

Univerzita Karlova v Praze

Filozofická fakulta

Katedra psychologie



FILOZOFICKÁ FAKULTA
UNIVERZITY KARLOVY
V PRAZE

Diplomová práce

Kateřina Lišková

**Kvalita života, životní spokojenost a sociální self-efficacy lidí se
získaným poškozením mozku**

**Quality of Life, Satisfaction with Life, Social Self-efficacy and
People after Acquired Brain Injury**

Praha 2012

Vedoucí práce: MUDr. Gabriela Šivicová

Na tomto místě bych ráda věnovala poděkování MUDr. Gabriele Šivicové, vedoucí mé diplomové práce, za věcné připomínky, odborné a metodické vedení a vřelou osobní podporu při psaní a především dokončování práce. Dále bych chtěla poděkovat také doc. MUDr. Marcelu Lippertové-Grünerové, Ph.D. za odbornou podporu a konzultace tématu, dále pplk. MUDr. Michalu Říhovi, Ph.D. a Mgr. Alici Pulkrábkové z Ústřední vojenské nemocnice – Vojenské fakultní nemocnice Praha, PhDr. Lence Krámské, Ph.D. z Nemocnice Na Homolce v Praze, MUDr. Lud'kovi Navrátilovi, Ph.D. z Fakultní nemocnice v Plzni, MUDr. Yvoně Angerové z Kliniky rehabilitačního lékařství na Albertově, pracovníkům sdružení Rehalb, sdružení Cerebrum, sdružení Ictus a sdružení Fyzioaktiv, pracovníkům Rehabilitačního ústavu Chotěboř a pracovníkům a MUDr. Michaele Tomanové, MBA z Rehabilitačního ústavu Brandýs nad Orlicí za podporu při práci s respondenty. V neposlední řadě patří můj velký dík také osobám se získaným poškozením mozku a jejich rodinám, neboť tito lidé se dobrovolně zapojili do výzkumu a poskytli podporu při tvorbě práce.

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 27.7.2012

.....

Kateřina Lišková

Abstrakt:

Diplomová práce je zaměřena na problematiku kvality života, životní spokojenosti a sociálního *self-efficacy*, přičemž je kladen důraz na zasazení do kontextu získaného poškození mozku a jeho specifických následků. Práce využívá teoretických východisek všech zmíněných konceptů, ale především kvantitativně zpracovává skutečné výsledky kvality života, životní spokojenosti a sociálního *self-efficacy* a *other-efficacy* v rámci výzkumného vzorku populace osob se získaným poškozením mozku v ČR. Kromě popisu subjektivního vnímání vlastní spokojenosti s různými oblastmi v životě osobami po poranění jsou v práci popsány potenciální vztahy mezi danou spokojeností a sociálním *efficacy*, respektive síla mezi nimi. Používány jsou standardizované i nové, především dotazníkové nástroje.

Klíčová slova:

získané poškození mozku, kvalita života, životní spokojenost, sociální *self-efficacy*, sociální *other-efficacy*

Abstrakt:

This thesis is focused on quality of life theme, satisfaction with life topic and social self-efficacy subject, with emphasizing of the acquired brain injury context and specific and unique brain injury consequences. Thesis is based on theoretical fundament of all mentioned concepts, but mainly there are actual quantitative data and results of quality of life, satisfaction with life and social self-efficacy and other-efficacy in the framework of acquired brain injury research sample in Czech Republic. Not only description of quality of different life parts subjective perception, but also search of possible relationships strength between quality of life and social efficacy has been probed. All of these has been used in application of lots of standardized and also new questionnaire and methods.

Keywords:

acquired brain injury, quality of life, satisfaction with life, social self-efficacy, social other-efficacy

OBSAH

Úvod.....	9
A. Teoretická část.....	11
1. Získané poškození mozku.....	11
1.1 Vybraná poškození mozku a jejich charakteristika.....	12
1.1.1 Traumatické poranění mozku.....	12
1.1.2 Cévní onemocnění mozku.....	14
1.1.3 Intrakraniální nádory a jiné expanzivní procesy nitrolební.....	15
1.2 Neurobiologické základy.....	16
1.2.1 Neuropatologie.....	17
1.2.2 Neuroplasticita.....	18
1.3 Co z toho plyne pro výzkum.....	19
1.4 Organické a somatické následky.....	21
1.5 Psychické a sociální následky.....	23
1.5.1 Vědomí a pozornost.....	23
1.5.2 Percepce a poznávání.....	25
1.5.3 Paměť a učení.....	27
1.5.4 Myšlení a exekutivní funkce.....	29
1.5.5 Řeč a komunikace.....	31
1.5.6 Afektivní a osobnostní změny.....	33
1.5.7 Blízké sociální vztahy.....	35
1.5.8 Širší sociální vztahy a sociální a pracovní reintegrace.....	37
1.6 Shrnutí.....	39
2. Kvalita života a lidé se získaným poškozením mozku.....	40
2.1 Úskalí spojená s definováním kvality života.....	41
2.1.1 Různá pojetí kvality života, životní spokojenosti a subjektivní pohody.....	42
2.1.2 Místo konceptu ve zdravotnictví.....	44
2.1.3 Multidimenzionalita konceptu kvality života.....	47
2.2 Kvalita života a získaná poškození mozku.....	49
2.3 Kvalita života v kontextu sociálních vztahů a komunikace.....	52
2.3.1 Kvalita života a sociální self-efficacy.....	53
2.3.2 Kvalita života a metoda VTI.....	54
2.4 Shrnutí.....	56
3. Self-efficacy a lidé po poranění mozku.....	57
3.1 Koncept self-efficacy.....	58
3.2 Zdroje důvěry ve vlastní schopnosti.....	60
3.3 Na základě čeho měníme své chování?.....	63
3.3.1 Kognitivní procesy.....	63
3.3.2 Motivační procesy.....	65
3.3.3 Afektivní procesy.....	66
3.3.4 Selektivní procesy.....	69
3.3.5 Místo řízení a naučená bezmocnost – související koncepty.....	70
3.4 Self-efficacy v sociálním kontextu.....	71
3.4.1 Self-efficacy v ontogenetickém vývoji.....	71
3.4.2 Self-efficacy a other-efficacy.....	74
3.4.3 Sociální self-efficacy a sociální opora.....	76
3.5 Související výzkumy.....	78
3.6 Shrnutí.....	81
4. Prognóza a rehabilitační perspektivy.....	82
4.1 Prognóza.....	83

4.2 Rehabilitační možnosti.....	85
4.2.1 Rehabilitace a fyzický stav.....	86
4.2.2 Rehabilitace vybraných kognitivních deficitů.....	89
4.2.3 Emoční a sociální terapie – možnosti a výzvy.....	93
4.2.3.1 Návčik náhledu a seberegulace.....	94
4.2.3.2 Návčik sociálních dovedností.....	95
4.2.3.3 Scaffolding a možnosti využití u ZPM.....	97
4.2.3.4 Videotrénink interakcí jako metoda pro osoby se ZPM.....	100
4.3 Shrnutí.....	102
B. Metodologická část.....	103
5. Typ výzkumu.....	104
6. Cíle výzkumu a výzkumné otázky.....	106
6.1 Výzkumné otázky.....	106
6.2 Operacionalizace a vysvětlení základních pojmů.....	108
7. Výzkumný vzorek.....	110
7.1 Popis výzkumného vzorku.....	113
8. Techniky sběru dat a nástroje měření.....	118
8.1 nástroje měření.....	119
9. Analýza dat.....	126
10. Navazující výzkumné otázky.....	127
C. Empirická část.....	129
11. Kvalita života, životní spokojenost a sociální efficacy.....	129
11.1 Kvalita života, životní spokojenost a sociální efficacy v závislosti na pohlaví.....	136
11.2 Kvalita života, životní spokojenost a sociální efficacy v závislosti na věku.....	138
11.3 Kvalita života, životní spokojenost a sociální efficacy v závislosti na zaměstnanosti.....	140
11.4 Kvalita života, životní spokojenost a sociální efficacy v závislosti na existenci partnera.....	141
11.5 Kvalita života, životní spokojenost a sociální efficacy v závislosti na existenci dětí.....	143
11.6 Kvalita života, životní spokojenost a sociální efficacy v závislosti na typu ZPM.....	144
11.7 Kvalita života, životní spokojenost a sociální efficacy v závislosti na délce od ZPM.....	146
11.8 Kvalita života, životní spokojenost a sociální efficacy v závislosti na výskytu afázie.....	148
11.9 Kvalita života, životní spokojenost a sociální efficacy v závislosti na výskytu PTA.....	149
11.10 Kvalita života, životní spokojenost a sociální efficacy v závislosti na typu bydlení.....	151
11.11 Vztah mezi kvalitou života, životní spokojeností a sociálním self-efficacy a sociálním other-efficacy.....	153
12. Diskuse.....	158
Závěr.....	166
Použité zdroje.....	167

Přílohy

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

BADLS	Bristolská škála aktivit denního života
BI	<i>Barthel Index</i>
BS	Poranění chirurgickým zásahem (<i>brain surgery</i>)
CMP	Cévní mozková příhoda
CNS	Centrální nervová soustava
ČR	Česká republika
DŽS	Dotazník životní spokojenosti
EBI	Rozšířený BI (<i>Erweiteter Barthel Index</i>)
FAQ	Dotazník funkční soběstačnosti (
GCS	<i>Glasgow Coma Scale</i>
IQ	Intelligenční kvocient
LOC	Místo řízení (<i>locus of control</i>)
MMSE	<i>Mini-Mental State Examination</i>
PTA	Posttraumatická amnézie
QoL	Kvalita života (<i>quality of life</i>)
SF-36	Dotazník o zdravotním stavu (<i>short form 36 item</i>)
SOE	Sociální <i>other-efficacy</i>
SQUALA	Dotazník kvality života (<i>subjective quality of life analysis</i>)
SSE	Sociální <i>self-efficacy</i>
SWL	Životní spokojenost (<i>satisfaction with life</i>)
TBI	Traumatické poranění mozku (<i>traumatic brain injury</i>)
USA	Spojené státy americké
VTI	Videotrénink interakcí
WHO	Světová zdravotnická organizace (<i>World Health Organization</i>)
ZPM	Získané poškození mozku

ÚVOD

"Jak životu nebezpečné je trauma mozku, tak nadějná je jeho rehabilitace."

Marcela Lippertová-Grünerová

Většina výzkumných článků, učebnic, odborných prací a příruček, zabývajících se tematikou získaného poškození mozku, začíná statistickým přehledem a čísly, jež upozorňují na alarmující počet těchto případů různé závažnosti. Když jsem podobný krok chtěla učinit pro účely diplomové práce a snažila se problematiku zmapovat z více úhlů pohledu, narazila jsem na kardinální problém. Ano, získané poškození mozku je velmi závažnou kapitolou, která si zasluhuje pozornost jak odborné, tak laické veřejnosti, protože velký počet lidí se každoročně stane pacientem se získaným poškozením mozku, velký počet na jeho následky zemře a velké množství lidí (berme v úvahu i blízké okolí pacientů) s nimi dále žije.

