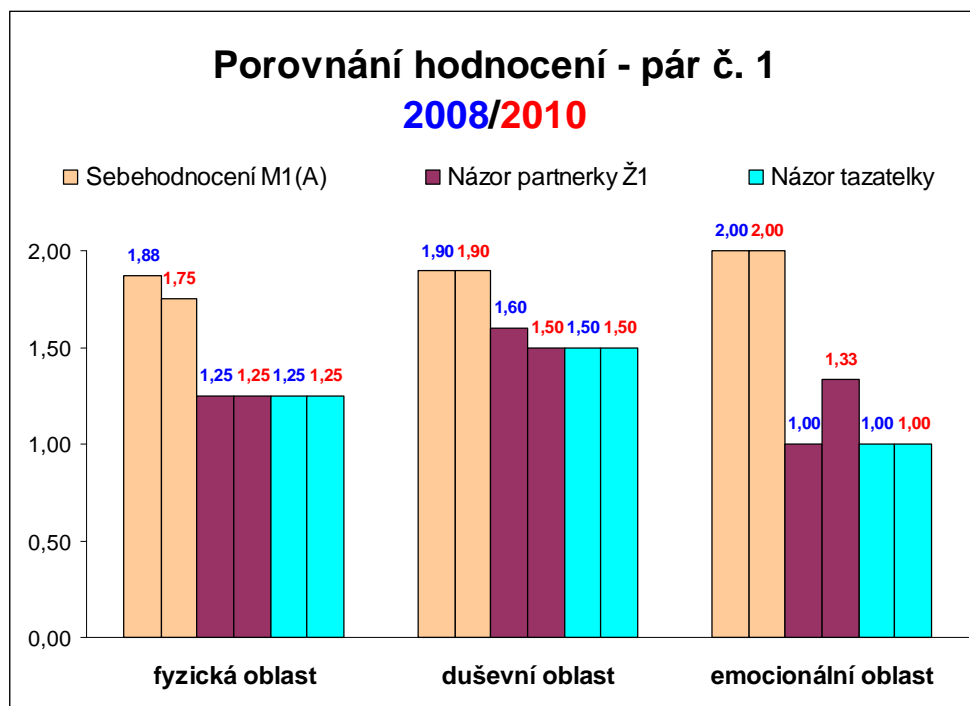
Zdroj: vlastní

Vysvětlivky:

- 2 – dopad onemocnění na danou aktivitu nulový, případně minimální
- 1 – dopad onemocnění na danou aktivitu částečný
- 0 – dopad onemocnění na danou aktivitu výrazný
- N.A. – nezhodnoceno

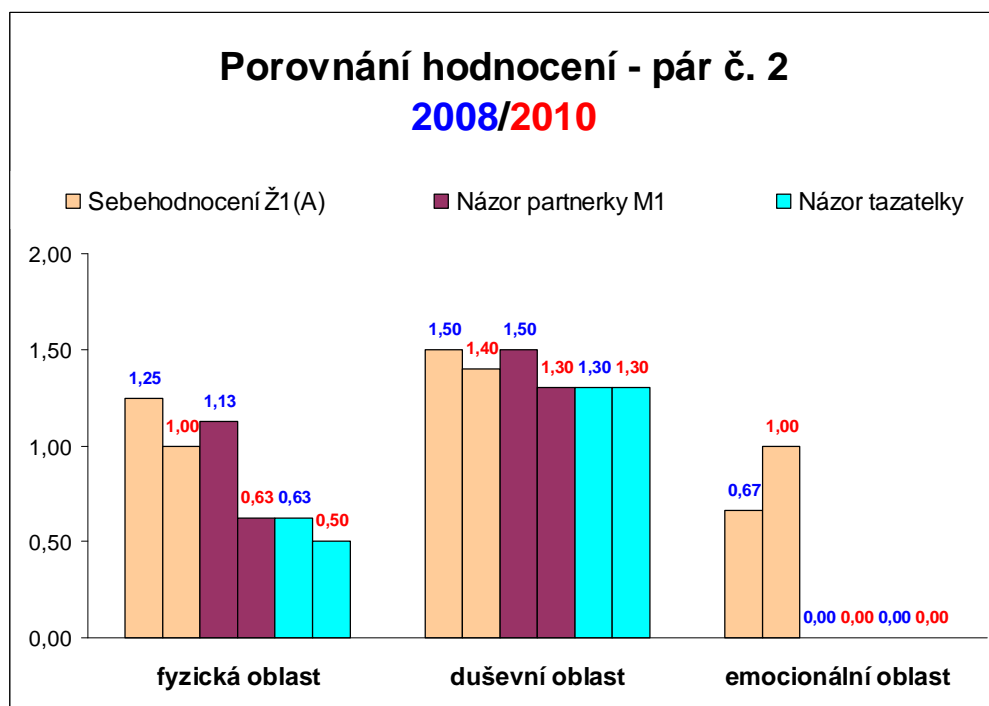
Příloha č. 2 – Hodnocení jednotlivých párů

Graf č. 43 – Hodnocení páru č. 1



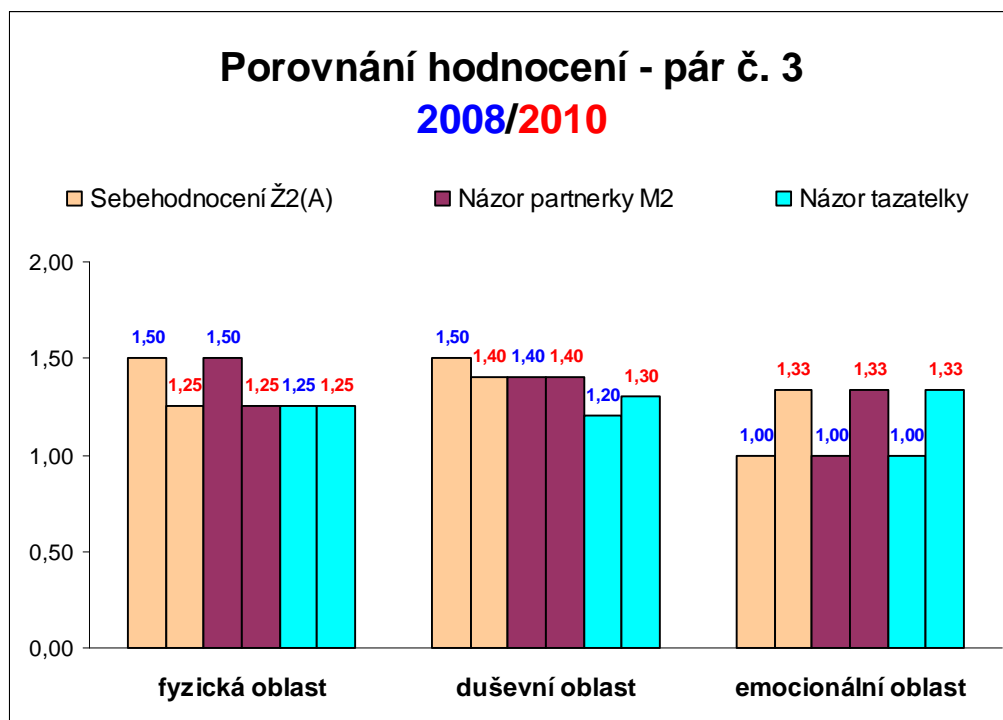
Zdroj: vlastní

Graf č. 44 – Hodnocení páru č. 2



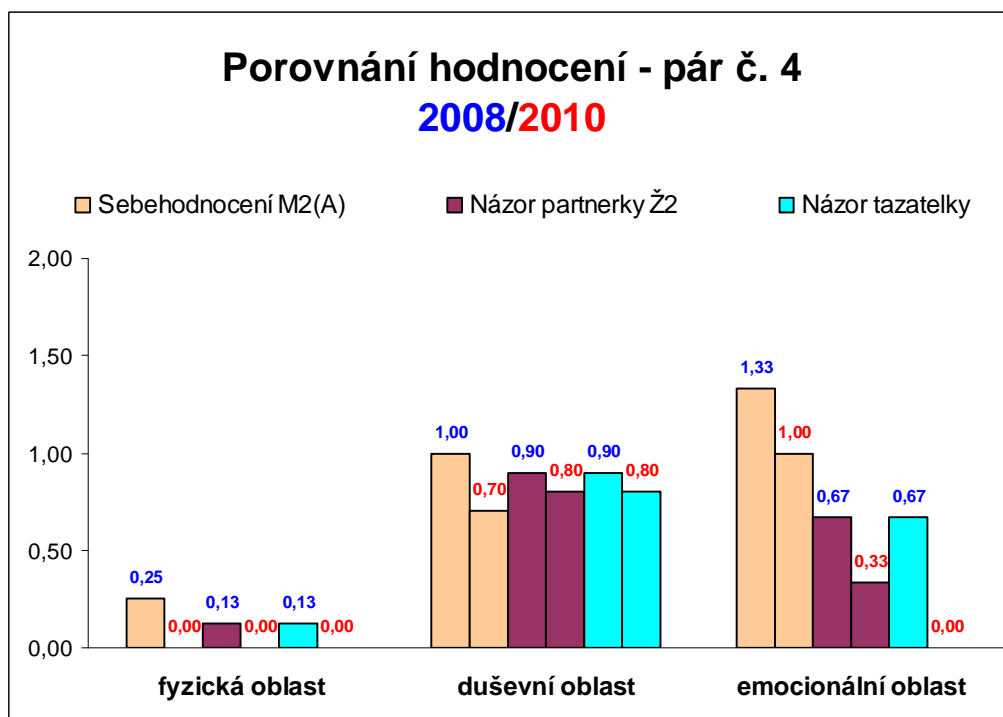
Zdroj: vlastní

Graf č. 45 – Hodnocení páru č. 3



Zdroj: vlastní

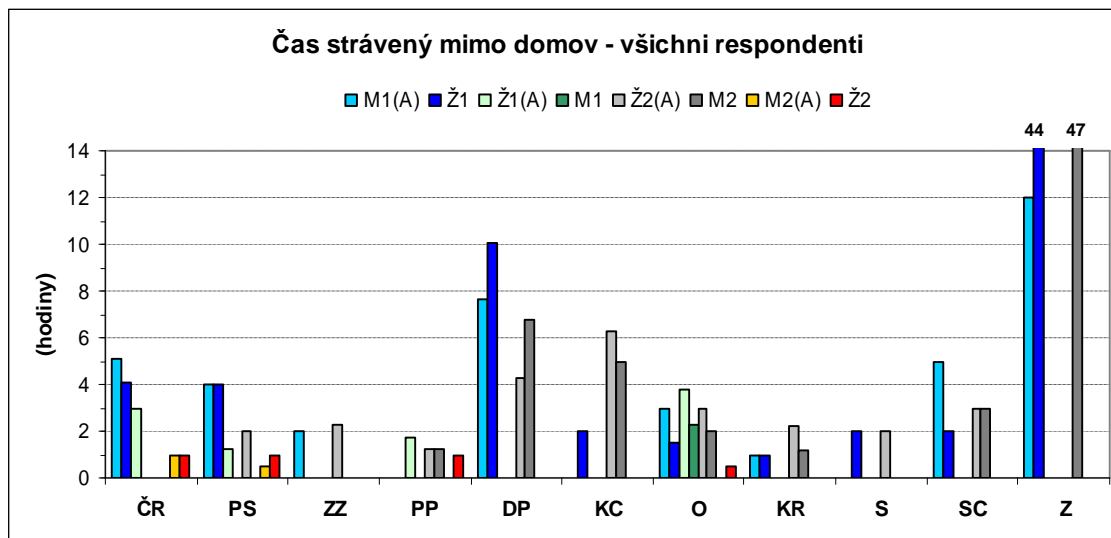
Graf č. 46 – Hodnocení páru č. 4



Zdroj: vlastní

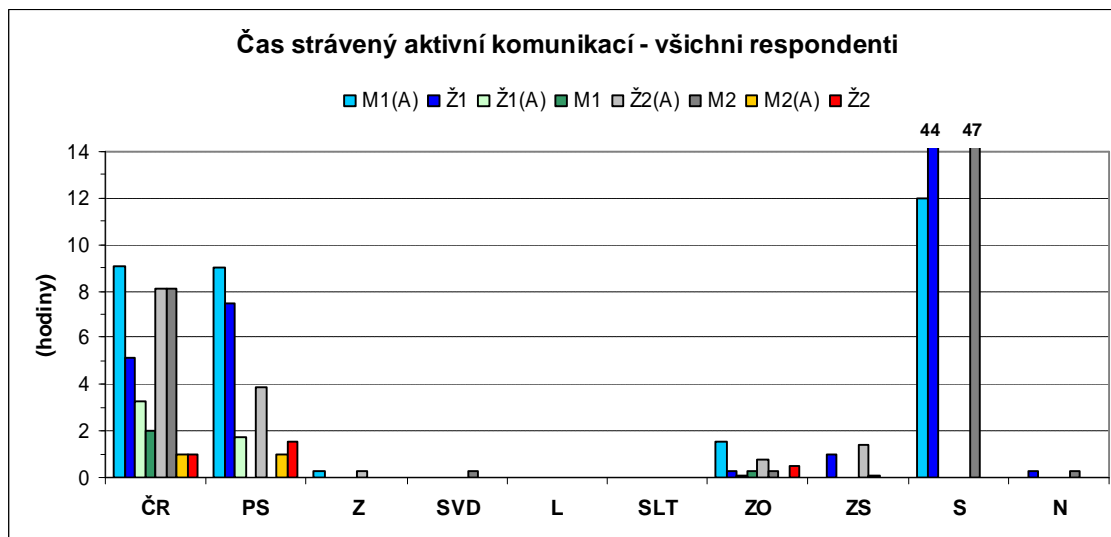
Příloha č. 3 – Grafické znázornění celkových výsledků

Graf č. 47 – Čas strávený mimo domov – všichni respondenti



Zdroj: vlastní

Graf č. 48 – Čas strávený aktivní komunikací – všichni respondenti



Zdroj: vlastní

Příloha č. 4 – Přepis nahraných rozhovorů

Pár číslo 1

Muž 1 s afázií

T Jak se Vám daří, co se změnilo od doby, kdy jsme se neviděli?

M1(A)-1 **Děkuju, je to docela v pohodě, změnilo se asi taky dost.**

T Tak to vezmeme postupně, souhlasíte?

M1(A)-2 **Hmmm, jasně.**

T Když jsem se viděli před dvěma lety, tak jste pravidelně každý den chodil pro noviny, pak domů, kde jste vykonal nějaké domácí práce a taky odpočíval. Je to tak i teď?

M1(A)-3 **Tak. Dřív sem ale to, hm chodil pro noviny a domů. Tam sem si je přečet, hlavně, co se dělo ve sportu a tak. Pak jsem něco poklidil, manželka mi to dala skoro příkazem, nechtěla, abych lenošil, tak jsem dělal něco i doma.**

T A teď je to jinak?

M1(A)-4 **Nooo trochu. Taky si jdu pro ty noviny, to jo, to čtu pavidelně, taky knížku si občas přečtu, někdy zajdeme se ženou do tý no honem, knihovny, to jo. Ale vloni jsem začal chodit do práce, tak jako někdy nejdu domů, ale do tý práce.**

T No tak to je skvělá zpráva.

M1(A)-5 **Jo, já hm jako jsem spokojnej, nesedím doma na zadku a něco dělám, mám ten potit, že, že mě někdo jako ještě potřebuje (pauza, zamyšlení), že, že si mě někdo všimnul, můžu bejt někomu užitečnej a já jsem spokojenej. No a a taky vydělám nákou korunu, není to zas tolik, ale lepší něco, než nic. Chodím docela po doktorech, tak to něco stojí, prášky a tak, tak na to aspoň nák trochu vydělám. Nemám v podstatě žádněj problém, jak se to řekne, honem no hmmm všechno zařídím, si udělám, je to v pohodě (zamyšlení, mne si ruce), já, já jsem vlastně celkově v tom, v pohodě, nemám žádněj jako hmmm problém, žádný nák ani nervy.**

T A když nejdete do práce, tak děláte co?

M1(A)-6 **No, to je tak asi jako to bylo dřív. Já to hmmm zajdu do tý no, honem jak to řeknu, hmmm no trafiky, koupím noviny, jdu domů, čtu, pak celkově poklidit, ustlat postele, něco udělat k jídlu, dát byt do pořádku. To dělám když nejdu do práce, je to moje povinnost, to manželka chce. No a pak se povaluju a čtu si. Ale, ale já chodím tam do toho, no, do toho jak pracovat, no tam choděj ty lidi, ježiš, no hmmm babriky, no no podniku, dělám vratnýho. Tak, tak to uklízení je jen v úterý a ve čtvrtek (smích).**

T Hm.

M1(A)-7 **Jo, jo. Já ale nechodím každěj den, dělám, třikrát v tejdnu, jsem pořád v tý invalidce, dělám na ten jak se to řekne úvazek no (pauza).**

T Na částečný?

- M1(A)-8** No jo, vidíte, hlava blbá, zase sem si nemoh vzpomenout. Přitom to pak normálně vím. To se mi pořád někdy jako stane, že nevím, jak se to řekne.
- T** Hm, a vadí vám to, když si nemůžete vzpomenout?
- M1(A)-9** Ne, ne, ani ne. Já sem rád, že to je takhle, lidem vokolo to taky nevadí. Já bych ale řek, že to je už lepší, asi docela dobrý. Nehorší to bylo v nemocnici a pak taky chvíli doma, to bylo hrozný, to jsem byl fakt na dně s nervama, bylo to hrozný (zamyšlení). Ale proč bejt smutnej, jdeme dál. Já to беру už úplně normálně, žádný nervy nebo nějaký smutky z toho mě nepřepadaj. Na druhou stranu, někdy je smutnej každej člověk přece.
- T** A baví vás to v práci?
- M1(A)-10** Ale jóóó, baví. Tam sou taky lidi, já se dostanu někam, něco dělám, je to jako hmmm to, hmmm lepší než sedět doma. Taky s nima můžu mluvit. Já tam jsem ale jen někdy, taky mám jiný povinnosti. Nóó, mám tu vnučku, chodí do školky, tam já ji někdy pro ni zajdu. Vona totiž ta no, honem, ta Martina, ježíš jak se to řekne co je (pauza), jak se to řekne, no ta jako od Aničky, hmm.
- T** Myslíte maminku Aničky?
- M1(A)-11** Jo, ale jak se to řekne, ježíš no, no, no jak se to řekne?
- T** Snacha.
- M1(A)-12** Nóó, snacha, tak taky jako chodí už do práce, tak dojdu někdy pro malou a tak. Taky spolu jsme venku nebo jdeme k nim domů, nebo taky k nám, hrajeme si a tak.
- T** Tak to je výborné, a čím pro Aničku jezdíte? Když jsme spolu mluvili minule, tak jste říkal, že bydlí na druhé straně Prahy.
- M1(A)-13** Jo, jo, to je pořád tak. Jezdím metrem, tramvají, jak se dá. To mi jako nedělá problém.
- T** A autem jezdíte taky?
- M1(A)-14** Ne, to ne, to si netroufnu. Taky proč jezdit autem, všude samá ta hm,no, no,jak tam je samý auto na tom na silnici, no jak, jak, kolona, na to nemám nervy. Autem jezdí žena na nákup. Dřív jsem jezdil autem furt, ted' ne, ale už jsem zvykutej, se nerozčiluju někde v tý, no, hm jak se tam tlačej, no zácpě.
- T** Jezdíte s ní nakupovat?
- M1(A)-15** Jo, jezdím, nechci, aby tahala nákupy sama, ale, ale řídí jenom manželka. Malý nákupy zmáknou sám tady v sámošce, to není problém.
- T** A kdybyste měl jít nakupovat tam, kde je pultový prodej, šel byste?
- M1(A)-16** Jo, jo, úplně v klidu. Já vlastně chodím, třeba ten salám a takový věci mají v samce taky u pultu. To s tím nemám problém.
- T** A je něco, s čím máte problém?
- M1(A)-17** Nóó (zamyšlení, pauza), asi, asi ani ne. Doma já všechno jako zvládnou, taky můžu poklidit, vohřeju si jídlo a tak. Doma je všechno v pohodě.
- T** Tak to je super. Řekl jste jí někdy, co pro vás vlastně znamená?
- M1(A)-18** No (pauza, odvrací pohled) když mi bylo fakt blbě, v tý nemocnici a pak nějakou dobu doma, to bylo fakt na nervy, měl jsem depku, tak to jsem jí

to řek mockrát. Vona je parták, hmmm jak to řeknu hmmm není jako nafouknutá nebo nebo neurazí se. To jo, ale nemyslete, musel jsem makat, nic mi nechtěla odpustit.

T Nic?

M1(A)-19 No ne (úsměv) ne, vona je sportovec, jak se říká tělem i duší, zvyklá taky makat, tak jsem musel i já. Já jsem se nemoh oblíknout, pořádně mi nešlo se umejt, najíst, to byla hrůza tenkrát. No (pauza) vona manželka mi ale nic neodpustila. Tak jsem se naučil i doma dělat různé věci, to tak není problém dělat. To jsem se naučil po svém dělat (pauza, ukazuje na paretickou ruku), ono to jde. Zvládnou snad všechno, je to dobrý (přesvědčivě).

T Hm, jasně. Když se zeptám na sport, jak to máte s hokejem?

M1(A)-20 Nóó, (odmlka). Někdy si zahraju s klukama, to jako nemám žádný problém, vzali mě mezi sebe (pauza), ale, ale roky přibývají, taky dech ubývá, už tolik nevydržíme. Ale hrajeme tak jako naplno, pak jdeme na pívko. To jako to hmmm zakončíme celý.

T Chodíte ještě fandit?

M1(A)-21 No tak to je jasná věc. Chodím s Tondou. Von dřív moc nechodil, teď jo.

T To je ten váš kamarád, že?

M1(A)-22 No, no, to je fakt kamarád, když mi bylo zle, tak mi pomoh a to je fakt kamarád, jako brácha, řeknu mu všechno, tomu můžu. No, no a taky manželce říkám všechno, teda skoro všechno (smích).

T A svěříte se jí, když vás něco trápí nebo bolí?

M1(A)-23 Nóóó, to určitě, ale já ji jako nechci přidělovat nějaký starosti, když, když (pauza), když je to něco jako blbost, tak jí to ani neřeknu, to třeba řeknu tomu Tondovi. Ale jinak my jsme na sebe s manželkou fakt hodně zvyklí, my si hodně povídáme.

T Hm, a když vás něco fakt trápí, tak to řeknete ženě?

M1(A)-24 To jo, vona to na mě stejně pozná, že jako hmmm něco mě bolí nebo tak. Ale jako nerad fňukám. Když je mi blbě, tak jdu k doktorovi, tam stejně chodím často (pauza). Mám toho docela hodně, ale zase nestěžuju si. Všude se dostanu sám, tak to hmm ta manželka nemusí se mnou chodit, to je dobrý.

T K lékařům chodíte sám?

M1(A)-25 No to je jasný, k doktorovi a a vlastně po celý Praze hmm jak to řeknu, no vlastně kamkoliv jezdím klidně sám, to jo.

T A na logopedii někam chodíte?

M1(A)-26 Ne, nechodím, ale chodil jsem. Něk se to učím sám, taky jsem línej někam chodit, já jsem docela spokojenej, jak mluvím.

T A na rekondiční pobyty jezdíte?

M1(A)-27 Ne, to taky ne, nechodím asi nikam, jenom k těm doktorům. Dřív jsem chodil někdy, no, málo na tu honem, jak se to řekne, no jak tam se mnou cvičej, na tu hmm rehabilitaci, to taky už nechodím.

T Hm a teď na jiné téma. Co sousedi, vídáte se s nimi?

M1(A)-28 Jo, to jo, voni jsou docela v pohodě. Ted' někdy zajdeme my k nim, někdy voni k nám, to je různý, ale moc ne. Taký děti si spolu hrajou, naše Anička a jejich ta no, jak se to řekne, tak jak se narodila jejich holce.

T Vnučka?

M1(A)-29 No jasně, tak ta vnučka Terezka to je, s tou si hrajou holky u nás, u nich, my říkáme a tak. Ale zase se tolik nevidíme, všichni choděj práci, tak není tolik hmmm no ten hmmm čas. Tak to se vidíme jen tak, my tak nejsme takový kamarádi nebo to, já mám Tondu.

T To určitě, všichni chodíte do práce. A když máte s manželkou volno, máte nějaké společné koníčky, zájmy?

M1(A)-30 Tak ted' chodíme spolu plavat, to jo, dřív jsme hráli trochu tenis, ted' chodí manželka sama, já s tou rukou nemůžu. No v létě jezdíme na dovolenou i s těma kamarádama, na vodu, na těch no rychle, hmmm lodích jezdíme, co ještě, nóóó na výlet, na vejšapy taky vyrážíme docela dost, hlavně, hlavně to, no hmm, no ježiš, hlavně když už sleze sníh.

T Tak to spolu trávíte poměrně dost volného času, že?

M1(A)-31 To jo, my jsme spolu skoro pořád, když teda nejsme v práci nebo já na hokeji. To jako manželka pak taky něco někam chodí, to jo. My jsme takhle spokojený.

T Minule jsem se vás ptala, jestli navštěvujete nějaké kulturní akce, divadlo, kino, výstavy.

M1(A)-32 No tak to chodím asi tak stejně, jako sem chodil dycky. To jako to hmm, honem no jako to nebyl můj ten, hmm koníčky. To já jako šel na nákej třeba ten, jak tam to, hmmm tancujeme, no jak se to říká, hmm tanec ne no ples. Do divadla, kino to taky občas. To mě neto, hmmm to nebaví. Ale zase, hmmm přemejšlim, já možná sem s ní byl někdy ted' někde, v nákyh divadle. To dřív já nechodil vůbec.

T Hm, vy jste radši na hokeji, že? A ještě se zeptám, nepřepadá vás někdy smutek, nějaká úzkost z něčeho?

M1(A)-33 Hokej, to je nejlepší. A smutnej? Hmm to ani ne, vono kdo není někdy smutnej, že jo? To je každej, někdy mám takovou smutnou náladu, ale, ale (pauza) tím se nějak jako nezabývám, co by kdyby, že bych byl nák jako smutnej z toho, co se stalo. Kdyby to tak bylo pořád, tak jsem spokojenej (odpověď nezní příliš přesvědčivě).

T Tak to jsem ráda. Přeju vám, ať se vám i celé vaší rodině daří a děkuju, že jste si na mě udělal čas.

M1(A)-34 Nemáte za co.

Žena 1 (partnerka)

T Povězte mi, prosím, co se změnilo od doby, co jsem u vás nebyla

Ž1-1 No, tak asi ta nejzásadnější změna je v tom, že manžel začal chodit do práce. Sice jen na pár hodin denně, třikrát v týdnu, ale jsem ráda, že

nesedí doma a něco dělá. Když byl doma, tak jsem mu musela udělat vlastně takový jako plán činností, které musel denně udělat, jinak by nedělal nic a jenom se válel. Takže každý den to znamenalo ustlat, poklidit, dát nádobí do myčky, ohřát si oběd. To bylo zaběhnuté, to musel dělat a dělá to v podstatě dodnes, když nejde do práce. Jinak by dopoledne snad nehnul prstem. To on je lenivější pořád. Tím, že začal chodit do práce, tak musí z domu, dodal si větší sebevědomí (zamyšlení), není nervózní jako dřív. To bylo někdy hrozný, hlavně hned po tý mrtvici, když si nemoh na něco vzpomenout, to byl úplně na nervy, to teď už to tak není, zklidnil se, taky, taky ona se ta řeč hodně zlepšila. No a domů přinese nějakou tu korunu, což je samozřejmě taky příjemný, bere důchod a něco si vydělá, je to lepší než to bylo, když do práce nechodil. Něco stojí léky, poplatky u doktorů, ale to je normální, když člověk není zdravý. Já si, já si ale nějak nestěžuju, že bysme na tom byli nějak moc špatně s penězma, to ne, jsou na tom lidi daleko hůř, ale teď je to ještě veselejší. Nejhorší to bylo, když jsem nechodila do práce ani já, ani on, to byl rok, na který se mi zrovna moc vzpomínat nechce, ale je to pryč. Ale kdyby nemoh chodit do práce, tak ty nevydělaný peníze by byly to nejmenší, co by mě mrzelo (pauza), on jich opravdu moc nepřinese. Ale takhle je to dobrý. Dostane se z domu, to hlavně, donese domů aspoň nějaký peníze, je celkově tak jako víc samostatnej, samozřejmě je spousta věcí, které nedokáže tak jako dřív, ale to se nedá nic dělat, je to prostě následek toho onemocnění, ta ruka taky není v pořádku, to je jasný. Ale když se vrátím k té práci, on cítí, že ho někde potřebujou, tak mu to zase dodává sebevědomí. Takže docela pohoda, tedy ne že by někdy nebyl na zabítí (pousmání), někdy ho popadne nějaká jako chmurná nálada, je celej smutnej, je mu úzko, já, já nevím, ale asi to patří taky k té nemoci. Ale (pauza, zamyšlení, mne si rukou obličej), vždycky to nějak kočírujeme.

T Hm, to je dobře. Když chodí manžel do práce, tak tam asi musí mluvit i s cizími lidmi, ne?

Ž-2 Jo to musí, ale zase ne tak často. Do té fabriky chodí lidi, který postupně poznal, ze začátku to pro něj bylo těžký, to asi určitě jo, to říkal, že se třeba styděl, že mu z toho bylo tak všelijak, smutno, bylo mu to líto, když něco zvrtil, ale už si asi trochu zvyknul, otrkal se. Někdy stejně přijde, že si připadal jako blbec, ale je schopný se i s těmi lidmi bavit, to je podstatný. Asi už to bere trochu s nadhledem, jinak by do té práce nešel. Kdyby s tím měl moc velkej problém, tak by tam asi nedělal. Já to tak беру, fakt si myslím, že je tam docela spokojenej, ale, ale (zamyslí se) myslím si, že s tím stejně nějaký problém má, ne že ne. Ono někdy i doma eje rozružený, že si rychle nemůže vzpomenout, jak se co řekne, někdy to slovo poplete, prostě je to jiný než to bylo, ale není to tragédie.

T Hm. A co jeho koníčky?

Ž1-3 Tak to je beze sporu pořád ten hokej, občas si chodí s klukama zahrát, musím ho někdy popohánět, on by někdy nejradši nešel, je takovej pohodlnější, když je třeba ten den doma, co nejde do práce, tak udělá dopoledne, co musí a pak by lenošil, o nic se nezajímal, ale to taky pořád nejde. No a samozřejmě chodí fandit, to snad nevynechá jedinej

zápas, to má opravdu rád. To víte, s tou rukou, která zůstává málo pohyblivá, toho moc nenadělá, ale jsem ráda, že se snaží a pořád někde nefňuká.

T
Ž1-4 A dřív, třeba po té příhodě, měl tendence někde fňukat, jak říkáte?
Ne, to ani ne, já jsem mu ostatně nedala moc příležitostí, pořád jsem mu říkala, že jsou na tom lidi daleko hůř, i když jsem samozřejmě věděla, že je na tom opravdu zle, že se v něm odehrávají hrozný věci, to beze sporu jo. Ale litování ještě nikomu moc nepomohlo. Spíš jsem chtěla, aby nějak nastartoval, začal se s tím prát. Na to byl zvyklej celej život, tak jsem nechtěla, aby přestal. Ted' se v podstatě o svých problémech, bolístkách ani moc nezmiňuje, až (zamyšlení) až se ho někdy spíš já ptám, jestli mu něco není, mám pocit, že mě nechce zatěžovat svými trampotami, snaží se to jako příliš nerozebírat, zase on si před tou mrtvicí taky nestěžoval. Myslím si, že když je mu opravdu ouvej, tak to poznám a nějak na to reaguju, zeptám se ho, snad cejtí, že se o mě může opřít jako já no něj.

T Hm, to je důležité, takže vy jste taková ti partáci, co jsou spolu v dobrém i zlém?

Ž1-5 Tak to určitě, jsme spolu už moc let a pořád si máme co říct, známe se jak se říká, jako svý boty, máme spoustu známých a kamarádů, se kterými je nám dobře, máme syna, kterej má spokojený manželství, moc hodnou ženu a naši krásnou Aničku. To je pro manžela další hnací motor, holčičku fakt miluje, je to jeho sluníčko, moje samozřejmě taky (velmi spokojeně, radostně). On na ni má ale trochu víc času, někdy se za ní vypraví k nim domů, někdy ji vyzvedne ze školky, protože snacha začala chodit do práce, tak jí chce taky trochu ulevit. No pak jde s Aničkou k nim domů, když je hezky, tak jsou spolu venku, někdy za ním k synovi po práci přijdu a jedeme spolu domů, někdy přijede domů sám.