V USA se například obětí traumatického poranění mozku stane každý rok 1,5 milionu osob a přibližně 2% americké populace žije s jeho následky (např. Langlois, Rutland-Brown & Wald, 2006). Tato diagnóza má vzrůstající tendenci. Ani u cévních onemocnění mozku není statistika příliš příznivá, celosvětově incidence těchto případů produkuje číslo až 4 miliony (např. Ambler, 2006). Chirurgické zásahy do CNS nejsou zřídka záležitostí. Podstatným a kritickým rysem je však kromě ohromujících čísel především existence „neviditelných“ kognitivních, emočních a sociálních deficitů, jejichž nezrehabilitování vede k různým stupňům invalidizace, stejně jako je tomu u následků somatických.

Když jsem se probírala červenými čísly statistických přehledů, přesvědčila jsem se o tom, že mou pozornost neupoutává toliko jejich výše jako fakt, že hodnoty vycházejí především ze zahraničních šetření, kde vedou tuto problematiku více v patrnosti než u nás¹. Ačkoli si péče o člověka po poranění mozku žádá zvláštní přístup, nenajdeme u nás evidenci případů ani žádnou ucelenou domácí publikaci, která by toto téma komplexně zpracovávala. Pouze Smrčka s kolegy (2001) podávají základní, nikoli aktuální informace, jež volají po jistém doplnění současných zjištění a praktických přesahů. Prozatím se tak děje sporadicky, v rámci drobných šetření (např. Janečková, 2009) a často jen v měřítkách kvalitativních vstupů do dílčích aspektů této problematiky.

¹ Informace, že v ČR je hospitalizováno ročně více než 80 000 osob s poškozením mozku, 48 000 s cévním onemocněním a 28 000 s traumatickým poraněním, sice existuje (Powell, 2010), avšak není konkrétní a nezahrnuje dlouhodobější sledování.

Při setkání s lidmi se získaným poškozením mozku a jejich rodinnými příslušníky jsem vyzorovala u všech zainteresovaných silnou potřebu dozvídat se o souvislostech získaného poškození, možnostech jeho terapie a nutnostech v následné péči mnohem více, než nabízely současné služby. Systém následné rehabilitace není v ČR systematicky ustaven, ani efektivně propojen. Člověk, který opouští oddělení neurologie, neurochirurgie, případně traumatologie není mnohdy vůbec informován o možnostech, které se pro zlepšení jeho stavu a začlenění do společnosti, nabízejí (více např. Janečková & Vepřková, 2010a; Janečková & Vepřková, 2010b).

V centru pozornosti je zjednodušeně řečeno spíše akutní péče a záchrana života jako takového než jeho kvalita a možnosti a šance návratu zachráněného do běžného života. Člověk však není jen somatickou jednotkou, pohybuje se také v sociálních vztazích, cítí, prožívá, má představy a cíle, opomíjení této stránky věci je velkým nedostatkem. Proto jsem se rozhodla, že přispěji svou trochou výzkumných zjištění, která by mohla být základním podkladem pro rozsáhlejší studie, ale také pro oblast diagnostiky či klinické intervence, specifické u osob zasažených následky získaného poškození mozku.

Práce je zaměřená na mapování životní spokojenosti a kvality života v souvislostech sociálního *efficacy*, tedy schopnosti fungovat v sociálních vztazích, jež je velmi často u osob se získaným poškozením mozku narušena. Zhoršená kvalita sociálních vztahů evokuje také horší kvalitu života, zlepšení sociálních dovedností nabízí možnost pozvednutí sociálních vztahů a tedy i kvality života. Praktickým přesahem práce je zdůraznění možné terapie deficitů v sociálních kompetencích a nástin dalších možných výzkumných tendencí v souvislostech zmíněné terapie, které by zpracované téma této práce rozšířily.

Práce se skládá z teoretické, metodologické a empirické části. První reflektuje vybraná dosavadní zjištění o různých typech získaných poškození mozku, s nimi spjatou tematiku kvality života a životní spokojenosti, fenomén sociálního *self-efficacy* a možnosti rehabilitační péče, druhá představuje výzkumný design, který byl sestaven s ohledem na specifika zkoumaného souboru, a třetí klasicky prezentuje výsledky a diskutuje je ve srovnání s dosavadními zjištěními jiných prací.

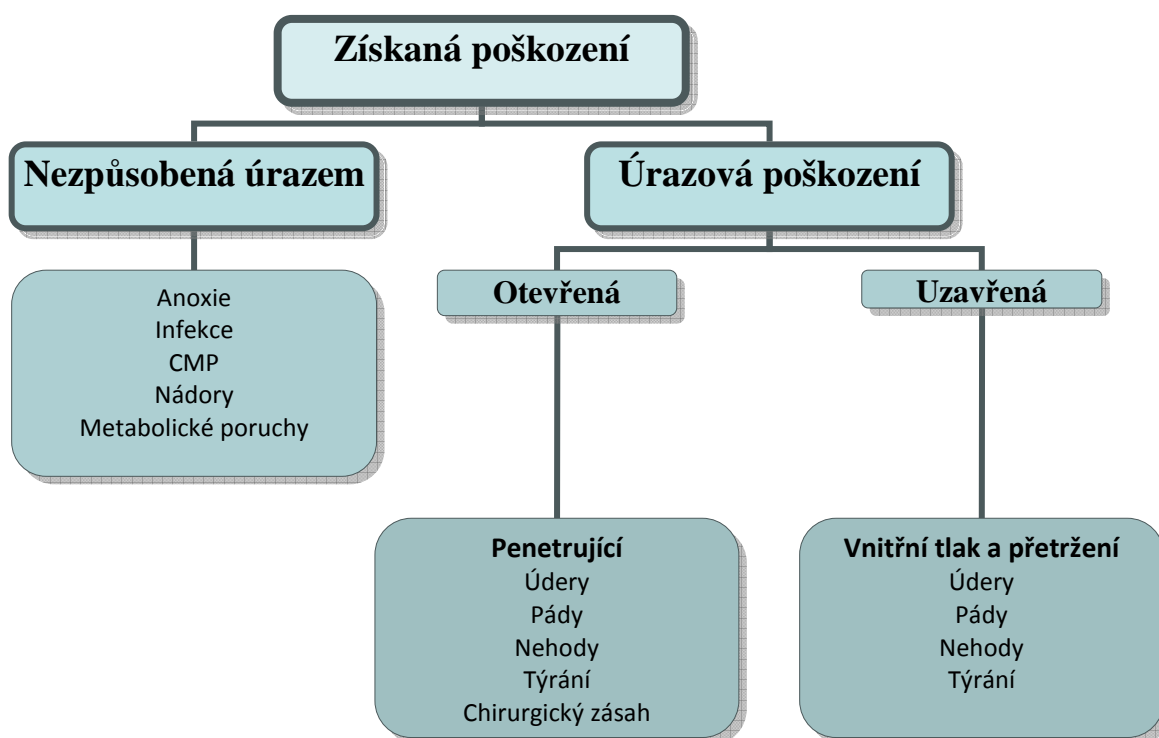
Získané poškození mozku a jeho souvislosti mají velmi široký rozsah. Výzkumný soubor je natolik heterogenní, nakolik je individualitou každý existující člověk. Ačkoli můžeme u osob s poškozením mozku vyzorovat určité společné rysy, není možné učinit definitivní implikace a závěry. To si za cíl tato práce ani neklade. Rozšíření povědomí o nových aspektech získaného poškození, ale také výstup využitelný pro rodiny, které jsou více či méně zasažené následky poranění mozku, je skutečným záměrem následujícího textu.

A. TEORETICKÁ ČÁST

1. ZÍSKANÉ POŠKOZENÍ MOZKU

„Jsem jiný člověk...ztratil jsem pocit sebe sama a svých kompetencí...chybí mi má nezávislost a pocit rovnocennosti a užitečnosti...cítím, že nedokážu své rodině ani přátelům dávat to, co kdysi... nejsmutnější jsem, když si uvědomím, že nejsem schopen pomáhat jako dřív...“
Neznámý pacient cit.dle Landau & Hissett, 2008

Získané poškození mozku je kategorií zcela nehomogenní, a to jak z hlediska příčin poškození, tak z hlediska jeho lokalizace i následků a projevů. Savage a Wolcott (cit.dle Kulišťák, 2006, s.91) uvádějí základní dělení poškození mozku:



Obr. 1 Klasifikace poškození mozku (Savage & Wolcott cit.dle Kulišťák, 2006, s.91)

Není možné přesně říci, jaké následky s sebou nese která příčina poškození mozku. Určité charakteristiky jednotlivých diagnóz však existují. Pro náš výzkum je relevantní především kategorie úrazových poškození hlavy a mozku. Do výzkumného vzorku jsou ale začleněna také další onemocnění – cévní onemocnění a onkologické nálezy. Těmto se tedy bude věnovat následující kapitola.

1.1 VYBRANÁ POŠKOZENÍ MOZKU A JEJICH CHARAKTERISTIKA

Naším cílem není podat vyčerpávající popis nejrůznějších typů poškození mozku. Pokud je ale náš výzkum zaměřen na osoby se získaným poškozením mozku, je nutné znát alespoň základní rozlišení mezi vybranými typy, které budou diagnosticky spojovány s našimi respondenty. Základní vědomost je v tomto případě na místě.

1.1.1 TRAUMATICKÉ PORANĚNÍ MOZKU

Traumatické poranění mozku (*traumatic brain injury – TBI*) opět není jednoduchou problematikou, odborné zdroje vždy na úvod uvádějí pořadí nejčastějších příčin jeho vzniku dopravní nehody (automobilové, motocyklové, cyklistické, sražení chodci), nehody v domácím prostředí, pracovní úrazy a sportovní zranění, ale obecná charakteristika jako taková neexistuje – tato nozologická jednotka se opět rozpadá na řadu podskupin (Preiss & Kučerová, 2006; Lippertová-Grünerová, 2009; Ambler, 2006; Bennett & Raymond, 2008).

Nejzákladnějším dělením je dělení na **poškození primární** a **poškození sekundární**. Primární poškození vzniká jako přímé mechanické porušení mozkové tkáně, způsobené traumatem². Sekundární poškození se vztahuje k poškození primárnímu, projevuje se jak systémově, tak lokálně a zahrnuje pozdní zánik nervových buněk, jejichž příčinou mohou být komplikace nastalé během onemocnění nebo patofyziologické změny probíhající v mozkové tkáni³ (O’Phelan, 2011; Lippertová-Grünerová, 2009; Bennett & Raymond, 2008). Právě sekundární změny mohou negativně ovlivňovat mozkové funkce, protože rozšiřují oblast původního poškození.