T
Ž1-6 Takže co se týče dopravy, je manžel naprosto samostatný?
Městskou jezdí naprosto spolehlivě sám a kamkoli, v tom nemá problém. Pokud se musí někam dostat autem, tak to čeká na mě, na to si opravdu netroufne a já jsem i ráda. Nemá přeci jen asi takový reakce jako měl, taky má problémy s tou rukou. Ale s tím se dá žít, já jezdím ráda a aspoň se o auto nepereme. Dřív to bylo jiné, manžel jezdil autem snad všude, al eživot ho naučil.

T
Ž1-7 Hm, ještě se vrátím k těm kamarádům, o kterých jste před chvílí mluvila.
No kamarádi, to jsme fakt taková parta lidí, se kterými je nám moc dobře, jezdíme na dovolenou, slavíme narozeniny, svátky, někdy se sejdeme jen tak a je to vždycky hrozně příjemný.

T
Ž1-8 Manžel ještě mluvil i o kamarádovi Tondovi.
Jóóó, Tonda, to je opravdu skvělej člověk, toho si manžel váží, je to letitej kamarád, s tím se schází často a myslím, že spolu proberou všechno možný i nemožný (smích). Ale já mu to neberu, já mám taky svoji kamarádku, který řeknu snad cokoli.

T Hm, já si vzpomínám, je to ta, se kterou chodíte do divadla?

- Ž1-9** No, nóó, to je vona, s tou chodím do divadla, někdy se jdeme sednout na kafčo, teď už to jde. Manžel, ten se mnou nejde, to ani náhodou, jak jsem už říkala, je od té příhody opravdu lenivější než byl, dřív šel aspoň občas, to ani náhodou.
- T** Hm, říkala jste, že teď už to jde jít si posedět, proč to dřív nešlo? Chápu, že těsně po příhodě asi ne, ale později?
- Ž1-10** No, to já jsem měla spíš psychický, i když už bylo manželovi docela dobře, byl vlastně sám přes den doma, ale byla jsem taková nesvá, když jsem byla mimo a on byl sám, měla jsem takový ten vnitřní strach. Třeba jsem se strašně bála ho pustit samotnýho na hokej, ale musela jsem to v sobě nějak zlomit, to bych se z toho zbláznila. Taky je fakt, že je na tom manžel teď už hodně dobře, ve všem mnohem líp, než to bylo, když jsme spolu mluvily naposledy. Tak teď už si někam zajdu a nemám z toho nervy. Kdyby se něco dělo, tak by mi třeba zavolal nebo by mu určitě někdo pomoh.
- T** Takže teď máte svůj program, zájmy a můžete se jim věnovat naplno?
- Ž1-11** No úplně všechno dělat nemůžu (zamyšlení, pauza), Manžel mě tak nějak nevomezuje, ty základní věci zvládne, ale zase je mi blbý, kdyby měl bejt třeba nějak dlouho sám doma, to bych byla nervózní, to by mě pak ani nebavilo něco dělat (pauza). Když je někde on, tak já jsem taky hodně pryč, to toho využiju, ale jinak děláme hodně věcí společně.
- T** Co třeba děláte společně?
- Ž1-12** No staráme se vo domácnost, nákupy, taky spolu někdy jdeme na ten hokej, nebo spíš on na hokej, já na tenis nebo na volejbal, v létě jezdíme na dovolenou, chodíme na výlety, ale to tak nějak míň, on manžel tak jakoby z pohodlněl celkově, tak na nějaký dlouhý výšlapy to s ním teď není, chodíme míň, to jednoznačně. Ale často chodíme k synovi, na návštěvu ke známým chodíme taky vesměs společně, někdy do restaurace. Ale na pivo, to spolu tedy ale nechodíme (smích), to zvládne sám s kamarádama po hokeji. To já si zajdu radši s Janou na skleničku nebo do toho divadla.
- T** Manžel do divadla stále nechodí?
- Ž1-13** Kdepak, to ani náhodou, to nechodil nikdy a svoje zvyky moc nemění (smích). On celkově není příliš velký kulturní fanda, když jsme byli mladý, tak jsme šli třeba aspoň tancovat, ale teď, co ho vlastně postihla ta příhoda, tak nechodí fakt nikam.
- T** Hm a jak je na tom se čtením, s navštěvováním knihovny?
- Ž1-14** Tak někdy do knihovny zajde, řekla bych, že určitě častěji než když chodil do práce, ale klasickém knihomol to teda rozhodně není. Noviny (pauza), ty si přečte každý den, to zase chce být v obraze. I když, i když nejde do práce, tak pro noviny si ráno skočí. To vlastně dělá od doby, co byl po mrtvici doma, taky když nejde do práce, tak jde ráno na nákup tady na sídlišti, pak doma něco počudlá, někdy se pak vypraví k doktorovi, za vnučkou, za Tondou. Když jde do práce, tak má dopoledne co dělat a odpoledne je to různý, někdy jde domů, někdy někam zajde.
- T** Jaké máte sousedské vztahy?

- Ž1-15** No tak asi normální, občas se vidíme, občas k nám přijde jejich vnučka, ona je stejně stará jako naše vnučka, tak si holky hrajou. Jinak my se zase až tak nevidíme, máme svoje kamarády, ale že by byli sousedi špatný lidi, to si nemyslím, ale prostě se moc nestýkáme, nevidíme. My žijeme asi trochu jiný život než oni, máme svoje známí, kamarády a tak.
- T** Hm a myslíte si, že je manžel spokojený?
- Ž1-16** Já myslím, že jo, aspoň tak působí. Myslím, že nemá žádné zásadní problém.
- T** A vy jste spokojená?
- Ž1-17** Já, já myslím, že nad míru, jsem šťastná hlavně z toho, že se z toho všeho manžel tak vyhrabal (pauza, zamyšlení). Mám všechno, co k životu potřebuju. To (pauza), to, že manžel nemůže dělat úplně všechno jako dřív, to mi bylo dřív líto, ale teď už jsem dávno pochopila, že hlavou zed' neprorazím a raduju se fakt ze všeho. Mně to vadilo taky kvůli němu, měla jsem pocit, že ho to trápí (pauza, přemýšlí, sklopí hlavu), no ono myslím, že ho stejně občas přepadne taková ta úzkost, je mu smutno, je lítostivý, to určitě. Pak je to samozřejmě líto i mě, je mi taky tak nějak úzko, jsem z toho smutná, někdy se mi chce brečet, ale zase to nemůžu dát najevo, protože bych tím nervovala manžela. Teď už je to ale lepší, už až zase tolik nepodléhám panice nebo beznaději nebo jak to říct, ale stejně se bojím. Já jsem byla hodně vynervovaná ty první měsíce po té mrtvici, to jsem měla pocit, že bych sama potřebovala nějakého psychologa nebo psychiatra, nebo nevím koho. Všichni se soustředili na manžela, veškerá péče se věnovala jemu. Žádný doktor se mě nezaptal, jak se cítím já a já zase neměla sílu s tím někam jít. Ono víte, byl to zásah do života, byla to opravdu ne příliš hezká zkušenost a někdy se děším toho, aby se to třeba neopakovalo. Takový ten strach a nejistota v člověku stejně zůstanou asi už pořád, i když si to někdy asi nechci příliš připustit. Musím ale říct, že mi v tu dobu hodně pomohl syn a snacha, ty opravdu fungovali. A abych nebyla nespravedlivá, v tu dobu se taky ukázalo, že máme i opravdové kamarády, který měli o manžela zájem a pomáhali mi opravdu hodně (pauza, slzy v očích). Promiňte, vidíte, ještě teď mě to málem rozbere, když si vzpomenu, jaký to bylo a jak se k nám kdo choval.
- T** Hm, to chápu, to jsou takové ty nepřenositelné zážitky. Když dovolíte, vrátím se ještě k manželovi. Myslíte, že je stále víc citlivý a úzkostný než byl před tou příhodou?
- Ž1-18** Hm, myslím, že jo. Ono je to jako na houpačce. Dlouho je to poměrně dobrý a pak najednou mu přijde něco líto, je smutnej, nemusí o tom ani mluvit, já to na něm poznám. Když je mu ale opravdu hodně zle, tak si o tom se mnou povídá. Pak taky to poznám na tom, že začne špatně spát, říká, že se mu zdají divný sny a to vím, že je mu špatně. Ale zase za čas je to dobrý.
- T** A co ho rozesmutní?
- Ž1-19** Tak to je různý, někdy stačí jen nějaký slovo, který to spustí, jindy třeba nějaký pořad v televizi, to je prostě různý, ale, ale je to lepší než

to bylo hned po té mrtvici, ale, ale není to tak, jak to bylo dřív. Já ho ale vyslechnu, myslím, že ho dokážu i pochopit.

T Hm, to je moc důležité. Když jsme u těch citů, ještě ta otázka z nejtímnějších, to je na váš intimní život.

Ž1-20 **Á a je to tady, pamatuju si to, že jste se mě na to ptala i minule.**

T Ano a ptám se i dneska, ale odpovídat mi na to opravdu nemusíte.

Ž1-21 **Ne, proč bych vám to neřekla, patří to k životu. Myslím, že v tom nemáme žádný zásadní problém, stále, i když samozřejmě v omezený míře to u nás funguje. Frekvence se snížily, což se dá asi vzhledem k věku předpokládat.**

T Mě spíš zajímá, jestli se to nezměnilo vlivem té příhody.

Ž1-22 **Ne, to si nemyslím. Já mám pocit, že vedeme normální sexuální život, který je asi úměrný našemu věku. Po té mrtvici to bylo tak jako nějak jiné, ale to jsme měli oba jiné starosti, ale teď mám pocit, že je to v pořádku, aspoň si to myslím (pousmání). I kdyby se to změnilo, já si svého manžela opravdu vážím, prožili jsme spolu velký kus života, je to i o partnerství, o pohodě, není to jen o tom sexu, na to jsme měli dost času v mládí. Ale, ale (zamyšlení, sklopení hlavy, mírná nejistota) ale já nemám problém, беру ho takovýho, jaký je se vším všudy.**

T Děkuju vám za vaši upřímnost i za celý rozhovor a čas, který jste mi věnovala.

Ž1-23 **Němáte za co, ráda jsem vás viděla.**

T Děkuju, já vás taky.

Žena 1 s afází

T Povězte mi, prosím, jak nejčastěji trávíte všední den?

Ž1(A)-1 **To je pořád stejný, každý den hmmm, to dokola (smutně).**

T Co tedy děláte?

Ž1(A)-2 **Ráno umeju, oblíknu, pak jídlo, k tý hmmm no snídaně. No, no (pauza), utelu postele, no aaaaa a vařit.**

T Vaříte každý den?

Ž1(A)-3 **Hm, každý musím vařit. To jen jen hmmm když za doktor jedeme, tak, tak hmmm to vohřeju.**

T Jezdíte často k doktorovi?

Ž1(A)-4 **Někdy. No, no někdy jedu, taky táta taky jede. Á nechodim mluvit no tam mluvit učila. To já unavená, tak, tak hmm (pauza, smutný pohled) já, já skončila, to, to já už nic nenaučila se (smutně). To drahý taky bylo.**

T Hm, a Vy jezdíte k lékaři taky někdy sama?

Ž1(A)-5 **Ne, to táta jede vždycky. Já, já (pauza, me si nervózně ruce) nechci nikam sama, tam jako když to, hmmm ty cizí lidi, to neznám je, nevím, to já hmmm bojím mluvit, to nepříjemný, to koukaj potom, to ne to, to hmmm jak řeknu to, hmmm ne nepříjemný, to já smutná (slzy v očích).**

T Hmm, a říkala jste panu doktorovi, že jste z toho smutná?

Ž1(A)-6 **Ne, ne, já nechci to říkat, já nebudu to říkat dotorce.**

- T Hmm, možná by vám paní doktorka nějak pomohla. A řekněte mi, čím jezdíte k doktorovi?
- Ž1(A)-7** Auto, to my všude máme auto, tady, hmmm, tady vesnice tady nejezdí moc ten hmmm no, no vidíte, no autobus. No, no hmmm taky my na nákup pak jdeme.
- T To chodíte s manželem nakupovat?
- Ž1(A)-8** Hmmm, to Lidl my chodíme ve městě, ale, ale hmmmm tady u nás taky nakupíme, ale tady to hmmm (pauza), jak řeknu hmmm peníze, hmmm no, no, hmmm drahý.
- T A tady na vesnici nakupujete sama?
- Ž1(A)-9** Jo, jo (pauza) to chleba. Prodavačku znám, to sama jdu, zvládnou.
- T A doma, pomáhá vám manžel s něčím?
- Ž1(A)-10** Ne, dělám sama. Já všechno zvládla, zvládnou to. Ne pomoci, nic, nemá táta čas (vytahuje kapesník ze zástěry, hraje si s ním v ruce)
- T A Maruška vám pomáhá?
- Ž1(A)-11** Někdy jo, má toho hodně. Jana, ta bydlí. Vona hmmm, jak nemá bydlet, to mimino rodilo, vona, Honza, hmmm no hmmm Honzík bydlí.
- T Jana je vnučka a bydlí tady?
- Ž1(A)-12** Jo, jo, ta pomáhá mi, hodná, nemůžu všechno, stará, tady nebo tak. Voni nemaj ten no hmmm ne barák, to hmmm ježíš (pauza), no honem hmmm jak tam kuchyň, obývací, no hmm no bydlí.
- T A Honzika někdy hlídáte?
- Ž1(A)-13** To hmmm, to někdy s tátou tady máme, táta je hodnej, to moc hodnej, já mám rád, vážím ho hodně. Nóó, tyka, ne, ne hmm taky kočárek já jezdím. To, to já za Růžou dojdu a jedeme procházka.
- T Hm, a chodíte s Růžou ještě do Sokola?
- Ž1(A)-14** Hmm, to málo. Unavená, stará, hmm to (zatne pěsti, ukazuje na svaly, že nemá sílu). Růža taková hodná je ženská, to je moje ta největší kamarádka, to jo (zamyšlení, pauza, drží stále v ruce kapesník, se kterým si hraje).
- T A chodíte ještě do divadla?
- Ž1(A)-15** Hmm. To Růža, taky Maruška byla jsem.
- T A s manželem taky chodíte?
- Ž1(A)-16** S manželem (pousmání)? Ten nechodí, to von doma, nikam nejde, to jak se řekne, no hmm (pauza) válí doma na gauči, to jo, když hezky venku, na zahrada, kůlna, to jo, to jo (pauza, zamyšlení). Na divadlo to nechodí tam.
- T A máte s manželem nějaké společné koníčky?
- Ž1(A)-17** Ne, to ne, to von nervózní, když něco nejde mi, to jako když říct nemůžu něco, to, to, to nemám to nervy z něj (tichý, smutný hlas). To, to já řeknu Růže, ta není nervózní.
- T Hmmm. A co vy ráda děláte?
- Ž1(A)-18** Já, já tady (rozhodí ruce) práce, do toho divadla, no, no hmmm (pauza, zamyšlení), taky taky ten malej no hmmm, no Honzík, to práce.
- T A baví vás číst?

Ž1(A)-19 To jo, to jak se řek, honem , no jak tam ty papíry, ne ne knížka, to druhý. To, to jak tam papíry takhle (ukazuje, že jsou poskládané), no jak, jak, no (povzdech, svěsí ramena), hrůza, nevím (odmlčí se, slzy v očích), jak řekneme?

T Noviny, časopisy?

Ž1(A)-20 Jo, tak čtu, koupím nebo Růža pučí, to jo.

T A knížky taky čtete?

Ž1(A)-21 Hmmm, zamilovaný někdy, čas není tolik. To, to málo kýžky četu. Taky televizi kokám, to jo.

T Jezdíte na dovolenou?

Ž1(A)-22 Ne, to (mávně rukou) táta nejede nikam. Pořád tady u baráku, nikam nejde. Práci tady máme hodně, barák je ten no hmmm dlóho, ne ne jak hmm starej.

T A jste spokojená?

Ž1(A)-23 Asi jo, docela jó. Mluvit mi nejde, to štvátkuje, ale spokojená jo, všude ja říká je něco.

T Tak to je moc dobře, že jste spokojená, to vám moc přeju a děkuju, že jste si se mnou povídala.