Na základě patologicko anatomických změn můžeme trauma mozku rozdělit na **otevřené, zavřené a penetrující**⁴ a také na trauma **fokální a difúzní**^{5,6}. V prvním případě jde o

² Patří sem **komoce mozku, difúzní axonální poranění a mozková kontuze** (více např. Ambler, 2006; Lippertová-Grünerová, 2009).

³ Sekundární poškození může mít **extrakraniální příčiny** (pacient s traumatem mozku se často nachází v šoku, dochází k respirační insuficienci a arteriální hypotenzii, jež způsobují zhoršení perfúze mozkové tkáně) nebo **příčiny intrakraniální** (jde o **turgescenci**, tedy zvětšení mozkového krevního objemu, **edém mozku** a **traumatické intrakraniální krvácení**, které vzniká následkem poškození cév a zahrnuje epidurální a subdurální hematoma, intracerebrální krvácení a traumatické subarachnoidální krvácení podle lokalizace) (více např. Ambler, 2006).

⁴ Přesnější rozlišení nabízí např. Lippertová-Grünerová, 2009; Bennett & Raymond, 2008; O’Phelan, 2011.

⁵ **Difúzní axonální poranění** skrývá svou závažnost v tom, že poškozením axonálních výběžků dochází ke ztrátě komunikace mezi jednotlivými kortikálními regiony, případně mezi kortikálními a subkortikálními strukturami – lidé s tímto poškozením mohou např. vnímat vnější podněty, ale nedokážou je interpretovat a vysílat odpovědi (mluvíme o persistentním vegetativním stavu). **Fokální léze** se vztahují vždy k daným oblastem (ať už na straně poranění – coup, či na straně protilehlé – countercoup), prognóza je v tomto případě příznivější z hlediska plasticity mozku (Bennett & Raymond, 2008).

to, zda mozková tkáň komunikuje s venkovním prostředím či nikoli, protože pokud ano, existuje zde zvýšené riziko posttraumatických infekcí a tedy i sekundárních komplikací. V případě druhém rozlišujeme, zda je poškození ohraničené a tedy přístupné operační intervenci, či neohraničené, u něž neexistuje žádná možnost operační terapie, protože jde o četná mikroskopická poškození, zasahující mozek jako celek (O'Phelan, 2011; Lippertová-Grünerová, 2009). Možnost léčebné intervence je zajisté nezanedbatelným aspektem prognostických závěrů, týkajících se funkcí jednotlivých mozkových center.

Používané je taktéž klinické dělení, na základě něhož se rozlišují pacienti s *lehkým*, *středně těžkým* a *těžkým* stupněm poranění. Tato klasifikace vychází z hodnocení *Glasgow Coma Scale (GCS)*⁷, které posuzuje tři základní formy vědomí: otevírání očí, motorickou reakci a verbální projev. Stav vědomí v akutní fázi (jak dlouho a jak těžce je pacientovo vědomí nefunkční) je jedním z prediktorů budoucího stavu pacienta a jeho rehabilitačních možností (Jennett & Teasdale cit.dle Bennett & Raymond, 2008). Těžká poranění mozku mají samozřejmě několikanásobně horší rehabilitační předpověď (a tím pádem i vyšší riziko horší kvality života) než poranění střední a lehká, u nichž lze dosáhnout velmi pozitivních výsledků.

K poškozením mozku jako takovým se připojuje celá řada **posttraumatických následků**, které mohou ovlivnit schopnost uzdravy, rehabilitace a návratu k běžným životním úkolům. Řídí se především tíží vlastního poranění a sekundárními komplikacemi. Jedná se například o *reziduální ložiskový neurologický nález* (hemiparéza, afázie, postižení hlavových nervů), po kontuzích a difúzním axonálním poranění s následnou atrofií tkáně vzniká *organický psychosyndrom*, *demence* a *extrapyramidový parkinsonský syndrom*, po těžkém poranění se může objevit *normotenzní hydrocefalus* (projevuje se demencí, inkontinencí a poruchou stoje a chůze), s penetrujícími poraněními zejména po intracerebrálním krvácení mohou vzniknout *posttraumatické epilepsie* (Ambler, 2006). Všechny tyto komplikace mají dalekosáhlý dopad nejen na nemocného, ale také na jeho sociální vztahy, které jsou mu v daném okamžiku oporou.

⁶ Přesnější popis nabízí např. Lippertová-Grünerová, 2009; Bennett & Raymond, 2008; O'Phelan, 2011.

⁷ GCS 3-8 bodů: těžké, GCS 9-12 bodů středně těžké a 13-15 bodů lehké trauma mozku (provádí se až po stabilizaci vitálních funkcí, o diagnostice více např. Lippertová-Grünerová, 2009).

1.1.2 CÉVNÍ ONEMOCNĚNÍ MOZKU

Oproti jiným orgánům je mozek s ohledem na své fungování velice závislý na dodávce glukózy a kyslíku. Nemusí nutně dojít k mechanickému poškození, aby byla jeho funkce ohrožena. Nejdůležitějšími mechanismy, které jsou nutné pro životaschopné fungování mozku, jsou regulace mozkového průtoku a schopnost extrakce kyslíku z krve do mozkové tkáně. Odtud také plynou pojmy jako *ischémie* (porucha cirkulace) a *hypoxie* (vážne přísun kyslíku).

Pokud bychom se měli opět pokusit o přehledné rozdělení, Ambler (2006) nabízí dvě základní skupiny – akutní cévní mozkovou příhodu (iktus nebo také CMP) a subarachnoidální krvácení. **Akutní cévní mozková příhoda** může být zapříčiněna *mozkovou ischémií* a *mozkovou hemoragií*, kromě akutní formy se ale může mozková ateroskleróza projevit chronickými změnami, mluvíme pak o *vaskulárních demencích* či *hypertenzní encefalopatii* (ty však nejsou předmětem našeho výzkumného zájmu). **Subarachnoidální krvácení** může být způsobeno *aneurysmaty* nebo se spustí na základě *arteriovenózních malformací*.

Mozkové ischémie⁸ se rozdělují podle mechanismu vzniku (*obstrukční*, kdy dochází k uzavření cévy trombem nebo embolem, a *neobstrukční*, které souvisejí s hypoperfuzí), vztahu k tepennému povodí (infarkty *teritoriální*, *interteritoriální* a *lakunární*) a podle časového průběhu (*tranzitorní ischemické ataky*, *progredující příhody* a *dokončené ischemické příhody*) (Ambler, 2006).

Mozkové hemoragie⁹ jsou nejčastěji zapříčiněny arteriální hypertenzí, která podpoří rupturu stěny. Mozková krvácení se dělí podle lokalizace, a to na *putaminální* (v putamen bazálních ganglií), projevující se kontralaterální hemiparézou či hemiplegií, deteriorací vědomí, *thalamická* (v thalamu), projevující se triádou hemihypestézie, hemiataxie a hemiparézy a obrnou vertikálního pohledu, *lobární* (v centru semiovale), projevující se postižením funkcí jednotlivých laloků, *pontinní* (v mozkovém kmeni), závažně alarmující kmenovým syndromem a kvůli poruše regulace životních funkcí může vést i k úmrtí, *mozečkové* (v cerebellu), projevující se mozečkovou symptomatikou (zvracení, závratě, alterace vědomí, trupová ataxie) a krvácení do *nucleus caudatus* (Ambler, 2006).

Subarachnoidální krvácení¹⁰ je specifické krvácení mezi arachnoideu a pia mater, jehož příčinou je nejčastěji ruptura aneurysmatu ve Willisově okruhu. Protože je krvácení

⁸ Více o jednotlivých typech např. Ambler (2006).

⁹ Podrobnější charakteristiku uvádí např. Ambler (2006).

¹⁰ Více o něm např. Ambler (2006).

extracerebrální, nejsou obvykle přítomny ložiskové příznaky, dochází k náhlým silným bolestem hlavy a náhlé poruše vědomí (kvalitativní i kvantitativní), po několika hodinách od vzniku se rozvíjí meningeální syndrom¹¹ (Ambler, 2006). Prognóza je závažná, protože hrozí recidiva krvácení, provalení krvácení přímo do mozkové tkáně, vazospazmy způsobující ischemii mozkové tkáně či srdeční arytmie, která může vést až k úmrtí (Ambler, 2006).

1.1.3 INTRAKRANIÁLNÍ NÁDORY A JINÉ EXPANZIVNÍ PROCESY NITROLEBNÍ

Pojem **expanzivní procesy nitrolební** zahrnuje všechny procesy, které zvětšují intrakraniální obsah a vedou k nitrolební hypertenzi (kromě nádorů mají podobný efekt cysty, abscesy, velká aneurysmata, hematomy, hydrocefalus nebo ložisková encefalitida). Rozvíjející se nitrolební hypertenze je odpovědná za **celkové příznaky** (pomalu progredující bolesti hlavy, nauzeu, zvracení a závratě, nejistotu v prostoru, kognitivní, afektivní a volní změny na základě lokalizace, či epileptické záchvaty), konkrétní nádor v určitém místě pak způsobuje **příznaky ložiskové** (související s funkcí té dané mozkové oblasti) (Ambler, 2006).

Mozkové nádory se dělí na **primární** (vycházející z buněk gliových, ependymových, z podpůrné tkáně a primitivních buněk v dětství) a **sekundární** (metastatické). Primární nádory mohou být **benigní** (pomalu rostoucí extrakraniální tumory, působící na intrakraniální struktury tlakově) a **maligní** (intracerebrální nádory, rostoucí infiltrativně). Až na výjimky mozkové primární tumory nemetastazují. Sekundární metastázy do mozku (jejichž primárním tumorem bývá nejčastěji bronchogenní karcinom, melanoblastom, Grawitzův tumor, karcinom prsu a tlustého střeva) se mohou manifestovat jako první příznak doposud nezjištěného maligního procesu. Solitární metastáza tak nemusí být spolehlivě od primárního tumoru odlišena (Ambler, 2006).

Terapie je v první řadě chirurgická, radikálně je možné odstranit většinu benigních nádorů, u maligních nádorů, včetně solitárních metastáz je možná jen částečná resekce či dekomprese pro snížení nitrolební hypertenze (Ambler, 2006). Z výše uvedeného navíc vyplývá, že odlišit jednotlivé typy nádorů nelze vždy jednoznačně. Prognóza může být velmi dobrá, to ale neznamená, že se nemohou objevit pooperační komplikace (antiepileptická léčba). Pokud nelze spoléhat na chirurgickou léčbu, radioterapie a léčba cytostatiky je rovněž velkým zásahem do života a jeho kvality.

¹¹ Jde o soubor příznaků, vznikajících drážděním mozkomíšních plen a projevujícím se bolestmi hlavy, nauzeou, zvracením, přecitlivělostí na vnější podněty i poruchami vědomí (více např. Ambler, 2006).

1.2 NEUROBIOLOGICKÉ ZÁKLADY

Zde se zastavme jen u velmi obecného opakování základních pojmů, aby nedošlo k terminologickým zmatkům v následujících kapitolách. Základní morfologickou, funkční i trofickou jednotkou nervové tkáně je nervová buňka, **neuron**. Nervové buňky mají schopnost přijmout podnět a přeměnit jej na elektrochemický akční potenciál (**vzrušivost**), probíhající dále nervovou soustavou (**vodivost**), tento děj se nazývá nervový vzruch. Kvůli své specializaci na tyto funkce jsou jiné podstatné funkce v nervové tkáni (výživa, oporné funkce, tvorba nervových obalů, odstraňování produktů rozpadu) zajišťovány další buněčnou složkou, **neurogliemi** (Čihák, 2004).

Nervové buňky spolu se svými výběžky (**dendrity**, přijímajícími vzruchy a vedoucími je do těla neuronu, a **axonem**, vedoucím vzruch z buňky k další struktuře) tvoří trojrozměrnou prostorovou síť, v níž však každá nervová buňka se svými výběžky také zůstává samostatnou, od ostatních buněk oddělenou jednotkou, která vzruchy od jiných buněk dostává a sama je přenáší prostřednictvím kontaktů, zvaných **synapse**. Za přenosem stojí vyloučení látky, zvané **mediátor**, který elektrochemicky působí na membránu další nervové buňky, kde dochází ke změně elektrického membránového potenciálu a transportu iontů (Čihák, 2004).

Synapse však neslouží jen k předávání vzruchů na následující neurony či cílové orgány, přenáší i trofické signály, které v těle neuronu (**perikaryu**) ovlivňují proteosyntézu. Vzruchy jsou vedeny jednosměrně (vždy z axonu na následující neuron), avšak předávání trofických signálů může být obousměrné, čímž je ovlivněn jak následující tak předchozí neuron (Čihák, 2004). Toto je důležitá informace především z hlediska poškození a regenerace neuronu.

Podstatné pro činnost neuronů jsou ovšem také **neuroglie**¹². Napomáhají udržovat iontovou rovnováhu v okolí neurocytů, vytvářejí tedy vhodné prostředí, stojí za proteosyntézou, mají na starosti trofiku (výživu) axonů a účastní se imunologických dějů při degenerativních a zánětlivých procesech tkáně centrálního nervového systému (Čihák, 2004). Kromě podpory odolnosti CNS proti poškození a infekcím se však podílejí také na neuronální smrti (Lippertová-Grünerová, 2009). Z hlediska získaných poškození mozku hrají tedy i ony svou roli (viz následující kapitoly).

¹² Patří sem astrocyty, oligodendrocyty, mikroglie, ependym, v periférii ještě satelitní buňky perikaryí a Schwannovy buňky. O jejich funkci blíže např. Čihák, 2004.

1.2.1 NEUROPATHOLOGIE

Jak už bylo zmíněno výše, nervové buňky nejsou působící noxou poškozeny jen primárně. Sekundární mechanismy poškození mohou způsobit, že dojde k poškození i primárně nepostížených neuronů. „Nezávisle na příčině poškození dochází ke vzniku sekundárních autodestrukčních kaskád, které mohou zapříčinit podstatnou část trvalého poškození mozkové tkáně, neboť mohou vést i k poškození primárně intaktních neuronů“ (Baehr cit.dle Lippertová-Grünerová, 2009, s.16).

Proto také zmínka o sekundárním poškození mozku. Protože je ale mozek stále spíše neprobádanou záležitostí, z dosud neznámých příčin mohou ony reakční procesy vést k tomu, že nervové buňky začnou následkem poškození svého těla degenerovat, jindy takové poškození může naopak vyvolat proces regenerace (Lippertová-Grünerová, 2009).

Za hlavní faktory posttraumatické degenrace můžeme s podporou odborné literatury (Lippertová-Grünerová, 2009) považovat:

- *nedostatek neurotrofických faktorů*
- *zvýšené uvolnění excitačních aminokyselin a zaplavení buňky vápníkem*
- *vznik volných radikálů a oxidativního stresu*

V prvním případě mluvíme o transsynaptické smrti buňky. Když buňka nemá dostatek trofických (výživových) a růstových faktorů a také elektrická aktivita je zastavena, zaniká nejen ona, ale i buňky, které nejsou poškozením primárně zasaženy. Ve druhém případě dochází prostřednictvím zvýšeného uvolnění excitačních aminokyselin a následného zvýšení intracelulárního vápníku ke zvýšení vzruchu v poškozených i nepoškozených buňkách, který má za následek poškození buněčné membrány. Poslední příčinou poškození membrány a vyplavení cytotoxických látek je tvorba volných radikálů v případě nedostatečného zásobení energií a kyslíkem.

Kromě samotných nervových buněk napomáhají procesům regenerace a organizace porozumět tedy i funkce gliových buněk. Jak nervové, tak gliové buňky spolu tedy kooperují a dohromady přispívají k funkční a strukturální integritě (Lippertová-Grünerová, 2009; Čihák, 2004). Veškerá terapie, neurologická, psychologická i fyzioterapeutická se bez těchto poznatků neobejde.

1.2.2 NEUROPLASTICITA

„Nervové buňky mají schopnost změnit tvorbu vzruchu, synaptické propojení a jeho strukturu a syntézu proteinů. Možnost zpětného spojení mezi extraneurálními procesy a morfologicky funkčními změnami nervové buňky se nazývá neuronální plasticita a tvoří základ terapeutických postupů v neurorehabilitaci“ (Lippertová-Grünerová, 2009, s.15). Nervové buňky mají schopnost přizpůsobit se lokálním požadavkům, za tímto účelem mohou být vytvořeny nové kolaterály axonů (zvýšením či snížením presynaptické frekvence akčních potenciálů), nová presynaptická zakončení, mohou být aktivovány neaktivní synapse – dendrity i axony mají možnost reagovat i bez přímého ovlivnění perikaryonu na požadavky svého okolí nebo iniciovat perikaryon k reaktivním změnám (Herdegen cit.dle Lippertová-Grünerová, 2009).

Existují různé mechanismy, které neuroplasticitu umožňují, jde o vikariaci, demaskování neuronálních funkčních okruhů, dlouhodobou potenciaci, diaschisis a sprouting (dle Lippertová-Grünerová, 2009). **Vikariace** je popsána jako schopnost převzetí ztracené funkce z oblasti léze její sousední, funkčně příbuznou oblastí mozku. Výzkumně bylo toto prokázáno především pro motorické oblasti mozkové kůry.

Demaskování neuronálních funkčních okruhů předpokládá, že adaptivní procesy reorganizace v oblasti CNS probíhají v závislosti na používání, a tak je možné jejich funkci ovlivnit tréninkem (nejen opakováním, ale také optimalizací mohou být obnoveny staré či naučeny nové funkce). Experimentálně byla prokázána taktéž zvětšená kortikální reprezentace motorické aktivity. Přestože jsou výzkumy spojeny opět s motorikou, můžeme se přesto ptát, zda by to nebylo možné také v oblasti emocí a sociálních kompetencí.

K této otázce přispívá fenomén **dlouhodobé potenciace**, která se u prvních výzkumů dávala do souvislosti s hippocampem, tedy starou strukturou, důležitou pro paměťové procesy a učení. Repetitivní trénink umožňuje stále lepší fungování neuronálních spojů. I nová aktivita může být na základě opakování podpořena, stejně jako strukturální synaptické změny.

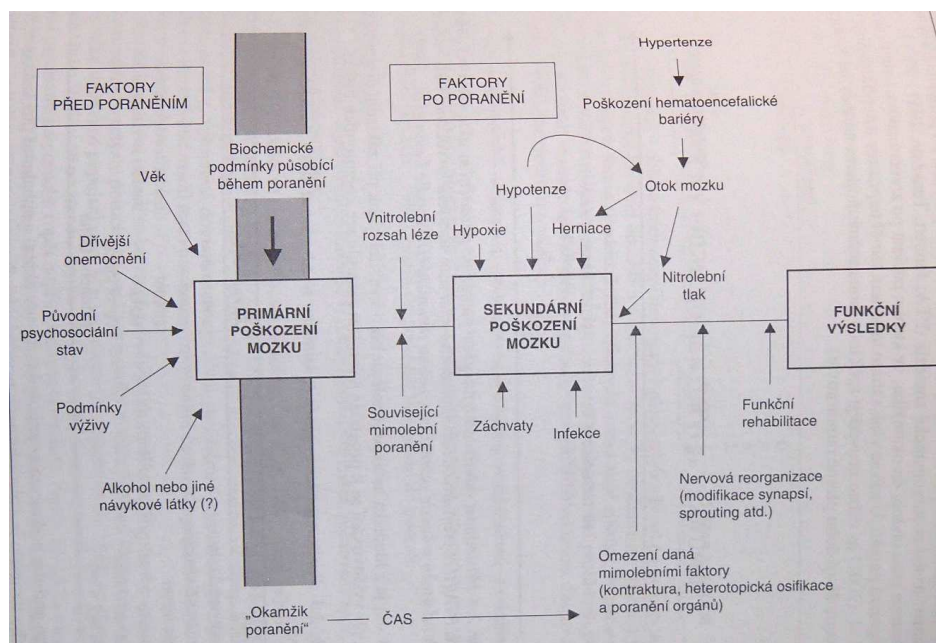
Diaschisis je fenomén, pod nímž si můžeme představit ztrátu nebo změnu funkce na základě léze jiné, ale anatomicky propojené oblasti mozku. Pokud přetrvává delší dobu, může dojít až ke změnám struktury příslušné oblasti.

Pod pojmem **sprouting** si můžeme představit jakýsi výrůstek zachovaných axonů a následnou obnovu synaptických kontaktů. Tento fenomén se bohužel neobjevuje pouze paralelně s funkčním zlepšením, ale také v souvislostech s nežádoucími procesy maladaptace (náchylnost k epileptickým záchvatům či spasticitě).

Ačkoli se ještě donedávna tvrdilo, že struktura neuronálních oblastí je nezměnitelně dána a po poškození mozku není možná rehabilitace, vědomí zmíněných teorií, které jsou více či méně podpořeny empirií, přeci jen motivuje k úsilí a snaze o včasnou, komplexní a smysluplně vytrvalou (nikoli nikdy nekončící) rehabilitaci. „Hypotéza, že průběh neuronální plasticity může být, krom specifických forem tréninku, značně ovlivněn multisenzorickými stimuly z okolí, je pro moderní neurorehabilitaci velmi významná“ (Lippertová-Grünerová, 2009, s.23).