Ž1(A)-24 Jo, jo.

Muž 1 (partner)

T Tak jsme se nějaký čas neviděli, řekněte mi, jak se máte, co děláte?

M1-1 My? No tak to je jednoduchý. Je to pořád stejný. Jsme se ženou oba doma, do práce nechodíme, takže se tady plácáme buď doma nebo kolem baráku.

T Hm, ale já vím, že se u vás něco přece jen změnilo. Nastěhovala se k vám vnučka s manželem a jejich chlapečkem.

M1-2 To jo, to máte pravdu, to je nová věc. No neměli kde bydlet, tak šli k nám.

T A jak je přijala vaše manželka?

M1-3 No vona vždycky měla ráda děti, když byly holky malý, tak se jim věnovala hodně, já sem jezdil po stavbách, někdy sem nebyl doma, tak to bylo na mámě všecko. Tak Honzíka taky miluje, chodí s ním na procházku, vnučce někdy pomáhá. Taky vnučka tady v baráku zastatne hodně práce, stará se, jak může. My už jsme holt starý, tak už nás ledacos zmáhá, taky chceme mít svůj klid. Ale zase aby to nevypadalo, že tady mladou nemáme rádi, to jo. S tím bydlením to ty mladý taky dneska maj těžký, tak jim aspoň trochu pomůžeme.

T Hm. To si myslím. A má vaše žena nějaké kamarádky, přítelkyně, známé?

M1-4 Jo, to má tu sousedku, to je její největší kamarádka už hodně dlouho, vlastně od mlada. S tou chodí někdy ven, někdy k ní de na kafe a tak.

T A kam chodí cvičit?

- M1-5** Tady do tělocvičny choděj spolu. Ale chodí vo moc míň, skoro vůbec, ted' vůbec za poslední rok hodně zpohodlněla. Když byla před tou mrtvicí, tak to byla rázná ženská, taky se ráda hejbala, ted' je to jako horší, taky jsme už starší, to je jedno k druhýmu.
- T** Hm a chodí spolu třeba do divadla?
- M1-6** No to si ani moc nepamatuju, myslím, že byla někdy s naší holkou nebo s kým, možná byla s Růžou taky.
- T** Hm, takže asi nejezdí do divadla často.
- M1-7** No to ne, spíš bych řek že vůbec. Vono je to do města a tady je to hrozný se někam dostat. To my máme auto, když chceme někam jet, tak autem, jinak nemáme moc šanci, to je potom na celej den.
- T** Hm a kam s manželkou jezdíte?
- M1-8** No k doktorovi někdy, to jako vona sama nejezdí, taky na nákupy do města a tak.
- T** A na dovolenou jezdíte?
- M1-9** Ted' néé, když byly děti malý, tak to jo, ale ted' sme sami, tak už nejezdíme, sme taky u baráku a nikam se neženeme.
- T** Proč?
- M1-10** Proč, proč? Protože tady máme svůj klid, nikdo nám do ničeho nekecá, taky žena je taková lítostivá, každou chvíli kvůli něčemu brečí, všechno si moc bere, mám dojem, že je to horší než to bylo. Ted' má náh divný období. Lidi, když nezná, tak jí to taky nedělá dobře, je někdy jako hromádka neštěstí, má strach, že bude muset někde mluvit, že bude za blbce, nerada někde mluví. A k tý dovolený. Taky vona dovolená není nic levného a my jako počítáme každou korunu. To my si jako vyskakovat rozhodně moc nemůžeme. Nikam nejezdíme, jen k tomu doktorovi a na nákup, jinak nikam.
- T** Hm a musíte ted' počítat každou korunu víc než když byla manželka zdravá?
- M1-11** Asi jo, vono když nechodíme do práce, tak těch peněz tolik není. Ale to by nebylo ani, kdyby byla zdravá, byli bysme stejně voba v důchodu a co to je za peníze. Ale zase vona máma bere prášky, chodí k doktorovi, ale přestali jsme jezdit k tý logopedce. Já taky musím chodit k doktorovi, začínaj se mi voběvovat nějaký neduhy, to dřív nebylo, tak vono si nevyberete. Tady na vesnici žádněj doktor není, musíme jezdit do města autem, to taky stojí docela peníze. Ale já nemám v povaze náh si moc stěžovat, fňukání nikomu eště nepomohlo. Beru to tak, jak to je.
- T** Hm, to chápu. Říkal jste, že žena často pláče, je smutná?
- M1-12** Je, vona se s tím podle mě stejně nevyrovnala. To víte, my si vo něčem třeba povídáme, vona ne, že by nerozuměla, to si myslím, že rozumí, ale nejde jí to mluvit, než něco řekne, tak to trvá. Je z toho nervózní, někdy vzteklá, smutná, pak brečí (pauza, mne si ruce, následně se hladí po stehnech), taky špatně spí, nechce někdy ani jíst, je ji na zvracení, je taková jako uzavřená. Já, já bych jí třeba rád náh pomoh, ale vona nechce. Třeba když sem říkal, tak pudeme k doktorovi, tak to ne, to prostě nepude, tak je to těžký.
- T** Takže k žádnému doktorovi nešla?

- M1-13** Ne, to prostě nepude, že není blázen a co mám dělat. Nebudu do ní pořád hučet, musí mít svůj rozum. Ale já pak sem z toho taky špatnej, smutnej, je to těžký. Pak vo tom přemejšlim, honěn se mi hlavou všelijaký myšlenky, je mi z toho tak všelijak jen ne veselo. Je to těžký, ale co můžu dělat. Nechce? Nechce (rozhodí ruce). Vono nejhorší to bylo, když přišla z nemocnice, myslel jsem, že se z toho zblázním, to jako mi pomohla naše Maruška a sousedka, já bych to nezvlád, snášel jsem to fakt hrozně těžce. Ted' už je to lepší, ale mám pocit, že ted' je zase nák taková horší než byla. Nevím, čím to je, ale zase víc brečí, je jí všechno líto, rozhodí jí každá blbost.
- T** Hm a rozveselí ji třeba, když přijdou děti na návštěvu?
- M1-14** Tak to zas jo, vona má tu svoji rodinu ráda. Hlavně, když přijede holka ze Slovenska, tak to je šťastná. Vidí ji docela málo, je to sem dálka. Když ale jsou tady dlouho, tak už je tady ráda, když vodjedou. Už je unavenější než byla. Ale zase je to trochu lepší než když přišla ze špitálu po tý mrtvici, to byla ze všeho hned unavená. Ted' je taky, ale taky jsme starší, já taky nezvládnou, co sem zvládl dřív. Taky je tady ted' Jana s malým a s Honzou, tak je ta rodina jako tak nák po kupě víc,. Ale jinak musím říct, že se starají všichni mladý, to nám pomáhaj, jak to jde.
- T** Hm, a pomáháte manželce s něčím?
- M1-15** Moc ne, já ji všude odvezu, když jedeme do města, tak s ní nakoupím, du s ní k doktorovi, ale doma to moc nepomáhám, vona to nemá ani ráda. Já to neudělám tak dobře (úsměv).
- T** A máte nějaké společné koníčky?
- M1-16** Tak to vůbec, to sme nikdy neměli. Každý si dělal to svoje. Já jako nikdy nebyl na to, že bych někde trajdal, já byl a pořád sem nejradši pod kůlnou, tam něco kutím, to je moje.
- T** A musel jste se něčeho po tom, co měla manželka mrtvici, vzdát?
- M1-17** Asi ani ne, já byl pořád u baráku, to můžu bejt i ted'.
- T** Vyprávěl jste mi, že jste dřív jezdil občas na výlety na kole a ze nějakým kamarádem.
- M1-16** Jo, jo, jo, to jo. Tak to je fakt, že ted' nejezdím. Na kole na dlouho jet nechci, protože přece jenom mám tak nák strach, aby se zase něco nestalo. No a za tím kamarádem, to by byla cesta ne celej den a to nepřipadá do úvahy. Ale von tady za mnou někdy myslím vloni byl, tak sme si pěkně pokecali, vzpomínali na to, co bylo, prostě se sešli dědkové.
- T** Manželka se vaší debaty taky zúčastnila?
- M1-17** Jo, asi chvilku u toho byla, ale nedělá jí to dobře, když se s někým nezná nebo ho dlouho nevidí. Tak pak šla pryč. Už nevím, co dělala, ale tady nebyla. Asi šla za Růžou nebo za Honzíkem nahoru. To už nevím.
- T** To nevadí. Ještě se zeptám, chodí vaše žena někam sama nakupovat nebo na úřady, na poštu, ke kadeřnici a tak.
- M1-18** No tady ve vesnici chodí na nákup, to už si zvykla, to jo. Ale, ale do města, to ani náhodou. K holiči nechodí, to ji vždycky holka nák vystříhá a nabarví, na počtu to taky nechodí, to se bojí, to musím chodit všude já. Vona de třeba se mnou, ale vyřídit to musím já.

- T Hm, a můžete mi ještě říct, co k vaší ženě cítíte, jaký máte mezi sebou vztah?
- M1-19** Co cejtím, co cejtím. Je to ženská, se kterou sem prožil vlastně skoro celej svůj život. Byla chvíle, kdy sem měl na ni třeba i vztek, vona na mě taky, to je všude. Ale řeknu vám, když se jí to stalo, tak mi bylo moc ouvej, byl sem z toho fakt hodně špatnej. Musel jsem se s tím ňák poprat, zvládnul jsme to, ale taky to není dobrý, ale je to lepší než to bylo.
- T A vy sám jste nepřemýšlel o tom, že byste k nějakému doktorovi zašel, když se necítíte pořád úplně v pohodě?
- M1-20** Ne, to ne, já na tom zas tak špatně nejsem, to ne. To já bych nešel, co bych jim řek? Že je mi líto, co se s manželkou stalo? Na to by mi řekli, že jim taky a bylo by. Víte, to bylo hrozný. Když s někým prožijete tolik let, jste s ním šťastnej, já byl opravdu spokojenej, vona byla taková ta ženská do nepohody, tak když přijde něco takovýho, tak na to není člověk připravenej. Ale je to už lepší, bylo to o hodně horší. Prostě žijeme, jak se dá. Ale já bych vod ní nikdy nevodešel, mám ji rád, jsem na ni zvyklej, kdyby tady nebyla, to by bylo moc špatný.
- T Hm, je vidět, že máte hezký vztah.
- M1-21** To jo, už jsme dědek s babčou, všechny ty radovánky, když byl člověk mladej, ty jsou za námi (pauza, zamyšlení), ale co, to je život.
- T Když se zeptám na hodně osobní otázku, ty radovánky znamenají intimní život?
- M1-22** Jo, přesně tak. Tak to víte, co v našem věku.
- T A změnilo se něco v těch, jak říkáte radovánkách třeba tou mrtvicí?
- M1-23** Tak to už ani nevím, možná jo, možná ne, asi jo, ale na tom ted' už nesejde (úsměv). Teda my tady rozebíráme téma (opět se pousměje, pauza). Víte, já vod doby, co byly holky malý a celej život jsem chtěl, abychom fungovali jako rodina, já jako nikdy neměl rád když někdo jako někoho podváděl, to není na mě.
- T A podařilo se vám to?
- M1-24** Já myslím, že jo.
- T Tak to je nejlepší zpráva na konec.
- M1-26** To už jsme u konce? To to uběhlo, ani to nebolelo (smích).
- T To jsem ráda, moc Vám děkuju.
- M1-27** Rádo se stalo, přeju vám hodně štěstí a hlavně zdraví.
- T Mockrát děkuju, nápodobně.

Žena 2 s afázií

- T Slíbila jste mi, že si se mnou zase po čase budete povídat. Můžeme tedy začít?
- Ž2(A)-1** Ano, určitě.

- T Děkuji, můžete mi říct, změnilo se něco ve Vašem životě od dodby, kdy jsme se neviděly?
- Ž2(A)-2** No, to určitě ano. Jsem starší (úsměv).
- T Tak to já pochopitelně taky.
- Ž2(A)-3** Byli jsme za synem, tak to jsem byla moc ráda.
- T Syn žije stále v Americe?
- Ž2(A)-4** Ne, ne, on teď v Anglie, Londýně. Tam mi byli, letěli za nimi s manželem, s manželem. To bylo jako moc hezké. Viděli jsme jak to povím, ty no hmmm vnuky, máme dva, to já byla šťastná nejvíc. Já viděla ty děti. My byli tam na týden, pak manžel měl zase práci.
- T A nebála jste se letět?
- Ž2(A)-5** Bála, to, to já říkala panu doktorovi, to dovolil, ale Amerika nedovolil mi, to daleko, to dovolená ne tak daleko, to nemůžu.
- T Hm. A jezdíte na nějaké výlety, na dovolenou u nás v Čechách?
- Ž2(A)-6** Ano, to ano, já autem nejedím, jen manžel, ale všude, všude mě doveze, kam chceme tady v Čechách. To hmmm, hmmm jinak nejdeme nikam cizina, to ne, to já (poklepává si na hrudník, na srdce). Na dovolenou my budeme, pojedeme no, no jak se to hmmm, no (povzdech, anomická pauza) teplo bude, no hmm létě. Na hory taky my pořád lyžujeme, ale, ale trochu málo než byl dřív.
- T A proč už lyžujete méně?
- Ž2(A)-7** No tak už starší, taky tohle (ukazuje na srdce), tohle hmmm to srce trochu mě zlobí (ukazuje, že buší), no chodím k lékaři s tím. Ale, ale on pravidelně kontroluje, tak já s ním radím, co můžu dělat sporty.
- T Hm a co tedy děláte za sporty?
- Ž2(A)-8** Lyže, to sjezdovky, taky na běžkách to v těch hmmm, no a zase, hmmm na horách, ale, ale (pauza) Jizerkách. To je hrozné, někdy nevím takové základní věci, to mě rozčiluje hrozně. To mám pořád.
- T Hmm a když máte tyto problémy, chodíte nějak na logopedii nebo na skupinovou terapii?
- Ž2(A)-9** Ne, nechodím už. Ale to, to vám musím říct. Já jsem byla vždycky skoro sama doma, manžel do práce chodí. Ale tak teď mám přítelkyni, ta stěhovala se sem k nám. To moc je chytrá a vzdělaná jak se řekne, no jako dáma. To já s ní se hodně hmm, jak no (anomická pauza) to jako že spolu my no, hmmm scházíme, to je hrozné, když nemůžu vzpomenout. Ona jmenuje se Jaruška, moc hodná, my hovoříme spolu, taky procházky chodíme, výstavu, kino někdy, divadla.
- T Tak to je perfektní zpráva.
- Ž2(A)-10** To ano, já nejsem sama pořád, to je moc příjemné (spokojený a radostný výraz). Ještě to řeknu já vám, Jaruška, ta má hodně známých, oni jako společně chodí výstavu, divadlo, kina.
- T Hm a chodíte třeba někdy s nimi?
- Ž2(A)-11** Ano, to právě. Já nejdřív to hmmm nechtěla, já stydět se tam jako že špatně někdy mluvím, ale, ale Jarka řekla mi ty neboj se a pojď (zamyšlení, pauza), tak šla tam samé hodné dámy.
- T Jak se mezi nimi cítíte?