1.3 CO Z TOHO PLYNE PRO VÝZKUM

Jak je vidno, problematika je velice široká, jedno téma souvisí s druhým a nikdy nelze s jistotou říci, co bude degeneračním a co regeneračním faktorem. Ani pro léčbu, následnou péči či jen výběr respondentů nelze provést přesný řez. Následující obrázek (Vollmer & Dacey cit.dle Kulišťák, 2006, s.93) vhodně ilustruje, proč nelze selektovat respondenty primárně a pouze na základě diagnózy v jejich kartě:



Obr. 2 Faktory a jevy, které mohou ovlivnit výsledný stav po získaném poškození mozku (Vollmer & Dacey cit.dle Kulišťák, 2006, s.93)

V psychologicky zaměřené práci nemusíme připomínat, že každý člověk je specifické individuum. Z hlediska vzniku, průběhu i prognózy poškození mozku hrají roli určitě **faktory**, které byly **přítomny před poraněním** (věk, dřívější onemocnění, původní psychosociální stav, výživa, alkohol a jiné návykové látky, můžeme říct, že genetické dispozice k somatickému i psychickému stavu vůbec), **biochemické podmínky, působící během primárního poškození**, a **faktory po poranění** mozku (rozsah nitrolebního poškození, související mimolební poranění a

s ním související omezení v léčbě a rehabilitaci, výskyt sekundárního poškození mozku, přítomnost nervové reorganizace a funkční rehabilitace). Funkční výsledky jsou závislé na všech těchto faktorech, respektive jejich kombinaci (Kulišťák, 2006).

Důležité je, jaký rozsah má poškozená tkáň, zda se tento rozsah nerozšiřuje s přidruženými, sekundárními, poškozeními dalších center, případně difúzními poškozeními, zda dochází ke kompenzaci funkcí poškozených oblastí, zda dotyčný dostatečně, komplexně a zacíleně rehabilituje, zda je pro to motivován atd. – takto bychom mohli pokračovat, ať už pohledem biologickým, fyzioterapeutickým, psychologickým či sociálně terapeutickým. Problémem je to, že některé informace nám zůstanou skryty, některé základní souvislosti nezjistíme ani na základě důkladné anamnézy, zobrazovacích metod či léčebného postupu.

Každý zásah do mozkové tkáně si koleduje o narušení její funkce a navzdory tomu, že mozková hmota dokáže být velmi plastická a umožňuje kompenzaci určitého centra za jiné, je důležité přikládat důležitost stejně jako příčinám získaných poškození mozku (proto i tento velmi stručný vpád do problematiky), tak i jejich projevům. Je rozdíl, zda hovoříme o poškození celkovém a nelokalizovaném, či o poškození konkrétní oblasti. Zda jde o mechanické poranění, ischemické vlivy či změny na základě fyzikálního a chemického působení. Protože zde ale nepanuje jistota, které následky s sebou to které poškození nese, musíme se orientovat také na základě právě funkčních výsledků.

Proto v tomto nejistém neurologickém světě homogenizujeme skupinu, u níž provedeme výzkum, právě na základě základních kognitivních funkcí, funkčního stavu a soběstačnosti, přičemž zahrneme skupiny traumatických a cévních poranění a poranění na základě chirurgických zákroků do mozku (více o výběru respondentů viz metodologická část této práce). Teď když máme jasněji, o kterých získaných poškozeních bude řeč, pojďme se podívat, jaké následky se v souvislosti s nimi mohou pojit.

1.4 ORGANICKÉ A SOMATICKÉ NÁSLEDKY

V této kapitole opět není stěžejním motivem podat vyčerpávající soupis charakteristik jednotlivých funkčních, somatických nedostatků. Každé zdravotní, pohybové, smyslové, zkrátka organické poškození s sebou nese komplikace, které mají značný vliv na psychiku člověka, protože jsou omezující a kvalitu života narušující.

Samozřejmě velmi záleží na tom, která oblast mozku je zasažena. Často jdou ruku v ruce s mozkovým poškozením hormonální a metabolické obtíže, posttraumatické záchvaty, poruchy spánku, bolesti hlavy, rozostřené vidění, závratě a nestabilita. Bennett a Raymond (2008) zdůrazňují, že ještě do nedávné doby se těmito „nekognitivním následkům“ nevěnovala pozornost, avšak měli bychom si uvědomit, že pro efektivní a komplexní léčbu je nutné je neopomínat. Mnohem lépe, co se týče terapeutické pozornosti, na tom jsou pohybová a smyslová omezení. Ta však zase často zastiňovala péči psychosociální. Proto bychom měli v této práci uvádět pokud možno co nejširší souvislosti, které jsou s poškozením mozku spjaty, protože kvalita života i životní spokojenost se odvíjí od komplexního stavu člověka po získaném poškození mozku.

Pohybová omezení zahrnují poruchy hrubé i jemné motoriky. Po získaném poškození mozku se někteří učí znovu udržovat rovnováhu, chodit, běhat, koordinovaně manipulovat s předměty a používat nefunkční svaly vůbec. Kromě poruchy posturálních a jednoduchých i složitých hybných vzorů, omezení svalové síly a funkčnosti a projevů spasticity může být narušeno také vnímání polohy a pohybu a citlivost (Kolář et al., 2009). Zejména pro mozkové příhody jsou typické parézy, hypotonie přecházející do spasmů, postižení hlavových nervů (především okohybných a lícních), poruchy hluboké i povrchové citlivosti, poruchy vestibulární a cerebelární (Kolář et al., 2009). Spíše ke smyslovým postižením, ale velmi se svalovým aparátem souvisejícím patří pak porucha vnímání teploty a bolesti (Lippertová-Grünerová, 2009).

Smyslová omezení jsou nedílnou součástí získaného poškození mozku. Až jedna třetina pacientů trpí diplopií a rozostřeným viděním (Bennett & Raymond, 2008). Nejčastější příčinou zrakových obtíží je porucha akomodace, konvergence a koordinace bilaterálních očních pohybů (Bennett & Raymond, 2008). Zasaženo bývá také sluchové ústrojí, poruchy sluchu, přílišná sensitivita vůči hluku (sonofobie) a zvonění v uších (tinitus) jsou také zmiňovanými komplikacemi. S poruchou vestibulárního systému souvisí také již zmíněné závratě a bolesti hlavy. Méně častým, avšak nezanedbatelným problémem je pak ztráta čichu (anosmie), která, zatím z neznámých důvodů, souvisí i se ztrátou chuti a stupněm postižení,

respektive prognózou. Poškození orbitofrontální oblasti má, zdá se, ne příliš příznivou prognózu pro sociální a pracovní rehabilitaci (Bennett & Raymond, 2008).

Posttraumatické bolesti hlavy jsou nejčastějším následkem. Často se podobají migrenózním stavům, mohou být také tenzní či cervikogenní. Bohužel často odolávají medikaci, léčba se pak musí ubírat především psychoterapeutickým směrem (Bennett & Raymond, 2008). Chronické bolesti hlavy, stejně jako **chronická bolest** jiné části těla jsou rizikovým faktorem – svým neodezníváním mohou demotivovat člověka v rehabilitaci a způsobovat komplikace v mezilidských vztazích.

Posttraumatické záchvaty, **epilepsie**, se mohou objevit měsíce až roky po získaném poškození a jejich incidence stoupá se stupněm původního poškození (Jennett & Teasdale cit.dle Bennett & Raymond, 2008), nejčastěji souvisejí s frontotemporálním fokálním poraněním. Kromě toho, že opět ohrožují zdravotní stav člověka, omezují také jeho sociální a pracovní možnosti a mají vliv na kognitivní funkce a stav vědomí. Stejně tak však omezení přichází s medikací, Bennett a Raymond (2008, s.560) tvrdí, že „osoby, které mají posttraumatické záchvaty, trpí kognitivním kompromisem“, protože epileptické záchvaty narušují kontinuitu vědomí a kognitivní procesy a léky proti nim zase rychlost zpracování informací, pozornost a paměť.

Poruchy spánku jsou velmi mladým výzkumným tématem v souvislosti se získaným poškozením mozku (Bennett & Raymond, 2008). Typické jsou excesivní somnolence během dne, poruchy iniciace a udržení spánku. Pokud není udržen stabilní spánkový režim, vede to k únavě. **Únava** může být jak fyzická, tak mentální, může omezovat člověka (až dvě třetiny lidí se získaným poškozením mozku jsou únavou omezovány) ještě několik let po poškození a tím značně zamezovat normálnímu fungování člověka v běžném životě a ovlivňovat kvalitu jeho rehabilitace (Ouellet & Morin, 2006; Powell, 2010). To může být také zdrojem sociálních konfliktů či snížené spokojenosti s vlastním životem.

Při **poruše endokrinního systému** taktéž dochází k výraznému narušení kvality života (Behan & Agha, 2011). Jedná se především o poruchu produkce hormonů hypotalamo-hypofyzárního systému¹³, kdy dochází ke změně osmolarity, hypoglykémii, hyponatrémii, hypotenzím, snížené srdeční funkci, snížení minerální denzity kostí, svalovému oslabení, poruchám erekce či menstruačního cyklu, poruchám nálad, letargii až neuropsychiatrickým

¹³ Růstový hormon, adrenokortikotropní hormon, folikulostimulující a luteinizační hormony, thyreotropní hormon, prolaktin (v adenohypofýze) a antidiuretický hormon a oxytocin (v neurohypofýze)

projevům. Metabolismus ani některé orgány nefungují, jak mají, a když k tomu připočteme psychické obtíže, nemůžeme brát poškození těchto oblastí na lehkou váhu.

Stručně jsme charakterizovali jen některé vybrané somatické projevy, které bohužel získané poškození mozku doprovází. Ještě nás čeká následující kapitola, ale už nyní můžeme říci, že poškození mozku je komplexní záležitostí, zasahující tolik oblastí lidského fungování, než je tomu u kteréhokoli jiného onemocnění.

1.5 PSYCHICKÉ A SOCIÁLNÍ NÁSLEDKY

Tato kapitola nás samozřejmě zajímá nejvíce. Ačkoli zjevné tělesné následky poškození mozku s sebou nesou nemalá omezení, čímž ovlivňují kvalitu života i životní spokojenost a zasahují do sociálních vztahů, mohli bychom troufale tvrdit, že psychická omezení hrají v tomto ohledu mnohem větší úlohu, právě proto, že nejsou na první pohled vidět. V interpersonální interakci, blízkých i formálních vztazích je nutné reflektovat kontext kognitivních deficitů, afektivních problémů, poruch chování i osobnostních změn jako následků poškození mozku.

Člověk, který má zmíněné projevy se nebude chovat a reagovat tak, jak je jeho okolí zvyklé, změny v projevech budou tím markantnější, čím těžší a specifitější je diagnóza. Ačkoli jsou nároky na blízké okolí v této věci nesmírné a vyrovnávání se s takovou změnou velmi náročné, je z větší části právě na blízkých osobách, jaké přijetí a interakční podmínky s osobou po získaném poškození nastaví. A s jakými změnami je nutné počítat? Na to nám odpoví následující kapitoly.

1.5.1 VĚDOMÍ A POZORNOST

První zmínka o vědomí se objevuje v souvislosti s jeho ztrátou při poškození mozkové tkáně. Spolu s trváním posttraumatické amnézie jsou i trvání ztráty vědomí a jeho kvalita¹⁴ totiž prediktorem závažnosti následků poškození (Bennett & Raymond, 2008). O stavu vědomí se mluví tedy především v akutní fázi poškození, změna jeho stavu ale může nastat také na základě postakutních následků, např. ve spojitosti s epilepsií, která s sebou může nést stav zmatenosti (amenci), mráкотný stav (obnubilaci) až ztrátu vědomí samu (Ambler, 2006).

¹⁴ Rozpoznání dle GCS viz výše.

Vědomí¹⁵ je nutné k tomu, abychom správně vnímali sebe a své okolí a přiléhavě reagovali na podněty našeho vnitřního i vnějšího světa. Jeho porucha je poruchou interakce mezi neurony mozkových hemisfér a aktivačním systémem retikulární formace a znemožňuje člověku reálný kontakt se sebou i druhými, pokud se budeme držet sociálního kontextu.

Vědomí má bezprostřední vztah k pozornosti, ta je nepostradatelnou dynamickou regulační, kontrolní a koordinační funkcí (Chalupa cit.dle Kulišťák, 2011). Souvisí s rychlostí a efektivitou zpracování informací - za pomalejším myšlením a řešením problémů, stejně jako za horšími paměťovými procesy a nepřesným vnímáním důležitých podnětů nemusejí stát zmíněné kognitivní funkce, ale porucha pozornosti (Bennett & Raymond, 2008).

Lidé po získaném poškození mozku často trpí sníženou kapacitou pozornosti, horší koncentrací a zaměřeností, jejich pozornost je snadněji vyrušitelná, nedokážou ji zaměřit na delší čas, vhodně vybírat z podnětů či ji mezi ně rozdělovat (Bennett & Raymond, 2008). Tím pádem je jejich rychlost procesu zpracovávání informací nižší než u zdravé populace (Willmott, Hocking, Ponsford & Schönberger, 2009). Potíže přetrvávají mnoho let od poškození, ale samozřejmě opět záleží na tíži postižení¹⁶, což výzkumně v případě pozornosti potvrdili Draper a Ponsford (2008).

Posner a Raichle (cit.dle Kulišťák, 2011) hovoří o třech pozornostních sítích, **síti exekutivní kontroly**, kdy pozornost umožňuje chování směřující k cíli, **síti bdělosti**, která má na starosti vigilantní stav a připravenost k reakci, a **orientační síti**, díky níž člověk přijímá senzorické signály. Poruchy těchto sítí mohou být zdrojem sociálních nedorozumění a konfliktů, protože člověk není kvůli nim schopen zvládat běžné činnosti a mnohdy zjednodušuje složitost situace přehlížením významných prvků, což může narušit komunikaci a vztahy s druhými lidmi.

Pozornost je naštěstí funkcí, která podléhá tréninku a dokáže být posilována. Výzkum italských vědců (Galbiati et al., 2009) prokázal, že nácvik pozornosti, navíc v přirozeném prostředí osoby po poranění, zdokonaluje pozornostní dovednosti, „pacienti, kteří prošli speciálním tréninkem, se nechali signifikantně méně vyrušit distraktory z činnosti, byli méně impulzivní a více reflektující a lépe zvládali zadané úkoly než skupina, která tréninkem

¹⁵ LaBerge rozlišuje vědomí (consciousness) a uvědomování (awareness) a v jeho pojetí se k pozornosti váže uvědomování jako operace pozornosti, která je směřována k představě sebe (Kulišťák, 2011). Terminologická pojetí různých autorů však nespádají do pole našeho zájmu (více o vědomí např. v kapitole 14, Kulišťák, 2011 či kapitole 10, Koukolík, 2012).

¹⁶ Pro naše výzkumné téma jsou relevantní osoby s lehkým a středně těžkým poškozením mozku, respektive s lehčími a středními kognitivními a afektivními deficity a obtížemi. Proto i jejich charakteristika v jednotlivých kapitolách je nahlížena většinou spíše optikou mírnějších projevů, nikoli úplné absence funkcí.

neprošla“ (s.46). Lidé, jimž se podařilo svou pozornost zdokonalit, projevovali také lepší adaptivní chování a fungování v sociálních vztazích (Galbiati et al., 2009).

Posilování náhledu a metakognice, které bylo do speciálního programu zahrnuto, výrazně přispělo ke zlepšení kognitivních funkcí a tím i zlepšení sociálních dovedností a vztahů. Naopak vědomí toho, že je člověk ve funkcích pozornosti omezen, zvyšovalo subjektivní pocit únavy, deprese a úzkost a vedlo ke vzdání hledání adaptivních mechanismů v běžném životě a sociálních vztazích (Ziino & Ponsford, 2006). Jinými slovy můžeme říci, že kognitivní *self-efficacy* podpořilo kognitivní funkce a tím i spokojenost v životě a mezilidských vztazích.

1.5.2 PERCEPCE A POZNÁVÁNÍ

Percepce je vysoce závislá na pozornosti, protože sensorická modalita úzce souvisí s kapacitou pozornosti (Bennett & Raymond, 2008). To, jak je schopen člověk vnímat podněty okolo něj, navíc ovlivňuje zpracování významu informací a jejich integraci. Deficity v percepční oblasti se projevují jako agnózie¹⁷, nejčastěji zrakové, sluchové a taktilní. Jde o poruchu schopnosti rozpoznávat a uvědomovat si smyslovou zkušenost o vnějším i vnitřním světě, která souvisí s poškozením sekundárních korových oblastí (Koukolík, 2012).

Když mluvíme o **apercepční agnózii**, jde o deficit v percepčním zpracování, kdy člověk není schopen integrovat složky vjemu, dokáže sice popsat jednotlivé vjemy (např. chuť, tvar, barvu), ale nedokáže z nich poskládat celek (jablko). Pokud mluvíme o **asociační agnózii**, mluvíme o poškození vazby již integrovaného podnětu (celek je tedy složen) s jeho významem. Člověk neví, k čemu podnět, předmět slouží (Koukolík, 2012). Člověk může trpět také smíšeným typem.

Tyto potíže samozřejmě ovlivňují mezilidské vztahy. Neschopnost rozpoznávat a uvědomovat si totiž nesouvisí pouze se světem předmětů a neživých věcí, ale vztahuje se také na svět lidí. Člověk se získaným poškozením mozku nemusí mít schopnost identifikovat lidské tváře včetně těch, které zná (prozopagnózie), jeho sluchové vnímání může být narušeno (ačkoli nejde o afázii a sluchové orgány jsou taktéž v pořádku), či nedokáže taktilně diskriminovat (astereognózie) (Kulišťák, 2011). Komunikace, zasažená takovými percepčními deficity, musí být jistě náročná pro obě strany interakčního pole.

¹⁷ Koukolík (2012, s.42) píše, že „současná kognitivní věda upouští od přísného rozdělování vnímání a poznávání, percepce a kognice“, jevy spolu souvisejí, protože nejde jen o vnímání vlastností okolního světa, ale také o schopnost použití a integrace významu. I v této práci pracujeme spíše s tímto pohledem.

Percepce patří spolu s fatickými a praktickými funkcemi k funkcím symbolickým (korovým). O fatických funkcích budeme mluvit samostatně v kapitole níže. Zbývá tedy zmínit ještě poruchu ovlivňující úspěšné vykonávání pohybů či jejich imitaci (apraxii¹⁸). Proč dáváme do souvislosti se sociálním světem právě apraxii? Protože existuje také neverbální komunikace, která zahrnuje gesta a výraz. Porucha vykonávání pohybů ovlivňuje nejen běžné fungování (a tím třeba i sekundárně mezilidské vztahy), ale je znatelná také v interpersonálním kontaktu. Při **ideatorní apraxii** člověk neví, co má udělat, chybí mu představa vhodných gest. **Ideomotorická apraxie** člověka omezuje zase v provedení gest, přestože ví, jaká použít (Koukolík, 2012).

Do souvislosti s poškozením mozku se velmi často dává také tzv. opomíjení (**neglect**), jenž má vztah jak k pozornosti, tak k vnímání. Jde o syndrom, který se „projevuje neschopností odpovědět, podat zprávu nebo orientovat se ve vztahu k podnětu, jenž přichází z opačné strany, než je poškozená strana mozku“ (Heilman et al. cit.dle Koukolík, 2012, s. 344).

Projevy mohou být různé, nejčastěji jde o ignorování kontralaterálních zrakových podnětů, poruchu pozornosti pro poloprostor, vyhasnutí odpovědi na podnět (extinkce), reakce na podněty z přehlížené strany avšak na straně nepostižené neglectem (allestézie), popírání přítomné hemiparézy (anozognózie), lhostejnost k poruše (anozodiaforie) či pocit nenáležitosti (non-belonging), kdy má člověk dojem, že mu postižená končetina nepatří (Kulišťák, 2011; Koukolík, 2012). Při komunikaci s člověkem s tímto postižením je nutné mít jeho pouze jednostranné reagování na paměti.

¹⁸ Mnohem podrobněji o apraxii např. Koukolík, 2012.

1.5.3 PAMĚŤ A UČENÍ

Stejně jako je složitá klasifikace a taxonomie různých druhů paměti, je složitá také problematika jejích poruch. Tato kapitola by musela být nafukovací, kdybychom si v ní chtěli vymezit prostor pro zevrubné popsání jednotlivých „pamětí“ a jejích procesů. Pro rychlé připomenutí necht' poslouží následující taxonomický obrázek (dle Hort, Rusina et al., 2007; Kulišřák, 2011; Koukolík, 2012), přičemž více o jednotlivých charakteristikách v těchto zdrojích.