- Ž2(A)-12** Hm, už teď dobře. Začátku bylo to těžké (pauza, zamyšlení), ale už nebojím se, ne ne nestydím, už nevadí mi, že mluvím tak prostě hůř, nikomu to nevadí, mi to nikdo neto, ne hmmm, no, neznačil, ne jak se to řekne?
- T Nenaznačil.
- Ž2(A)-13** Tak, ano, nenaznačil.
- T Tak to je bezvadné. A myslíte si, že vám to pomohlo i v tom mluvení, že máte přátele, před kterými můžete otevřeně mluvit?
- Ž2(A)-14** Ano, to určitě, já, já jsem méně jako teď nervovaná, ne nervózní, já nebojím se říkat něco, taky toho zvládnou říkat už víc, věty a tak (pauza) když jsem s nimi. Ona totiž Jaruška se mnou taky dělala jako hrály spolu hry.
- T Jaké hry?
- Ž2(A)-15** No jako na myšlení, pamětování, hlavně na mluvení.
- T Hm, a jaké hry na mluvení to například byly, vzpomenete si?
- Ž2(A)-16** Ano, ano, my to hrajeme pořád ještě. Tak třeba řekni co nejvíc slov na písmeno, třeba, třeba N.
- T Hmm.
- Ž2(A)-17** No, pak třeba, třeba se mě ptá, dává hádanky, nebo křížovky, taky, taky chodila se mnou do obchodu a já říkala tam prodavače, co potřebuju.
- T A jak jste to zvládala v tom obchodě?
- Ž2(A)-18** Tak to bylo ze začátku hrozné, já byla stydělá, nervózní, ale ale Jaruška byla tam se mnou a slíbila mi, že že hmmmm (pauza).
- T Co vám slíbila?
- Ž2(A)-19** Že hmmmm pomůže mi, když budu se cítit trapná.
- T A musela vám někdy pomáhat nebo jste to zvládla sama.
- Ž2(A)-20** Nejdřív já byla na tom moc špatně, chtěla mít napsané všechno, tak pomáhala mi, ale teď už je to lepší. Já nemám psané, řeknu to.
- T Hmm, to je dobře. Už s tím tedy nemáte problém?
- Ž2(A)-21** To mám, ale není to tak hrozné. Tam prodavači stejný, to tolik nemám problém. Ale já mám samoobsluha, ten supermarket, tam to je lepší mnohem. Tam nemusím nic říkat.
- T Hmm, a třeba na poštu, do banky, ke kadeřníci, k obuvníkovi, na úřad už jdete sama?
- Ž2(A)-22** Do kadeřnictví chodila sama hned, no spíš, spíš nechodila (pauza, úsměv), já nechodila skoro nikam, to bála. Poštu chodím, ale málo, banky nechodím, to manžel přes internet všechno dělá. Vlastně všechno skoro manžel.
- T Takže služby jako je například obuvník, malíř, opravář, instalatér, topenář a tak dále, to zařizuje manžel?
- Ž2(A)-23** Ano, ano, to to hmmm, to úplně cizí, to já bojím se. Jen (pauza, zamyšlení) jednou tady opravář pračku to, to jsem zvládla. Ale bylo mi, mi pocit jako velmi hmmmm neto hmmmm nepříjemně.
- T A s lidmi, které znáte, se bavíte normálně?

- Ž2(A)-24** Ty, které znám dobře, těm jak hmmm, no věřím, tam nemám problém. Oni to chápou. Ale když neznám, tak problém velký pořád.
- T Hmm, říkala jste mi, že máte jednu velmi dobrou kamarádku mimo Prahu.
- Ž2(A)-25** Mám, ale nebydlí v Praze, pořád na té , hmmm vesnici bydlí. To já jen když za ní jedu, tak se vidíme, jinak ne. Škoda, to bych chtěla ji vidět víc. Ale, ale nejde to. Já, já to, hmmm nejedím autem sama a nemůžu tam za ní jet jinak. Tak manžel mě veze za ní, ale málo.
- T Hm, to je škoda, ale teď máte ještě i jiné známé a kamarádky.
- Ž2(A)-26** Ano, to ano. Jaruška, to moc hodný člověk a ty ,ta taky. (zamyšlení, slzy v očích) promiňte.
- T Neomlouvajte se, to je v pořádku.
- Ž2(A)-27** Ona, ona mi pomohla moc a a a (pauza) a pomáhá. Je moc hodná, taky hmmm, to, no jak to říkat, to na ní je když něco slíbí, tak já vím, že to bude.
- T Takže je na ni ve všem spolehnutí?
- Ž2(A)-28** Tak, tak, to je ono.
- T Hmmm, tak to máte opravdu štěstí. Ještě jste mi minule říkala, že máte dobré vztahy se sousedkou, která má malou holčičku.
- Ž2(A)-29** No, ano. Ale, ale ta holčička hmmm, jmenuje se no, hmm, no Nikolka, už větší, paní do práce chodí, tak tolik nevidíme, ale ale taky mám ráda.
- T Takže spolu máte dobré vztahy?
- Ž2(A)-30** Normální, to, to hodná rodina.
- T A pomáháte si třeba mezi sebou?
- Ž2(A)-31** Kdyby hmmm potřebovali, tak by asi pomohli. Já, já pošu беру jim, to ano. Nevidíme se moc, každý má ty jak se říká, hmm no musí něco dělat, hmm po, po, povinnosti, vidíte to, nemůžu vzpomenout, to je hrůza.
- T Rozčiluje vás to, když si nemůžete vzpomenout?
- Ž2(A)-32** Ano, to ano. To mě pak líto, jsem nervózní, brečím někdy, ale, ale je ro lepší. Taky Jaruška pomůže, je všechno lepší.
- T To je moc dobře, moc vám to přeju.
- Ž2(A)-33** Děkuju.
- T Ještě mi, prosím, povězte, když jsme spolu mluvily minule, říkala jste, že chodíte s manželem do kina, divadla, na koncerty. Chodíte pořád?
- Ž2(A)-34** Ano, chodíme. Chodím taky s manželem, to já jedu metrem, tam na něj čekám a pak jdeme spolu.
- T Hmm, a jezdíte sama metrem, tramvají nebo autobusem po celé Praze?
- Ž2(A)-35** Tak to ne, já problém s hmmm, orientace. To já jenom jezdím tam, co znám, jinak ne.
- T Takže jinak jezdíte společně manželem nebo s kamarádkami?
- Ž2(A)-36** Ano, ano. Ale, ale já sama tooooo zvládnou chodit k panu doktorovi tady, za manželem do práce, nákup tady u nás, jinak ne. Knihovna na sídlišti zvládnou taky.
- T Chodíte často do knihovny?

- Ž2(A)-37** Často, já pracovala tam, to já knížky i časopisy, noviny mám moc ráda. Tam já i sednu a čtu v čítárně, ve studovně. To já si moc odpočinu.
- T A do knihovny, kde jste pracovala jezdíte?
- Ž2(A)-38** Hm, to málo. tady hodně, tam manžel když jde. Pak třeba někam ještě jdeme.
- T Kam třeba?
- Ž2(A)-39** Třeba projít, to my povídáme si. To manžel můj je hodný, on hmmm jako hmmm to tepelivost má se mnou, pomáhá, já ráda jsem, že ho mám. On není zlobivý, ne zlobivý, jak, jako že nezlobí se, když, když já něco neumím, mi nejde.
- T Jak na to manžel reaguje?
- Ž2(A)-40** To nic, to mi zvládneme (pauza, přemýšlí). Nebo, nebo se ptá, co je. Já, já protivná, to vím, někdy protivná, hmmm (skloněná hlava, povzdech). Ale, ale lepší to je než dřív.
- T Kdy dřív?
- Ž2(A)-41** Jako třeba když já nechodila k panu doktorovi psychiatrie, brečela, smutná byla jsem, protivná. Ted', ted' (pauza, odklonění hlavy doprava) lepší je.
- T Takže i manžel vám hodně pomohl.
- Ž2(A)-42** Ano, to určitě ano, nejvíc (pauza, zamyšlení, slzy v očích). Když já byla po té mrtvici, tak pomáhal mi jen on. Já ho vážím, to on jak se řekne no, hmmm, no (pauza, přemýšlí) charakterní člověk. Když já nemohla, tak on pracoval, staral se o všechno.
- T A ted' už hodně věcí zvládnete sama, že?
- Ž2(A)-40** Ano, ano, to ano. To já hmmmmm snažím se, ale dřív to děla hodně manžel všechno.
- T Jste s ním šťastná?
- Ž2(A)-41** Hmmm to to jako hmm (pohybuje palcem v dlani druhé ruky) šťastná, asi, asi no jak bych to řekla (pauza) spokojená, jsem s ním ráda. Ono, ono jak řeknu není vždycky jak se řekne hmmm, ty koláče tam, vele, veselí, no, no povícení (pauza, hluboký nádech, výdech), ale, ale (ťuká ukazovákem do stolu) ted' jsem opravdu spokojená.
- T Hmm a celkově v životě, jste šťastná?
- Ž2(A)-42** (Zamyšlení, povzdech) šťastná? No spokojená docela, to jsem, to jo. Ale ale chtěla já bych mluvit jako dřív, za syn častěji, do práce (pauza, mne si ruce), ale nejde to.
- T Ale v tom mluvení jste udělala velký pokrok.
- Ž2(A)-43** To ano, to taky Jaruška mi moc pomohla. Ale, ale hmmm, nesmím být jak říká neskromná. Jsem spokojená.
- T Tak to jsem ráda, přeji vám, ať vám ta spokojenost vydrží po celý život a děkuji vám za čas, který jste mi věnovala.
- Ž2(A)-44** Nemáte za co, já jsem ráda, že jste přišla.

Muž 2 (partner)

- T Tak nám uběhly dva roky a já se vás chci zeptat, změnilo se za tu dobu něco ve vašem manželském životě?
- M2-1 **V manželském životě? No asi ani ne, jsme s manželkou pořád spolu, snad můžu s klidným svědomím i říct, že jsme i spokojeni.**
- T Hm, tak to ráda slyším. A jak se daří manželce?
- M2-2 **Děkuji, myslím, že je to ve všech směrech lepší. Začala víc chodit mezi lidi, je taková sebevědomější, méně vystrašená, je taková pohodovější než byla ještě loni, předloni.**
- T Čím to je, že nastala taková změna?
- M2-3 **No, já osobně si myslím, jsem o tom přesvědčený, že je to tím, že se seznámila s jednou velmi sympatickou dámou, která jí doslova vytáhla mezi lidi. Ta žena se sem přistěhovala, je to původně snad nějaká pedagožka, takže má vztah k lidem a ta se s ní bavila a bavila, dokonce spolu snad trénovaly mluvení, dělaly nějaká i cvičení, která žena dostávala ještě na logopedii, luštily křížovky, četly knihy a vyměňovaly si názory a postřehy.**
- T Hm, tak to je báječná zpráva. Při té příležitosti se zeptám. Chodí manželka ještě na logopedii?
- M2-4 **Ne, to už nechodí, ale chodila vlastně několik let, skončila vloni, když se jí začala tak intenzivně věnovat ta nová kamarádka. Představte si, že spolu chodí i na všelijaké kulturní akce, do divadla, na koncerty, do knihovny. Taky ženu seznámila s nějakými svými kamarádkami a chodí všechny společně.**
- T Tak to je opravdu perfektní.
- M2-5 **To jo, já jsem osobně moc rád, protože, (pauza), protože dřív, když tady v podstatě s nikým nekamarádila, tak byla skoro pořád zavřená doma a nikam nechodila. Měla naučenou pouze trasu ke mně do práce, tak mi někdy přijela naproti a někdy jsme vyrazili. Teď je to o poznání lepší, je více akční, má pocit, že zase žije.**
- T Hm a spolu ještě chodíte do divadla, do kina, na výstavy?
- M2-6 **To určitě ano, já se kultury taky nevzdávám, velmi rád vidím skvělé představení, výstavu, to určitě ano. Ale, ale jsem rád, že v podstatě není žena závislá jen na mně.**
- T A jak si myslíte, že ji přijaly ty kamarádky té kamarádky?
- M2-7 **Mám pocit, že asi bez problémů. Kdyby s tím měly problém, tak by se asi stávalo, že by jednotlivé jejich akce rušily, ale to se nestává. Ono i vyjadřování mojí ženy se dost zlepšilo, tak si myslím, že nemají důvod, proč by ji měly vyčleňovat. Ale to je můj subjektivní pohled.**
- T Hm, a říkala vám někdy vaše žena, jak se v jejich společnosti cítí?
- M2-8 **No zpočátku měla problém, jak ji přijmou, aby nepůsobila trapně, aby jim nějak nenabourávala jejich vzájemné vztahy a tak. Ale myslím si, že už takové problémy nemá, ty ženy ji prostě přijaly a mám pocit, že se na jejich společná setkání vždycky těší.**
- T A vypráví vám o tom, co s nimi zažila?

- M2-9** Vypráví, to víte, že jo. Já se taky ptám, protože mě to zajímá. Jsem rád, když ona je spokojená. Nikdy, co je po té příhodě, mám pocit, že nebyla tak sdílná jako teď. Najednou je opravdu taková jako že uvolněnější.
- T** Hm a když by se měla setkat třeba s naprosto cizími lidmi a začít s nimi komunikovat, jak by to asi zvládala?
- M2-10** No tak to vám řeknu asi tak, má od té příhody prostě nějaký blok, že něco někde pokazí. Cizí lidi, to je velký problém. Když se baví s lidmi, které zná, tak to zvládá už opravdu docela v dobře, ale s cizími lidmi, to, je, jak bych to řekl, je to prostě pořád složitější.
- T** V jakém smyslu složitější?
- M2-11** Strašně se bojí, aby nevypadala nějak hloupě, směšně nebo nevím, jak bych to formuloval, s cizími lidmi by v podstatě nejradši nekomunikovala, to nechává na mně. Ale to není řešení. Snažím se jí alespoň trochu do nějaké situace, kde bude někdo cizí, tak trochu nastrčit, aby se musela starat. Ale v podstatě jí zezadu jistím, kdyby byla hodně v koncích, tak ji v tom samozřejmě nenechám. Ale, ale musím sebekriticky přiznat, že i na tomto, že alespoň trochu manželka odbourává stres ze setkání s cizími lidmi, i když ten ostych se v podstatě změnil jen minimálně, ale trochu ano, tak na tom má taky největší zásluhu ta nová kamarádka.
- T** Jak jste na to přišel, že je to hlavně její zásluha?
- M2-12** No, manželka mi vyprávěla o tom, jak šla spolu třeba nakupovat a ta kamarádka vždycky jako říkala manželce, ať se snaží svoji žádost si vyřídit sama. Byla tam pochopitelně s ní, kdyby komunikace nějak selhávala, ale nezajišťovala za ní nic, co by manželka nebyla schopná zvládnout. Tak proto na tom má ona ten největší podíl. Já jsem v podstatě suploval to, co ona nastartovala.
- T** A nějaké výsledky to přeci jenom přineslo?
- M2-13** To asi ano. Už byla dokonce schopná, když se nám rozbila pračka, aby byla s opravářem doma sama. To dřív ani náhodou. Ale mohla by se asi snažit a prosazovat daleko víc.
- T** Tak to je dobře, že se to zlepšuje. A povězte mi, jak nese manželka to, že už nechodí do práce? Pracovala v knihovně, práci měla velmi ráda.
- M2-14** To nesla moc špatně hlavně ze začátku (pauza), no když se zamyslím, tak v podstatě do té doby, než se seznámila s tou kamarádkou. Teď už si myslím, že se jí sice občas zasteskne, ale už to není tak dramatické, má nové známé, tak má ten den něčím zaplněný, má se na co těšit, něco zažívá (pauza).
- T** A už dokáže jezdit po Praze sama?
- M2-15** Tak to ne, to je pořád problém, ale s tím se dá žít. Má naučených několik tras, které zvládne. V podstatě je to o tom, že mi jede třeba naproti do práce, to není problém, ale jinak bych se do nějakých velkých experimentů nepouštěl. Ale teď jezdí s tou kamarádkou, která je v důchodu, tak můžou cestovat, kdy se jim zachce, není závislá na mě tak, jako tomu bylo dřív.
- T** Hm a za tou letitou kamarádkou, která žije mimo Prahu, za tou stále sama nejezdí?