Klinické dělení	OKAMŽITÁ PAMĚŤ		RECENTNÍ PAMĚŤ	DLOUHODOBÁ PAMĚŤ				
	do 30 sekund (frontální lalok)		minuty, hodiny, dny (začíná závislost na <i>dlouhodobé</i> <i>potenciaci</i>) (temporální lalok)	roky, desítky let (temporální laloky, striatum, neokortex, amygdala, mozeček, bazální ganglia)				
Klasické dělení	PRACOVNÍ PAMĚŤ fonologická smyčka, opticko-prostorový náčrtník, centrum exekutivy				REFERENČNÍ PAMĚŤ			
	<i>ikonická</i>	<i>krátkodobá</i>	<i>přepis informace</i>	= <i>dlouhodobá paměť</i>				
	Přetrvání informace v nervových vstupech	Nevyžaduje učení, trvá sek/min, omezená kapacita	Konsolidační fáze	DEKLARATIVNÍ (explicitní)		NEDEKLARATIVNÍ (implicitní)		
	<i>Poruchy nezjištěny</i>	<i>Může být poškozeno</i>	<i>Anterográdní amnézie</i>	Sémantická (fakta)	Epizodická (události)	Procedurální	Pri-ming	Asociační učení
			<i>Dlouhodobá retrográdní či trvalá anterográdní amnézie</i>		<i>Většinou zachováno</i>			

Obr. 3 Taxonomie klasických typů paměti

Lidé po získaném poškození mozku jsou konfrontováni s poruchami paměti v širokém záběru svých denních aktivit. Jak už bylo zmíněno výše, nemusí jít vždy o poškození center¹⁹ zodpovědných za kódování (učení), konsolidaci (uložení) a vybavování různých typů a forem informací, ale paměťové poruchy mohou být dány poruchami pozornosti (Bennett & Raymond, 2008).

Po poškození mozku se setkáváme s posttraumatickou amnézií, která je spolu se ztrátou vědomí prorokem následného zdravotního stavu a úspěšnosti rehabilitace (Bennett &

¹⁹ Centra jsou zjednodušeně zmíněna v **obr. 3**. Nepostradatelnou roli však hraje **hipokampus**, který po různě dlouhou dobu (dny až roky v závislosti na tom, co se učíme) drží informaci o tom, kde je co v neokortexu uloženo, slouží tedy jako podpora ostatním centřům (která mají informaci taktéž uloženou) pro ukládání i vybavování do té doby, než je paměťová stopa stabilizována (Hort, Rusina et al., 2007). Svou roli hrají taktéž **emoční centra** (Kulišřák, 2011).

Raymond, 2008). **Amnézie** mohou být retrogradní (člověk si nepamatuje události před poraněním) a anterogradní (člověk si nepamatuje události po poranění).

Pokud bývá narušena paměť, jde spíše o poruchy deklarativní než nedeklarativní. Člověk je schopen se učit implicitně určitým dovednostem a návykům, aniž by o tom věděl, a pokud se dostane do podobné situace, jeho implicitní paměťové záznamy by mu měly pomoci situaci řešit (Kulišťák, 2011). Co se týče tedy deklarativních poruch, mohou se objevit jednak obtíže zařadit si proběhlé události do časového a prostorového kontextu (poruchy epizodické paměti), jednak potíže učit se a vybavovat nové informace, fakta a vědomosti a významy slov (poruchy sémantické paměti), oboje narušuje samostatné fungování.

Poruchy obou nemusejí jít nutně ruku v ruce, poškození může být buď jen epizodického, nebo jen sémantického charakteru, což je dáno tím, že sémantická paměť není na rozdíl od epizodické závislá na kontextu a není vázaná na konkrétní čas a prostor, epizodická závisí na činnosti hipokampální formace a prefrontální kůry, sémantická bývá spojována s inferolaterální temporální kůrou (Koukolík, 2012).

Velmi znatelných deficitem bývá **narušení pracovní paměti**, které souvisí s pozorností a bývá spojováno s poškozením frontálních subkortikálních okruhů. Jde o poruchu krátkodobého přechování informací, které pak nemohou být zpracovány (Hort, Rusina et al., 2007). Člověk je velmi omezován při běžných aktivitách, čtení, psaní, počítání, učení se novým znalostem. Newsome se spolupracovníky (2008) přišli s výzkumem, který poukázal na to, že pacienti po poškození aktivují svou pracovní paměť v oblasti jiných struktur, dorzolaterálním a ventrolaterálním prefrontálním kortexu, jímž kompenzují postižení frontálních subkortikálních okruhů.

Objevit se mohou také poruchy recentní paměti, kdy člověk není schopen vybavit si s časovým odstupem již uložené informace poté, co se jimi přestal zabývat v rámci pracovní paměti (Hort, Rusina et al., 2007). O čem se píše málo, či se píše spíše v souvislosti s exekutivními funkcemi, je porucha **prospektivní paměti**. Ta odpovídá za zformování záměru a uchování tohoto záměru do budoucna a dává podnět k jeho realizaci. Čím těžší poranění, tím horší prospektivní paměť (McCauley, Pedroza, McDaniel, Chapman & Levin, 2009).

Jak je vidět, mechanismus paměťových procesů může být narušen v různých oblastech a fázích cesty informace. Z praktického hlediska je mnohem důležitější než detailní analýza projev poruchy paměti a učení. Když si lidé po poškození mozku své paměťové deficiency uvědomují, nevěří, že mohou svou paměť ovlivnit, vede to často k nárůstu emočního distresu, který ještě více zbylé paměťové schopnosti ochromí (Kit, Mateer & Graves, 2007). Jinými

slovy *self-efficacy* vztažené k paměťovým funkcím opět výrazně ovlivňuje paměťové schopnosti jako takové. Autoři (Kit, Mateer & Graves, 2007) opravdu používají pojmu *memory self-efficacy* a zdůrazňují potřebnost jeho posilování a podpory metapaměti (*metamemory*), jež vedou ke zlepšení funkce samotné.

1.5.4 MYŠLENÍ A EXEKUTIVNÍ FUNKCE

Ačkoli předchozí kapitoly vypovídaly o komplikacích, které narušují sociální fungování člověka po získaném poškození mozku, tato a následující kapitoly představí ty oblasti postižení, jež kontakt s druhými a spokojenost v sociálním prostředí ovlivňují nejvíce. V prvé řadě jde o exekutivní funkce, neuropsychologický konstrukt, prakticky velmi cenný, z vědeckého hlediska však v centru nepřetržitých polemik²⁰. Nemůžeme totiž říci, že určitá oblast mozku má na starosti exekutivu jako jasně definovatelný fenomén.

Pod exekutivními funkcemi si můžeme představit jakéhosi dirigenta, který má na starosti ideální souhru všech systémů mozku. Ty jsou samozřejmě schopny fungovat i bez vedení dále, i když třeba „s menší efektivitou, občasnými projevy anarchie, ovšem za standardních podmínek téměř stejně účinně“ (Kulišťák, 2011, s.140). Přítomnost manažera je ale znakem nejvyšší úrovně člověčenství.

Exekutivní funkce jsou spojovány s frontálními laloky²¹ a do jejich kompetence spadá následující seznam funkcí (Bennett & Raymond, 2008; Powell, 2010; Kulišťák, 2011; Koukolík, 2012):

- schopnost řešit problémy, tvořit analogie
- schopnost adaptovat se na nečekané proměny okolností
- schopnost tvořit a uskutečňovat plány
- schopnost směřovat k cíli, případně jej měnit
- schopnost být organizovaný
- schopnost sekvencování a zaměření se na detaily
- schopnost vykonávat více činností současně
- schopnost flexibilního a tvořivého myšlení
- schopnost umisťovat jednotlivé události v prostoru a čase
- schopnost ukládat, zpracovávat a vyvolávat informace z pracovní paměti

²⁰ Více v kapitole 7 (Kulišťák, 2011).

²¹ Podrobnější lokalizace jednotlivých oblastí a jejich funkce např. kapitola 7 (Kulišťák, 2011) či kapitola 11 (Koukolík, 2012).

- schopnost začít, udržet a dokončit aktivitu
- schopnost sebemonitorování (*self-monitoring*) a sebekorekce (*self-correcting*)
- schopnost metakognice a náhledu na své slabé a silné stránky
- schopnost udržení nabuzení a motivace a kapacity pro emoční expresi
- schopnost regulace chování, ovládnání emoční impulzivity
- schopnost respektovat pravidla sociálního chování

Frontální oblast je v souvislosti s poškozením mozku (především tím traumatickým) zasažena velmi často. Člověk s frontálními lézemi bývá svými blízkými vnímán jako úplně jiná osoba, než jakou byl před poškozením. Navíc o svých problémech často neví, protože nemá realistický náhled, není schopen vyhodnotit své chování či se podívat očima druhého (Powell, 2010). Jeho autoregulační schopnost je omezená.

V komunikaci a sociálních vztazích je člověk s frontálním poškozením velmi znevýhodněn, protože sociální okolí naráží na jeho nepružnost, apatii a nezájem, pokles spontaneity a iniciativy, impulzivní výbuchy a emoční labilitu, citovou oploštělost, perseveraci, neschopnost kritického sebehodnocení, neschopnost vydržet při společných aktivitách, neschopnost empatie či někdy až sociopatii (Bennett & Raymond, 2008; Koukolík, 2012). Spokojené sociální vztahy s člověkem bez sociálních kompetencí jsou velmi náročným úkolem.

K tomu všemu se ještě přidružuje horší kvalita myšlení jako takového. Rychlost zpracování informací a zacházení s nimi v rámci myšlenkových procesů je u lidí se získaným poškozením mozku samozřejmě nižší (Bennett & Raymond, 2008) a myšlení je pak méně efektivní. Jakákoli snaha o podporu kognitivní rehabilitace u blízkého člověka naráží na řadu (výše uvedených) překážek.

„Ke zlepšení exekutivních funkcí může dojít, když si člověk uvědomí, že má potíže, a přijme to“ píše Powell (2010, s.83). Koncepce *self-efficacy* naopak podporuje opačný směr, vytvořit náhled na vlastní schopnosti (v tomto případě i jejich zbytky) a posilovat své sebevědomí v jejich uplatnění může vést ke zdokonalení funkcí samých (viz kapitola 3).

Ačkoli to s kognicí není slavné, není vše ztraceno a je prokázáno, že podporování náhledu, metakognice a *self-efficacy* napomáhá zlepšit funkce signifikantně (viz kapitola 4). Pacienti, kteří měli k dispozici zážitek kognitivního a funkčního zlepšení a uvědomili si svůj potenciál v rozhodovacích procesech ohledně vlastního stavu, se zlepšili ve svých exekutivních funkcích skutečně, protože za ně přijali odpovědnost (Dreer, DeVivo, Novack,

Krzywanski & Marson, 2008). Vědomí nezávislosti a osobní autonomie je silně spjato se schopností rozhodovat o svém životě a tím ovlivňovat také spokojenost s jeho podobou.