- M2-16** To ne, to opravdu není možný. Manželka má špatnou orientaci, nemá ani řidičák. V tom je odkázaná zcela na mně. Když si vezmete, že já ještě pracuji a v práci bývám opravdu do večera, tak není v podstatě, kdy se za ní vypravit. Zbývají pouze víkendy a to se mi moc nechce. Vidí se opravdu velmi zřídka. Dřív ji to hodně vadilo, ale teď si myslím, že s to zlepšilo tím, že má jiné známé.
- T Dřív si telefonovaly.
- M2-17** To ano, to si telefonují i teď, to zase ne, že by ji vyloučila ze svého života, myslí na ni často, často si volají, ale už není tak smutná, že se nevidí. Ono upřímně, když bych měl čas tam jet, tak se mi fakt moc nechce, tam není kam jít a já jsem člověk, který rád tráví čas nějak aktivně, celý týden sedím v kanceláři, živím se hlavou, tak si potřebuju trochu ulevit třeba sportem, divadlem, výlety a tak.
- T Jaký sport děláte?
- M2-18** No od všeho něco, ale já se snažím, abychom s manželkou sportovali spolu. V zimě jezdíme na lyže, v létě kola, brusle, plavání, výlety. Dřív jsem lezl po skalách, teď už ne, za prvé už jsem starší člověk, za druhé je mi líto nechávat manželku někde samotnou a nevímat si jí, to by musela zůstat doma, protože sama jít nikam nemůže, to by se ztratila. Skály mám rád, ale teď si je prohlížím a kochám se ze země, to je taky krása, ne?
- T To určitě. A máte ještě nějaké společné zájmy s manželkou?
- M2-19** No jak jsem už říkal, kultura a ten sport, no a pak taky knížky, ty máme taky rádi oba. Chodíme do knihovny, tam se nám líbí, je to neskutečný relax, prohrábnout se hezkou knížkou. Já když to tak vezmu, tak my v podstatě děláme skoro všechno společně, máme společné zájmy, které máme už z dob mládí, v tom se nic nemění. Děláme všechno, jen musíme brát trochu ohledy na to, že manželce trochu hapruje srdce, tak abychom to nepřehnali, ale, ale to je samozřejmé. Já už taky začínám mít všelijaké neduhy, prostě děláme asi všechno s mírou. Když tak přemýšlím, jediné, co jsme asi trochu omezili, to jsou dlouhé pochody, dřív jsme hodně chodili po horách, teď to není tak intenzivní. Já jsem byl totiž zapálený horolezec, to byl opravdu můj velký koníček, to ale manželka nikdy takhle po horách nelezla, to jsem jezdil sám.
- T Hm, to je správný přístup k věci. Do trávení volného času by se dala zahrnout i dovolená, jezdíte někde?
- M2-20** Jezdíme, jezdíme, hlavně tady po Čechách, tady je nádherně. Jinak, jinak se nikam vzhledem k tomu srdci a všem těm okolnostem kolem zdravotníka manželky nejezdíme nějak daleko, nějaké daleké lety a tak, tak to určitě ne. Ale představte si, že náš syn, který žil roky v Americe, se přestěhoval do Evropy, teď jsou v Anglii a my jsme tam s manželkou za nimi byli. To si neumíte představit, jak byla žena šťastná, v podstatě se jí splnil sen.
- T A to jste se vydali jen tak bez konzultace s lékařem?
- M2-21** To ne, to samozřejmě věděl ošetřující lékař, to bychom si nedovolili, protože třeba cestu za oceán, tu jednoznačně nedoporučil. Ale tady to nám dovolil. Měli jsme tedy trochu strach, jak to dopadne, ale vše bylo

naprosto bez problémů, jsou to dvě hodiny letu, to není tak moc, ale stejně, červíček hlodal.

T A jezdí syn s rodinou za vámi?

M2-22 Několikrát tady byli, ale to víte, je taky hodně vytížený, má malé děti, ale několikrát tady byli. To je pro ženu taky vždycky taková vzpruha, neuvěřitelné štěstí, vnoučata, který znala z obrázku, si najednou může obejmout, pohladit, pochovat. Na druhou stranu samozřejmě tím, že jsou mimo republiku, je to setkávání podstatně menší, než bychom si představovali, než by bylo asi, kdyby byli v Čechách, ale zase je to lepší, než když byli v Americe, to bylo naprosto ztracené.

T A vy se z rodiny stýkáte jen se synem, nebo ještě s někým jiným?

M2-23 V podstatě se synem. Rodiče už nemáme ani jeden z nás, sourozence taky nemáme, byli jsme s ženou oba jedináčci. Máme sami jen jednoho syna, takže příbuzenstvo typu strýčkové, tetičky, to nenavštěvujeme.

T Takže teď je manželka celkově ve větší pohodě než byla třeba před těmi dvěma lety?

M2-24 Tak to zcela jednoznačně, to se nedá srovnat. Ale samozřejmě, že naše mladé nevidí tak často, jak by si přála, to určitě ne, ale je bez pochyby spokojenější než když byl v Americe. Z Anglie sem může v podstatě přijet kdykoli a není problém, pokud pominu tedy jeho časovou vytíženost.

T A nějaké přátele, se kterými byste se stýkali, to máte?

M2-25 Já mám kolegy v práci, troufám si říct, že jsou mými přáteli, se kterými občas vyrazíme třeba na večeři, ale to je spíš zřídkka, jinak já v podstatě nikoho ani moc nevyhledávám, vím, že kdybych něco potřeboval, vím kde je najdu a pomůžou mi kdybych chtěl. Určitě bychom se mohli scházet častěji, ale já nemám tu potřebu. Pro mě je důležité, že ty lidi někde jsou, že o nich vím, vidím je v práci, tak se nemusíme scházet nějak intenzivně ještě mimo práci ve volném čase. A manželka? Tak ta má teď Jarušku, myslím, že je s ní a s těmi dalšími přítelkyněmi dobře, ona jakoby celá tak nějak rozkvetla, není pořád vystresovaná, má prostě někoho, s kým může být během dne, když já nejsem doma.

T Když mluvíte o té větší pohodě, dochází manželka ještě na psychiatrii?

M2-26 Ano, ano, tam chodí pořád, ale já to neberu jako něco špatného.

T Já se taky neptám proto, že bych si myslela, že je to něco špatného.

M2-27 Hm, já si myslím, že je to v pořádku, když člověk takový nějaký problém má a někdo mu dokáže pomoci, tak je to v pořádku. Manželka tam teď v podstatě chodí jen pro léky, jinak žádný větší problém nepozoruju. Ona není tak vynervovaná, lítostivá, dobře spí, nemá takové ty stavy, že by si snad chtěla něco udělat, to je naštěstí za námi, je prostě docela v pohodě, nemá ty stavy, kdy jenom brečí nebo nekomunikuje, začala dobře spát, jíst, je prostě ve větším klidu. Někdy ji samozřejmě popadnou chmury, je rozladěná, lítostivá, ale je to lepší, už nemá ty deprese.

T Tak to moc ráda slyším. A jak to prožíváte vy?

- M2-28** **Já? Tak deprese to určitě nemám (pousmání), to ne, ale občas se mi tak zasteskne, jsem z toho smutný, je mi to líto, ale na druhou stranu jsem rád, že manželka začala alespoň takto fungovat, jsem asi klidnější než jsem byl těsně po té příhodě, ale že bych se s tím úplně vyrovnal, to ne. Prostě je mi to líto, někdy je to horší, někdy lepší, ale určitě to není tak, že bych se s tím úplně vyrovnal, to ne. Ale zase to nechci nějak přenášet na ni, jsem rád, když ona je v pohodě, takže, takže (pauza, přemýšlí), že bych by třeba rozladěný nebo naštvaný, podrážděný vůči ní, tak to opravdu nedělám. Manželka je prostě pořád lítostivá a tím bych jí určitě nepomoh.**
- T To máte pravdu. To určitě ne. A teď se ještě zeptám na takové ožehavé, velmi intimní téma.
- M2-28** **Ptejte se.**
- T Jak možná víte, před těma dvěma lety jsem se vás ptala na váš intimní život.
- M2-29** **To ano, to si vzpomínám.**
- T Ptám se vás tedy i teď. Pokud ale nechcete odpovědět, máte na to samozřejmě právo, zlobit se nebudu. Jen Vás chci znovu ujistit, že vaše odpovědi budu zcela anonymně vyhodnocovat, což ostatně víte.
- M2-30** **Ano, ano, tak tedy. Možná jsem vám říkal, že po té příhodě se náš, náš, prostě neměla zájem o nic, tím spíš o nějaký sexuální život. Ten se zcela změnil, manželka pod vlivem všech negativních zážitků, k tomu deprese, špatná nálada, rozladěnost (pauza, zamyšlení), prostě bylo to všechno velmi náročné, náš sexuální život se odsunul někde na druhou kolej, byla to doba ne příliš radostná. Byl jsem taky ještě poměrně mladý člověk, vynervovaný z toho, co se stalo, na druhou stranu jsem potřeboval pochopení a (pauza, nadechnutí), a, a prostě (je patrná výrazná nervozita). Ale (pauza, zamyšlení, přejíždí si nervózně rukou po obličeji), ale to je pryč. Asi se to mělo stát, ale, ale (hluboký nádech, pauza, skloní hlavu) co dodat. Teď už je to snad u nás doma všechno v pořádku. Mám pocit, že je to v pořádku, nemyslím si, že by to bylo teď horší díky onemocnění manželky, to ne. Je to o partnerství, toleranci, snad i o důvěře, asi tak bych to řekl.**
- T A jak to celé prožívala manželka?
- M2-31** **Jak? Věděla to, věděla, ženy na to mají asi větší čich, byla to doba dosti nepříjemná tím, co se stalo jak manželce, tak vlastně ve vztahu. Snad se s tím vyrovnala, snad, (dlouhá pauza), snad mi odpustila.**
- T Hm a myslíte si, že je šťastná?
- M2-32** **To neumím odhadnout, snad někdy zažívá pocity štěstí, to asi každý z nás, ale myslím, že je poměrně spokojená, to si myslím, že určitě ano.**
- T Díky, a teď na úplně jiné téma. Máte vzhledem k onemocnění Vaší manželky větší finanční výdaje?
- M2-33** **Já o tom moc nepřemýšlím. Mám poměrně slušný příjem, nemusím počítat každou korunu jako někteří. Vzhledem k tomu, že si můžeme v podstatě dovolit plus mínus vše, co nás zajímá, co potřebujeme a tak dále, tak nás to asi nijak výrazně nezatěžuje. Samozřejmě, že ty výdaje jsou větší, ale nejsem z toho nějak znepokojený, všechno je v pohodě. Na tom, abych zaplatil lékařskou péči, na to skutečně mám a za**

manželku bych ty peníze vždycky obětoval. Potřebuje tom, má to, není co řešit. V podstatě jde pouze o poplatky u lékaře, o zaplacení či doplacení léků, s čímž já osobně souhlasím, jinak nepotřebuje nic nebo něco, co by bylo nějak závratně finančně náročné, nemá žádné zvláštní pomůcky nebo něco takového.

T Když jsme spolu mluvili posledně, říkal jste mi, že manželka nechodí ani na skupinovou logopedickou terapii ani nejezdí na rekondiční pobyty. Jak je to teď?

M2-34 Ano, to je v podstatě pořád stejné. Nebyla tam ani jednou a myslím, že to tak prostě už zůstane. Pořád totiž nedokáže navázat kontakt s cizími lidmi, má s tím problém. Když už je potom s někým delší dobu, tak to jde, ale to první setkání je pro ni neskutečně stresující. I z toho důvodu si myslím, že se do akcí typu rekondiční pobyty a tak prostě nepustí.

T Hm, to je škoda, ale musíme respektovat její rozhodnutí. Ještě se chci zeptat. Bydlíte stále v paneláku, jaké máte teď sousedské vztahy?

M2-35 Víte, já se tady s nikým moc nestýkám, vím, že tady ti lidé bydlí, u některých dokonce vím, jak se jmenují, ale to je tak všechno. Víc vím pouze o našich přímých sousedech tady na patře, jsou to mladí lidé, mají malou holčičku. Když byla paní na mateřské, tak se s manželkou asi docela stýkaly, to vím, to manželka vždycky vypravovala. Ted' už paní začala chodit do práce, tak nemá tolik času. Manželka si taky naštěstí našla tu kamarádku Jarušku, jsou to vrstevnice, mají společné zájmy, tak jsem spokojený.

T A přes to se ještě zeptám. Vídá se vaše manželka někdy s tou paní sousedkou?

M2-36 To určitě jednou za čas si popovídají, manželka má moc ráda tu jejich holčičku. Já tu paní osobně skoro neznám, ale působí velmi příjemně, myslím, že manželce docela hodně pomohla, když ještě nechodila do práce.

T Tak a my jsme dospěli až do konce, jsem ráda, že jste si na mě udělal čas a poskytl mi rozhovor.

M2-37 Nemáte za co, kdybyste v budoucnu potřebovala, klidně se na nás obraťte.

T Děkuji, to je moc milé.

Muž 2 s afází

T Jé, vy máte krásného pejska.

M2(A)-1 Míša.

T Jste rád, že ho máte?

M2(A)-2 Ale jo (bez zájmu).

T Chodíte s ním někdy ven?

M2(A)-3 Ne, Jítkou, nebaví.

T Proč vás to nebaví?

- M2(A)-4** To každej čumí, jak máš. Jak mám, jak, jak (podrážděně ukazuje na vozík, na stále zcela plegickou ruku, nohu a na ústa).
- T Vadí vám, že nemůžete chodit a hůř se vám mluví, to chápu.
- M2(A)-5** Jo, hrozný. Doma, to nevotravuje řeči (slzy v očích). Nemůžu nic, to hrozně smutný (pauza, otírá si oči zalité slzami). To samo, já to omluvím.
- T To je v pořádku, neomlouvajte se (chytám ho za ruku). A co děláte tady doma?
- M2(A)-6** Ležím.
- T Hmm a když neležíte?
- M2(A)-7** Sedím.
- T Čtete si, díváte se na televizi?
- M2(A)-8** Jo.
- T Co čtete rád?
- M2(A)-9** Nic.
- T Vás nebaví číst?
- M2(A)-10** Ne, nebaví (opět podrážděně).
- T A co děláte, když nečtete?
- M2(A)-11** Spím, Jitka povím.
- T Hmm, to je důležité. A povídáte si rád?
- M2(A)-12** Jo, to jo, vona hodná, vážím hmmm, hmmm, To, to hmmm já to nevím říkal (pauza) dělá to všechno doma.
- T Dělá úplně všechno?
- M2(A)-13** Jo. Já, já ne. Jitka říká, já bázím, vona hmm, hmmm nezuvní, to hmmm to (ukazuje umýt se) já nejde to ne, to hmmm Jitka dělala, no hmmm, hmmm jak říká, ta, ta jak jde sem tady, pomůže.
- T Kamarádka pomáhá manželce?
- M2(A)-16** Jo, ale ale, ta jak říká, tak auto to hmmm jede, pomáhat.
- T Někdo přijede? Pečovatelka?
- M2(A)-17** Jo, jo, pomůže, vona Jitka belí záda, já, já nejde to.
- T Nemůžete se umýt sám, tak vám pomůže manželka a pečovatelka?
- M2(A)-18** Hmmm, ne, to ne (opět ukazuje podrážděně na ruku a nohu).
- T Hmm a děláte něco s manželkou společně?
- M2(A)-19** Hmmm, jedeme holce, taky, taky hmmm, no hmmm Máňa.
- T Jezdíte za dcerou a za sousedkou Máňou?
- M2(A)-20** Jo.
- T A k nim jezdíte rád?
- M2(A)-21** Ale jo, to jo.
- T A jezdíte někdy třeba do města?
- M2(A)-22** Co? (udiveně)
- T Jestli jezdíte do města na nákup nebo k panu doktorovi?
- M2(A)-23** Jo. Doktor. Ale nebaví, nechci (podrážděně kroutí hlavou). Nákup ne, holka jezdí, to.

- T Proč nechcete?
- M2(A)-24 Nebaví tam. Tam ty lidi čumí, naradovat.**
- T A na logopedii chodíte?
- M2(A)-25 Ne, hmmm jak řeknu, ročilelo mě to, to to Jitka furt říkala mi, hmmm, to jak učit se, muluvis.**
- T Hmmm, chtěla vám pomoc.
- M2(A)-26 Jo, to jo. Já ale ne, nebavilo.**
- T Hm a co vás baví?
- M2(A)-27 Nic.**
- T Vůbec nic?
- M2(A)-28 Ne (rezolutně)**
- T Dřív se vám líbil časopis Dům a zahrada.
- M2(A)-29 Mám radovat, hmm (konečně pozitivně). Tam zaradě, stromy, vobrázky hmmm hezký.**
- T Tak ten čtete?
- M2(A)-30 Jo, Jitka taky číte já.**
- T Co vám čte?
- M2(A)-31 No hmmm to.**
- T Jste rád když vám čte?
- M2(A)-32 Jo.**
- T A povídáte si o tom, co jste přečetli?
- M2(A)-33 Hmm, to jo, to jo.**
- T To je dobře. A chodíte třeba do knihovny?
- M2(A)-34 Ne. To holka donese hmmm ty knihovny nebo to hmmm ty no, hergot hm tam ty ne knížky.**
- T Časopisy?
- M2(A)-35 Jo, hrozný, hlava (ťuká si rozzlobeně na hlavu).**
- T A povídáte si s manželkou často?
- M2(A)-36 Jo, to jo, to já radováním.**
- T Hm a o čem si povídáte?
- M2(A)-37 Tak, všechno.**
- T A co ještě děláte s manželkou?
- M2(A)-38 Kouká televize.**
- T Jezdíte na dovolenou?
- M2(A)-39 To ne, to ne (opět ukazuje na vozík).**
- T A na procházku třeba s manželkou jdete?
- M2(A)-40 Ne. Nikam nejdu, doma tady.**
- T Ani s pejskem nejdete ven?
- M2(A)-41 Ne.**
- T A chodí k vám někdo na návštěvu?
- M2(A)-40 Souseda chodí, jinej ne, děti, jo choděj.**
- T Kuba, Kája, Honzík, Martina taky chodí?

M2(A)-41 Jo, to tady ten, hmmm vááááá, váááá, no hmmm do prdele hmmm randál. To já rád když to (ukazuje ke dveřím)

T Když odejdou?

M2(A)-42 Jo.

T Ale vidíte je rád, ne?

M2(A)-43 Jo, to jo.

T Tak to je dobře. Tak já vám moc děkuju, že jste si se mnou povídal.

M2(A)-44 Jo, prosim.

Žena 2 (partnerka)

T Můžu se zeptat, co se změnilo od doby, co jsme se neviděly?

Ž2-1 U nás to zůstává všechno při starým, tady se nemění snad nic, manžel je pořád nervózní, vzteklej, nic ho nebaví, je to takovej starej morous. Jsem z toho fakt docela unavená, ale co mám dělat, je to můj muž, mám ho ráda (slzy v očích), ale je to náročný čím dál víc, cejtím, že už někdy fakt nemůžu, ale musím. Koupila jsem pejska, říkali mi, zkus to, třeba bude mít radost a zabaví se s ním. No, tak to nevyšlo. Myslela jsem si, že třeba budeme chodit ven na procházku s tím naším Míšou, ale manžel nechce.

T Proč?

Ž2-2 Protože má pocit, že na něj někdo pořád kouká, že se bude na něco ptát a tak.

T A myslíte si, že to tak opravdu je, že by se ho všichni ptali?

Ž2-3 Nevím, nemyslím si to, tady všichni věděj, jak na tom je, je to tady malá vesnice, ale já ho prostě nepřesvědčím, to je těžký. Do města by taky nejel. To když má jít k doktorovi, tak to je vždycky hrůza, je nervózní, má strach, že bude muset někde něco říkat, že si ho budou všichni prohlížet, hrůza je to. Už (pauza, ztiší hlas, skloní hlavu) to přestávám zvládat, ubývají mi síly, už jsem taky stará, mám svoje problémy, je to těžký (smutně, delší pauza). Byla u nás taky jednou pečovatelka, nějak jsem to sama fakt nezvládla, ale je mi to tak jako nepříjemný, jsem nejraděj s tátou jako sama.

T Ta pečovatelka tady byla jenom jednou?

Ž2-4 No, když já jsem potřebovala jet k doktorovi, dcera nemohla přijít, sousedka taky ne, tak jsem poprosila tu pečovatelku, ale bylo to divný, neměla jsem dobrej pocit z toho.

T Proč? Nemáte pocit, že by vám ta pečovatelka ulehčila trochu práci, abyste si mohla trochu vydechnout a nabrat síly?

Ž2-5 Tak to nevím, já, já mám pocit, že to s ním nikdo stejně nezvládá tak, jako já, já si to dělám stejně nejradši sama. S našim tátou je to hrozný, pořád u něčeho brblá, je podrážděnej, hrozně náladovej, tak je někdy nepříjemný, ale ale, ale (pauza, opět slzy v očích, skloněná hlava). Prostě je to s ním těžký.

- T Hm, a zajímá ho alespoň něco?
- Ž2-6** Já mám často pocit, že ho nezajímá nic. Nejradši by tady jen polehával, posedával, když po něm něco chci, tak je vzteklej a pořád ukazuje na tu bezmocnou ruku a nohu, někdy mám pocit, že ze sebe dělá většího chudáka, než ve skutečnosti je, ale, ale možná že mu křivdím. To se těžko vodhaduje.
- T Hm a opravdu ho nebaví vůbec nic? Co tedy dělá?
- Ž2-7** No aspoň teď někdy čte, to jo. Ale někdy si myslím, že tomu moc nerozumí, co vlastně čte. Když se ho třeba pak na něco ptám, tak neví a zase je vzteklej. Ale někdy se stane, že dokonce si o tom má snahu povídat, někdy mu něco čtu i já. To má asi nejvíc rád. Pak si o tom povídáme. tak to jsou tak příjemný chvílky. Je to těžký, ale co se dá dělat. Ale, ale spolu si docela povídáme, když mám čas, tak jo. Ale (pauza), ale já mám pořád hodně práce s barákem, kolem kuchyně, domácnosti, kolem táty taky. Někdy jsem tak unavená, že bych si šla nejradši lehnout.
- T Hm, to vám věřím. A máte pořád tu kamarádku, se kterou si můžete třeba popovídat, když je vám těžko?
- Ž2-8** To mám, to je ženská, ta mi pomáhá hodně, taky s tou je táta schopnej si promluvit, taky umí dělat srandu, je to tak. Tam někdy jdu na kafe nebo jen na kus řeči, někdy jde táta dokonce se mnou, nebo chodí ona k nám. Tu má rád, na tu není tak protivnej.
- T Hm a má radost, když přijdou děti a vnoučata?
- Ž2-9** Ale jo, to je taky rád, když přijdou, to von je má rád, ale má rád svůj klid, tak je taky rád, když odejdou. Ale já taky tak někdy, vono děti jsou z toho asi taky tak nervózní, holka, dřív jako mi holka hodně pomáhala, teď taky nemá tolik času, má svoje děti. Někdy říká, tady se všechno motá kolem táty pořád. Ale to nemyslí určitě vážně (zamýšlí se, skloní hlavu, hraje si s rukama). Je to těžký, kdo to nezažil tak neví (ztiší hlas, otírá si slzy). Občas pro nás dcera přijede a jedeme se podívat k ní, ale to moc málo, spíš jezděj někdy děti k nám. To jako když přijedou, tak je tady sranda hlavně s těma mladejma. Ale to je tak jediný, kdy táta někdy jede, když jedeme k holce naší, jinak sedí pořád doma.
- T A vy někdy chodíte?
- Ž2-10** Já? Já se nedostanu vůbec nikam, jsem pořád s ním. Když, tak jdu jen třeba se psem na chvíli ven, do parku, do lesa nebo za sousedkou, ale jinak nikam. Táta má u sebe mobil, kdyby něco bylo potřeba, tak mi zavolá. To jdu tak na půl hodinky, dýl ne, to mám strach, aby se mu něco nestalo, on si sám neudělá nic, na všechno potřebuje pomoc, tak to víte, to se nikde zdržovat ani nemůžu.
- T A že byste šla třeba do divadla nebo na koncert nebo třeba na nákup do města?
- Ž2-11** Když bych někdy šla, tak tady musí někdo bejt. Byla jsem jednou v divadle se sousedkou, tátu tady hlídala naše holka, ale neměla jsem stejně klid, stejně jsem myslela na to, co je doma, to pak nemá cenu, to jsem radši doma.
- T A kam chodíte nakupovat?

- Ž2-12** Tady u nás na vesnici, ale je to tady docela drahý, těch peněz nemáme zrovna moc, tak musím počítat. Tady chodím tak pro housky a pro to nutný, co potřebuju. Na velké nákup nám jezdí dcera nebo někdy kluk, já jim napíšu, co potřebujeme a oni mi to přivezou. Já tady tátu nenechám. Žijeme jen z důchodu, ale my toho zase tolik nepotřebujeme. Ale ono jídlo stojí hodně, léky pro tátu, taky ty cesty k doktorovi, teď už i pro mě léky, taky ty všelijaký věci v těch zdravotnickém potřebách pro tátu, všechno něco stojí. Taky když jsme přestavovali ten barák, to jsme tedy utratili hrozně moc, asi by to chtělo ještě výtah, ale na to není. Musím hodně počítat, ale zase nejsme na tom tak hrozně, to ne, my jsme si něco našetřili když jsme chodili do práce a celý život jsem musela počítat, nikdy jsme nebyli milionáři, tak s tím nemám zase až takovej problém.
- T** A je něco opravdu velký problém?
- Ž2-13** No jak jsem říkala, manžel, to je problém, hlavně to, že je strašně zatvrzelej, nic nebude dělat, cvičit nebude, na logopedii chodit taky nechtěl, třeba by mu to pomohlo, mě se zdá, že je to s tím mluvením horší než to bylo, ale pod nátlakem ho někam rvát, to nejde, do lázní prostě taky nepojede, nic, nic, nic. Někdy mám pocit, že se z toho musím zbláznit, ale vždycky to nějak vydržím, co mi zbejvá.
- T** Hm, je to opravdu těžké. Když jsem s vámi mluvila posledně, říkala jste, že jste si byla pro léky na nervy. Berete je i teď?
- Ž2-14** Jo, ty beru pořád, pan doktor říkal, že je nemůžu jen tak vysadit, když třeba se zrovna cejtím líp, tak ho poslouchám, on tomuto rozumí. Kdybych je nebrala, tak už bych byla asi v blázinci. není to fakt vůbec lehký, ale abych ho někam dala, tak to ne, to ne.
- T** Hm. Ještě se zeptám, má váš manžel nějakého kamaráda?
- Ž2-15** Nemá, on měl nějaký známý, když byl na stavbě, ale ty za ním nechoděj, jinak nemá žádný známý nebo kamarády. To, to ho taky asi mrzí, to je jasný. Ten jeho kamarád, to byl manžel od Marušky, tak ten nežije a jinýho takovýho opravdovýho kamaráda nemá.
- T** Ještě, že za ním občas přijde Maruška, že?
- Ž2-16** To jo, to je taková veselá ženská, s tou je hned v baráku plno. Ale vždycky mi říká, že je asi něco jinýho, když přijde na chvíli nebo když s ním sem tady celý den. Já ale mám největší klid, když se vo něj starám úplně sama. když by se do toho někdo motal, tak jsem akorát nervózní.
- T** Tak to určitě. A co třeba během dne spolu s manželem děláte?
- Ž2-17** No nejvíc si povídáme, někdy čteme, taky koukáme na televizi. To je tak všechno. V létě chodíme ven na zahradu, to teď nejde, už se těším, až bude hezky, aspoň se manžel dostane taky ven, aspoň na tu zahradu (povzdech).
- T** Když mluvíte o zahradě, má manžel pořád rád ten časopis Dům a zahrada?
- Ž2-18** No to má asi nejradši, jinak toho moc nepřečte. Ono ho zajímá hlavně to, že jsou tam obrázky, s tím čtením to není žádná sláva, dřív se vymlouval na to, že mu slzej oči, že nemůže číst, ale nečte ani teď, je to špatný, ale to už jsem říkala.

- T Hm, to ano. Tak a jestli si vzpomínáte, minule jsem se vás ptala na velmi intimní otázku.
- Ž2-19** **To to si pamatuju, říkala jsem vám, že se o tom s nikým nebavím, ale řekla jsem vám to, řeknu to i dneska. V podstatě se doslova a do písmene neděje nic, v tomhle směru s manželem od té doby, co měl mrtvici, nežijeme. Ale to mě fakt dneska netrápí, to vám řeknu úplně s klidem. Jsme starý lidi, tak co, stejně by to bylo možná i bez té mrtvice, ale to nevím.**
- T Hm, moc vám děkuji za upřímnost a za to, že jste se mi věnovala váš čas.
- Ž2-20** **Nemáte za co, to už jsme u konce?**
- T Ano.
- Ž2-21** **To nám to dneska nějak uteklo, ani to nebolelo.**
- T Tak to jsem ráda.

Příloha č. 5 – Deníky

Respondentům byl k deníku přiložen průvodní dopis s návodem, jak deník vyplnit. Text dopisu viz níže.

Vážená paní, vážený pane,

prosím Vás, abyste po dobu jednoho týdne (7 dní) do přiloženého deníku zapisoval(a) všechna setkání s lidmi (např. přítel, známý, soused, lékař, prodavač, kadeřník, opravář, terapeut, rodinný příslušník atd.), která se uskuteční mimo prostředí Vašeho domova.

Na každý den je vyhrazený jeden list papíru, do kterého prosím zapisujete, s kým, kdy, kde a proč jste se setkal(a).

Pokud je pro Vás zápis příliš náročný, je možné, aby za Vás zápisy prováděl(a) partner/ka.

Velmi si vážím toho, že jste se i přes starosti, které Vám každodenní život přináší, rozhodl(a) zúčastnit se tohoto průzkumu.

Za spolupráci srdečně děkuji.

Dana Vondrášková

Deníky páru číslo 1

Muž M1 (A)

1. DEN – Muž M1 (A)				
Čas setkání	Délka komunikace	Vztah k osobě s afází	Místo setkání	Důvod setkání
7 – 7.05	7 – 7.05	prodavač	trafika	noviny
7.10 – 7.25	-	cestující	MHD – tramvaj	cesta domů do práce
7.30 – 11.30	7.30 – 11.30	zaměstnanci	továrna	zaměstnání
11.45 – 12	-	cestující	MHD – tramvaj	cesta z práce
17 – 17.35	-	cestující	MHD – tramvaj	cesta na hokej
18 – 19	18 – 19	kamarádi	stadion	hraní hokej
19.30 – 20.30	19.30 – 20.30	kamarádi	restaurace	pivo
20.45 – 21.30	-	cestující	MHD – tramvaj	cesta domů

2. DEN – Muž M1 (A)				
Čas setkání	Délka komunikace	Vztah k osobě s afází	Místo setkání	Důvod setkání
7 – 7.05	7 – 7.05	prodavač	trafika	noviny
7.10 – 7.30	7.10 – 7.30	prodavačka	obchod	nákup
12-14	13.45 -14	doktor	poliklinika	kontrola
14.10 – 14.35	-	cestující	MHD – tramvaj	cesta k synovi
14.45-17	14.45-17	rodina	byt syna	návštěva
17 – 17.45	-	cestující	MHD	cesta domů

3. DEN – Muž M1 (A)				
Čas setkání	Délka komunikace	Vztah k osobě s afází	Místo setkání	Důvod setkání
7 – 7.05	7 – 7.05	prodavač	trafika	noviny
7.10 – 7.25	-	cestující	MHD – tramvaj	cesta domů do práce
7.30 – 11.30	7.30 – 11.30	zaměstnanci	továrna	zaměstnání
11.45 – 12	-	cestující	MHD – tramvaj	cesta z práce
17 – 17.35	17 – 17.35	manželka	MHD – tramvaj	cesta na bazén
18 – 19	-	neznámí	stadion	plavání
19.30 – 20.15	19.30 – 20.15	manželka	MHD	cesta domů
20.30 – 21.15	20.30 – 21.15	soused	byt souseda	vyřízení vzkazu

4. DEN – Muž M1 (A)				
Čas setkání	Délka komunikace	Vztah k osobě s afází	Místo setkání	Důvod setkání
7 – 7.05	7 – 7.05	prodavač	trafika	noviny
7.10 – 7.30	7.10 – 7.30	prodavačka	obchod	nákup
19 – 20.30	-	prodavači	supermarket	nákup velký

5. DEN – Muž M1 (A)				
Čas setkání	Délka komunikace	Vztah k osobě s afázií	Místo setkání	Důvod setkání
7 – 7.05	7 – 7.05	prodavačka	trafika	noviny
7.10 – 7.25	-	cestující	MHD – tramvaj	cesta do práce
7.30 – 11.30	7.30 – 11.30	zaměstnavatel	továrna	zaměstnání
11.45 – 12	-	cestující	MHD – tramvaj	cesta z práce
17 – 17.35	-	cestující	MHD – tramvaj	cesta na hokej
18 – 21	18 – 21	kamarádi	stadion	hokej
21.20 – 22.10	-	řidič, cestující	MHD	cesta domů

6. DEN – Muž M1 (A)				
Čas setkání	Délka komunikace	Vztah k osobě s afázií	Místo setkání	Důvod setkání
8 -8.05	8 – 8.05	prodavačka	trafika	noviny
7.10 – 7.30	7.10 – 7.30	prodavačka	obchod	nákup
15.15 – 17	15.15 – 17	kamarád	byť kamaráda	posezení

7. DEN – Muž M1 (A)				
Čas setkání	Délka komunikace	Vztah k osobě s afázií	Místo setkání	Důvod setkání
14 – 14.45	14 – 14.45	manželka	MHD – tramvaj	cesta k synovi
14.50 – 17.30	14.50 – 17.30	rodina	byť syna	návštěva
17.45 – 18.30	17.45 – 18.30	manželka	MHD – tramvaj	cesta domů
19 – 20.30	19 – 20.30	známí	byť známých	oslava narozenin

Žena Ž1

1. DEN – Žena Ž1				
Čas setkání	Délka komunikace	Vztah k osobě bez afázie	Místo setkání	Důvod setkání
7 – 7.25	-	cestující	MHD – tramvaj	cesta do práce
7.30 – 15.30	7.30 – 15.30	zaměstnavatel	pošta	zaměstnání
15.45 – 16.10	-	cestující	MHD – tramvaj	cesta z práce
17 – 19	17 – 19	provozovatel služby	kadeřnictví	úprava účesu
19.30 – 20.30	19.30 – 20.30	kamarádka	byť kamarádky	návštěva

2. DEN – Žena Ž1				
Čas setkání	Délka komunikace	Vztah k osobě bez afázie	Místo setkání	Důvod setkání
7 – 7.25	-	cestující	MHD – tramvaj	cesta do práce
7.30 – 15.30	7.30 – 15.30	zaměstnavatel	pošta	zaměstnání
17.30 – 18.30	17.30 – 18.30	sportovci	tenisový kurt	tenis
19 – 20	19 – 20	spoluhráčka z tenisu	restaurace	návštěva restaurace
20.10 – 20.35	-	cestující	MHD – tramvaj	cesta domů

3. DEN – Žena Ž1				
Čas setkání	Délka komunikace	Vztah k osobě bez afázie	Místo setkání	Důvod setkání
7 – 7.25	-	cestující	MHD – tramvaj	cesta do práce
7.30 – 15.30	7.30 – 15.30	zaměstnavatel	pošta	zaměstnání
15.45 – 16.10	-	cestující	MHD – tramvaj	cesta z práce
17 – 17.35	17 – 17.35	manžel, cestující	MHD – tramvaj	cesta na bazén
18 – 19	cca 15 minut	neznámí	stadion	plavání
19.30 – 20.15	19.30 -20.15	manžel, cestující	MHD	cesta domů

4. DEN – Žena Ž1				
Čas setkání	Délka komunikace	Vztah k osobě bez afázie	Místo setkání	Důvod setkání
7 – 7.25	-	cestující	MHD – tramvaj	cesta do práce
7.30 – 15.30	7.30 – 15.30	zaměstnavatel	pošta	zaměstnání
15.45 – 16.10	-	cestující	MHD – tramvaj	cesta k synovi
16-17.30	16-17.30	rodina	byt syna	návštěva
17.45 – 18.30	17.45 – 18.30	manžel, cestující	MHD	cesta domů
19 – 20.30	19 – 20.30	manžel	supermarket	nákup velký

5. DEN – Žena Ž1				
Čas setkání	Délka komunikace	Vztah k osobě bez afázie	Místo setkání	Důvod setkání
7 – 7.25	-	cestující	MHD – tramvaj	cesta do práce
7.30 – 15.30	7.30 – 15.30	zaměstnavatel	pošta	zaměstnání
15.45 – 16.10	-	cestující	MHD – tramvaj	cesta domů
18 – 18.45	-	cestující	MHD – tramvaj, metro	cesta do divadla
19 – 21	v pauzách cca 0,5h	herci, kamarádka	divadlo	divadelní představení
21.15 – 22.05	-	cestující	MHD	cesta domů

6. DEN – Žena Ž1				
Čas setkání	Délka komunikace	Vztah k osobě bez afázie	Místo setkání	Důvod setkání
7.25 – 7.50	-	cestující	MHD – tramvaj	cesta do práce
8 – 12	8 – 12	zaměstnavatel	pošta	zaměstnání
12.15 – 12.40	-	cestující	MHD – tramvaj	cesta domů
15 – 16.30	15 – 16.30	kamarádka	byt kamarádky	návštěva

7. DEN – Žena Ž1				
Čas setkání	Délka komunikace	Vztah k osobě bez afázie	Místo setkání	Důvod setkání
14 – 14.45	14 – 14.45	manžel	MHD – tramvaj	cesta k synovi
14.50 – 17.30	14.50 – 17.30	rodina	byt syna	návštěva
17.45 – 18.25	17.45 – 18.25	manžel	MHD – tramvaj	cesta ke známým
18.30 – 20	18.30 – 20	známí	byt známých	oslava narozenin
20.10 – 20.50	20.10 – 20.50	manžel	MHD – tramvaj	cesta domů

Deníky páru číslo 2

Žena Ž1 (A)

1. DEN – Žena Ž1 (A)				
Čas setkání	Délka komunikace	Vztah k osobě s afázií	Místo setkání	Důvod setkání
8 – 8.30	8 -8.10	prodavač	obchod	nákup
15 – 15.45	-	kolemjdoucí	les	procházka

2. DEN – Žena Ž1 (A)				
Čas setkání	Délka komunikace	Vztah k osobě s afázií	Místo setkání	Důvod setkání
14.15 – 15	14.15 – 15	kamarádka	dům kamarádky	návštěva

3. DEN – Žena Ž1 (A)				
Čas setkání	Délka komunikace	Vztah k osobě s afázií	Místo setkání	Důvod setkání
9.10 – 11.30	-	prodavači	supermarket	nákup
16 – 16.30	16 – 16.30	vnučka	byt vnučky	návštěva

4. DEN – Žena Ž1 (A)				
Čas setkání	Délka komunikace	Vztah k osobě s afázií	Místo setkání	Důvod setkání
14.30 – 15	-	kolemjdoucí	les	procházka

5. DEN – Žena Ž1 (A)				
Čas setkání	Délka komunikace	Vztah k osobě s afázií	Místo setkání	Důvod setkání
9.15 – 10	9.15 – 10	vnučka	byt vnučky	návštěva
16 – 17	16 – 17	kamarádka	dům kamarádky	návštěva

6. DEN – Žena Ž1 (A)				
Čas setkání	Délka komunikace	Vztah k osobě s afázií	Místo setkání	Důvod setkání

7. DEN – Žena Ž1 (A)				
Čas setkání	Délka komunikace	Vztah k osobě s afázií	Místo setkání	Důvod setkání
14 – 16	14 – 16	byt dcery	návštěva	návštěva

Muž M1

1. DEN – Muž M1				
Čas setkání	Délka komunikace	Vztah k osobě bez afázie	Místo setkání	Důvod setkání
2. DEN – Muž M1				
Čas setkání	Délka komunikace	Vztah k osobě bez afázie	Místo setkání	Důvod setkání
3. DEN – Muž M1				
Čas setkání	Délka komunikace	Vztah k osobě bez afázie	Místo setkání	Důvod setkání
9.10 – 11.30	cca 15 minut	prodavači	supermarket	nákup
4. DEN – Muž M1				
Čas setkání	Délka komunikace	Vztah k osobě bez afázie	Místo setkání	Důvod setkání
5. DEN – Muž M1				
Čas setkání	Délka komunikace	Vztah k osobě bez afázie	Místo setkání	Důvod setkání
6. DEN – Muž M1				
Čas setkání	Délka komunikace	Vztah k osobě bez afázie	Místo setkání	Důvod setkání
7. DEN – Muž M1				
Čas setkání	Délka komunikace	Vztah k osobě bez afázie	Místo setkání	Důvod setkání
14 - 16	14 - 16	dcera	byt dcery	návštěva

Deníky páru číslo 3

Žena Ž2 (A)

1. DEN – Žena Ž2 (A)				
Čas setkání	Délka komunikace	Vztah k osobě s afázií	Místo setkání	Důvod setkání
8 – 8.30	8 – 8.15	prodávač	obchod	nákup
10 - 12	10 - 12	kamarádka	byt kamarádky	návštěva

2. DEN – Žena Ž2 (A)				
Čas setkání	Délka komunikace	Vztah k osobě s afázií	Místo setkání	Důvod setkání
11 – 12.15	12 -12.10	knihovnice	knihovna	půjčení knih
15 – 16.15	15 – 16.15	kadeřnice	kadeřnictví	úprava účesu
18 – 18.25	-	cestující	MHD metro	cesta za manželem
19 - 22	cca 30 minut	manžel	divadlo	představení
22.15 – 22.50	22.15 – 22.50	manžel	MHD – tramvaj	cesta domů

3. DEN – Žena Ž2 (A)				
Čas setkání	Délka komunikace	Vztah k osobě s afázií	Místo setkání	Důvod setkání
8 – 10.15	10 – 10.15	lékař, zdravotníci	poliklinika	kontrola
10.30 - 11	10.30 - 11	prodávač	obchod	nákup
15 – 16	15 – 16	příteknyně	cukrárna	posezení s přítelkyněmi
16.15 – 16.30	16.15 – 16.30	příteknyně	MHD	cesta na výstavu
16.45 - 18	16.45 - 18	příteknyně	výstavní síň	výstava
18.15 – 18.40	18.15 – 18.40	příteknyně	metro	cesta domů

4. DEN – Žena Ž2 (A)				
Čas setkání	Délka komunikace	Vztah k osobě s afázií	Místo setkání	Důvod setkání
18 – 18.25	-	cestující	MHD	cesta za manželem
19 - 21	cca 15 minut	manžel	koncertní síň	koncert
21.15 - 22	21.15 - 22	manžel	MHD	cesta domů

5. DEN – Žena Ž2 (A)				
Čas setkání	Délka komunikace	Vztah k osobě s afázií	Místo setkání	Důvod setkání
18 - 20	18 - 20	manžel	supermarket	nákup

6. DEN – Žena Ž2 (A)				
Čas setkání	Délka komunikace	Vztah k osobě s afázií	Místo setkání	Důvod setkání
11 – 12	cca 15 minut	manžel	sjezdovka	lyžování
12 – 13.10	12 – 13.05	manžel	restaurace	oběd
15 – 16	cca 20 minut	manžel	sjezdovka	lyžování

7. DEN – Žena Ž2 (A)				
Čas setkání	Délka komunikace	Vztah k osobě s afázií	Místo setkání	Důvod setkání
9.10 – 9.50	9.10 – 9.50	manžel	MHD	cesta do bazénu
10 - 11	cca 15 minut	manžel	bazén	plavání
11.15 – 12.05	11.15 – 12.05	manžel	MHD	cesta domů
14.15 – 15.30	14.15 – 15.30	manžel	okolí domu	procházka

Muž M2

1. DEN – Muž M2				
Čas setkání	Délka komunikace	Vztah k osobě bez afázie	Místo setkání	Důvod setkání
7.25 – 7.50	-	cestující	metro	cesta do zaměstnání
8 – 17.30	8 – 17.30	zaměstnavatel	úřad	zaměstnání
17.40 – 18.05	-	cestující	metro	cesta ze zaměstnání

2. DEN – Muž M2				
Čas setkání	Délka komunikace	Vztah k osobě bez afázie	Místo setkání	Důvod setkání
7.55 – 8.25	-	cestující	metro	cesta do zaměstnání
8.30 – 18.15	8.30 – 18.15	zaměstnavatel	úřad	zaměstnání
19 - 22	cca 30 minut	manželka	divadlo	divadelní představení
22.15 – 22.50	22.15 – 22.50	manželka	MHD – tramvaj	cesta domů

3. DEN – Muž M2				
Čas setkání	Délka komunikace	Vztah k osobě bez afázie	Místo setkání	Důvod setkání
7.55 – 8.25	cca 15 minut	neznámý cestující	metro	cesta do zaměstnání
8.30 – 17.30	8.30 – 17.30	zaměstnavatel	úřad	zaměstnání
18 – 18.45	cca 5 minut	knihovnici	knihovna	výpůjčka knih
19 – 19.40	-	cestující	tramvaj, metro	cesta domů

4. DEN – Muž M2				
Čas setkání	Délka komunikace	Vztah k osobě bez afázie	Místo setkání	Důvod setkání
7.55 – 8.25	-	cestující	metro	cesta do zaměstnání
8.30 – 18.15	8.30 – 18.15	zaměstnavatel	úřad	zaměstnání
19 - 21	cca 15 minut	manželka	koncertní síň	koncert
21.15 - 22	21.15 – 22.00	manželka	MHD	cesta domů

5. DEN – Muž M2				
Čas setkání	Délka komunikace	Vztah k osobě bez afázie	Místo setkání	Důvod setkání
7.25 – 7.50	-	cestující	metro	cesta do zaměstnání
8 – 17.00	8.00 – 17.00	zaměstnavatel	úřad	zaměstnání
17.10 – 17.35	-	cestující	MHD	cesta ze zaměstnání
18 - 20	cca 15 minut s prodavači cca 105 min. s manž.	prodavačky, manželka	supermarket	nákup

6. DEN – Muž M2				
Čas setkání	Délka komunikace	Vztah k osobě bez afázie	Místo setkání	Důvod setkání
11 – 12	cca 15 minut	manželka	sjezdovka	lyžování
12 – 13.10	cca 65 min s manželkou, obsluha cca 5 minut	obsluha restaurace, manželka	restaurace	oběd
15 – 16	cca 20 minut	manželka	sjezdovka	lyžování

7. DEN – Muž M2				
Čas setkání	Délka komunikace	Vztah k osobě bez afázie	Místo setkání	Důvod setkání
9.10 – 9.50	9.10 – 9.50	manželka	MHD	cesta do bazénu
10 - 11	cca 15 minut	manželka	bazén	plavání
11.15 – 12.05	11.15 – 12.05	manželka	MHD	cesta domů
14.15 – 15.30	14.15 – 15.30	manželka	okolí domu	procházka

Deníky páru číslo 4

Muž M2 (A)

1. DEN – Muž M2 (A)				
Čas setkání	Délka komunikace	Vztah k osobě s afázií	Místo setkání	Důvod setkání
2. DEN – Muž M2 (A)				
Čas setkání	Délka komunikace	Vztah k osobě s afázií	Místo setkání	Důvod setkání
14.15 – 15.45	14.15 – 15.45	sousedka	dům sousedky	návštěva
3. DEN – Muž M2 (A)				
Čas setkání	Délka komunikace	Vztah k osobě s afázií	Místo setkání	Důvod setkání
4. DEN – Muž M2 (A)				
Čas setkání	Délka komunikace	Vztah k osobě s afázií	Místo setkání	Důvod setkání
5. DEN – Muž M2 (A)				
Čas setkání	Délka komunikace	Vztah k osobě s afázií	Místo setkání	Důvod setkání
6. DEN – Muž M2 (A)				
Čas setkání	Délka komunikace	Vztah k osobě s afázií	Místo setkání	Důvod setkání
7. DEN – Muž M2 (A)				
Čas setkání	Délka komunikace	Vztah k osobě s afázií	Místo setkání	Důvod setkání
12 – 13.00	12 – 13.00	dcera	byt dcery	návštěva

Žena Ž2

1. DEN – Žena Ž2				
Čas setkání	Délka komunikace	Vztah k osobě bez afázie	Místo setkání	Důvod setkání
8.15 – 8.30	8.15 – 8.30	prodavačka	obchod	nákup
15 – 15.15	-	neznámí	okolí domu	procházka se psem
2. DEN – Žena Ž2				
Čas setkání	Délka komunikace	Vztah k osobě bez afázie	Místo setkání	Důvod setkání
14.15 – 14.45	14.15 – 14.45	sousedka	dům sousedky	posezení

3. DEN – Žena Ž2				
Čas setkání	Délka komunikace	Vztah k osobě bez afázie	Místo setkání	Důvod setkání
8.30 – 8.45	8.30 – 8.45	prodavačka	obchod	nákup

4. DEN – Žena Ž2				
Čas setkání	Délka komunikace	Vztah k osobě bez afázie	Místo setkání	Důvod setkání
14.30 – 15.45	-	neznámí	příroda	procházka se psem

5. DEN – Žena Ž2				
Čas setkání	Délka komunikace	Vztah k osobě bez afázie	Místo setkání	Důvod setkání
16 – 16.30	16 – 16.30	sousedka	dům sousedky	návštěva - káva
18 – 18.15	-	neznámí	příroda	procházka se psem

6. DEN – Žena Ž2				
Čas setkání	Délka komunikace	Vztah k osobě bez afázie	Místo setkání	Důvod setkání
15.30 – 15.45	-	neznámí	vesnice a les	procházka se psem

7. DEN – Žena Ž2				
Čas setkání	Délka komunikace	Vztah k osobě bez afázie	Místo setkání	Důvod setkání
12 – 13.00	12 – 13.00	dcera	byt dcery	návštěva