Výzkum, který prováděli Wilson, Donders a Nguyen (2011), potvrdil důležitost náhledu při neuropsychologické rehabilitaci a terapii. Jejich výsledky ukázaly, že co se týče exekutivních funkcí, mají pacienti a jejich rodinní příslušníci signifikantně odlišné hodnocení míry funkčního poškození. Pacienti často podceňují závažnost poruch v exekutivě (Wilson, Donders & Nguyen, 2011). Tato diskrepance může vyvolávat sociální konflikty a snížený náhled brzdí motivaci k rehabilitaci. Pokud není snaha ze strany postižených svou situaci zlepšit, může to vyvolávat pocity beznaděje, vzteku a rezignace na straně sociální opory. Kvalita života obou je pak výrazně narušena odlišnými představami a nároky.

1.5.5 ŘEČ A KOMUNIKACE

Komunikace je nepostradatelnou součástí mezilidských vztahů. Dovednosti, které jsou potřeba k udržení rozhovoru, jsou rozsáhlé, protože musíme „porozumět tomu, co druhý říká, vymyslet, co řekneme, zvolit správná slova, kterými budeme reagovat, a dát je do správného pořadí, být schopni mluvit nebo vydávat zvuky, mluvit přiměřeně nahlas a patřičně rychle a pracovat s tónem řeči a výrazem“ (Powell, 2010, s.89). Každá z těchto částí může být u člověka po poškození mozku narušena.

Konkrétní problémy v komunikaci se projevují především jako obtíže s výslovností (dysartrie), snížená verbální fluence, obtíže s výbavností slov a organizací slov do vět, problémy s porozuměním slyšenému a čtenému obsahu a potíže s verbálními úvahami, potíže s prozodií, tedy melodií, intonací, pauzami, přízvukem a důrazem (Bennett & Raymond, 2008). Porucha řeči, vzniklá následkem poškození mozkové kůry, se nazývá **afázie**. Osoby s těžkými formami afázie z důvodu specifičnosti této skupiny do našeho výzkumu sice nezahrnujeme, ale měli bychom si popsat, jaké formy poruch řeči se ve spojitosti s poškozením mozku vyskytují, abychom si udělali odpovídající obrázek o tom, s jakými problémy se takový člověk může potýkat v sociálních interakcích.

Klasickými afáziemi jsou Brocova a Wernickeova²², tedy **expresivní afázie** (která je charakterizována narušením řečové produkce, opakování a pojmenování při relativně dobře zachovaném porozumění řeči) a **senzorická afázie** (která se projevuje plynulou mluvou, leč

²² „Mozková mrtvice může postihnout buď Brocovu nebo Wernickeho oblast, při úrazu hlavy však může dojít k poškození obou oblastí najednou“ (Powell, 2010, s.89).

narušeným porozuměním, opakováním a pojmenováním). U obou můžeme zaznamenat výskyt parafází, agramatismů či neologismů (Powell, 2010; Kulišťák, 2011; Koukolík, 2012).

Brocova afázie patří spolu s **globální** (úplná ztráta produkce i porozumění, stereotypní řečové elementy), **izolovanou** (malá aspontánní mluva, porozumění i pojmenování, ale dokonalé opakování) a **transkortikální motorickou afázií** (dobré porozumění a dokonalé opakování, malá řečová spontaneita) k afáziím neplynulým. Wernickeova zase spolu s **transkortikální senzorickou** (fluentní mluva s dobrým opakováním, leč malým porozuměním a pojmenováním), **kondukční** (ochuzené opakování, plynulé a parafatické vyjadřování, dobré porozumění) a **anomickou afázií** (pouze porucha pojmenování zrakových podntů) k plynulým (Kulišťák, 2011)²³.

Jackson (cit.dle Kulišťák, 2011) také tvrdí, že záleží na lateralizaci: levohemisferální léze umožňují rozumět praktickému použití jazyka, avšak způsobují těžkosti s jednotlivými lingvistickými elementy, kdežto pravohemisferální léze nenaruší manipulaci s těmito elementy, leč znemožňují jejich úspěšné použití v kontextu konverzace. Lokalizace lézí hraje svou roli, také frontální poškození se projevuje řečovými deficity. Henry a Crawford (2004) tvrdí, že sémantická a fonemická fluence, respektive jejich poškození, souvisí s poškozením exekutivních funkcí. Toto poškození omezuje verbální IQ, což musí zákonitě ovlivnit i sociální fungování.

Kromě primárních poruch řeči, které jsou dány samotným poškozením fatických funkcí, samozřejmě ke zhoršené komunikaci přispívají i kognitivní deficity, popsané výše. Vše souvisí se vším a komunikační partner musí hledat specifické cesty, aby se s člověkem po poškození mozku dorozuměl. Jeho citlivý přístup a posilování kompetencí postiženého mohou být klíčem k vyrovnaným vztahům a spokojenosti s nimi.

²³ Existují také podkorové afázie, při poškození talamu dochází k řečové aspontaneitě, perseveraci, nepochopitelnému žargonu, parafáziím, přičemž porozumění a opakování jsou v normě, při poškození bazálních ganglií jsou projevy velmi různé (Kulišťák, 2011).

1.5.6 AFEKTIVNÍ A OSOBNOSTNÍ ZMĚNY

Emoční a osobnostní změny jsou běžnou součástí získaného poškození mozku. Některé vznikají *důsledkem přímého nervového poškození*, jiné jsou *zvýrazněním již existujících osobnostních rysů*, další jako *stresová odezva na adaptaci* po postižení a reakce na somatické a kognitivní deficity, některé způsobuje *prostředí, v němž postižený žije* (Powell, 2010). Je velmi složitou otázkou, které projevy patří do které kategorie (Bennett & Raymond, 2008), ale pokusme se je alespoň pro systematickosti odlišit, rozdílnost v jejich podstatě je totiž základem pro možnosti terapie a sociální rehabilitace.

Organické poškození frontálního laloku s sebou nese **emoční oploštělost, apatii, lhostejnost, ztrátu motivace** k aktivitám, **inhibici pohlavní vzrušivosti**, potíže s autoregulací, které se projevují **výbušností a agresivitou, sociálně nepřiměřené a nevhodné chování**, kdy člověku nezáleží na dopadu jeho reakcí na druhé osoby (Bennett & Raymond, 2008; Powell, 2010). Temporální poškození odpovídá za **nedostatečnou kontrolu emocí a impulzů, agresivní výbuchy, hypersexualitu a zvýšenou citlivost** ve smyslu „cítím věci mnohem silněji a hlouběji než předtím“ (Bennett & Raymond, 2008). Poškození mozku také znemožňuje správné rozpoznání **emočních faciálních expresí**²⁴ a tím i vhodné reagování (Saunders, McDonald & Richardson, 2006; Babbage et al., 2011).

Ke *zvýraznění osobnostních rysů* dochází proto, že člověk ztrácí brzdy a páky, které doposud regulovaly pokřivené osobnostní vlastnosti²⁵ (Powell, 2010). Rysy se umocňují a stávají se patologickými. **Neroticismus** (Rush, Malec, Brown & Moessner, 2004), **násilné asociální chování** (Powell, 2010), **alkoholismus** a **užívání návykových látek** (Corrigan, Bogner, Lamb-Hart, Heineman & Moore, 2005), **sebevražedné tendence** (Kuipers & Lancaster cit.dle Simpson, Franke & Gillett, 2007; Brenner, Vanderploeg & Terrio, 2009) nejsou až tak zřídkačným problémem lidí se získaným poškozením a vyskytují se signifikantně častěji než u zdravé populace.

Reaktivní změny přinášejí především **depresi, úzkostné stavy** a pocity **viny, bezvýchodnosti** a **bezmoci**. Pokud není člověk postižen těžce, je schopen si uvědomovat

²⁴ Výzkumníci zjistili, že lidé s poškozením mozku méně diferencují mezi negativními a pozitivními emocemi ve tváři než skupina zdravých jedinců. Negativní emoce nevnímají tolik jako negativní (Saunders, McDonald & Richardson, 2006). To, že je rozpoznání emocí v obličeji pro osoby po poranění problémem, potvrdila i metaanalytická studie (Babbage et al. 2011).

²⁵ Malec, Brown a Moessner (2004) a Rush, Malec, Brown a Moessner (2006) svými výzkumy dokazují, že v posouzení osobnosti (pomocí NEO-PI-R) se pacienti po získaném poškození mozku neliší od běžné populace. Jejich práce však nedokazuje, že se jejich skóry nezměnily vůči premorbidní osobnosti. Empiricky však poruchy osobnosti a výrazné změny také nebyly dokázány (Rush, Malec, Brown & Moessner, 2004), ačkoli výpovědi příbuzných a blízkých osob mluví o opaku.

svou situaci. Často navíc dochází ke **zmatenosti**, co se týče **vlastního sebepojetí** (*self-image*) a **sebedůvěry** (*self-confidence*) (Bennett & Raymond, 2008). Okolí postiženému říká, že vypadá dobře a že následky nejsou poznat (jeho postižení není pro ostatní zřetelně viditelné), ale on sám zažívá neúspěch v dříve snadno zvládnutelných úlohách (a uvědomuje si svá omezení). Realitě neodpovídající očekávání ze strany druhých pak mohou přispívat nejen k úzkostem a depresím, ale také k **paranoie** a pocitům ztráty zdravého rozumu (mám o sobě jinou představu, než jakou má mé okolí).

Nepochopení potřeb postiženého může vést k tomu, že pobývá v **nevhodném prostředí** (fyzickém i sociálním), které jeho nevhodné chování umocňuje (Powell, 2010). Pokud nejsou uspokojovány potřeby, dochází k **frustraci** a **stresu**. Ty pak podporují apatii, stažení se do sebe či naopak vznětlivost a agresí.

Ještě jednou si shrňme, co všechno má vliv. Emoční a osobnostní změny souvisejí bez debat se ztrátou náhledu a hodnocení vlastního chování, jež mají vazbu na poškození frontotemporálních funkcí, sem bychom mohli z našeho výzkumného pohledu zařadit také ztrátu metakognice a *self-efficacy*. Emoční nestabilita a osobnostní proměna se odvíjejí rovněž od stavu před poškozením – původní emoční vyrovnanost, dobrá adaptabilita (*well-adjustment*) a ukotvenost a stabilita (*well-entrenchment*) zmírňují možné projevy. Změny se váží také na ztrátu sebehodnoty (*self-esteem*), které je narušeno v důsledku motorických a kognitivních deficitů.

Důležité místo při vyrovnávání se s emočními a osobnostními výzvami zaujímá sociální opora blízkých a signifikantních druhých (*signifiant others*), jejichž pomoc se sociální edukací a začleňováním je nezbytným faktorem této úspěšnosti (Bennett & Raymond, 2008; Powell, 2010). Pokud navíc neopomeneme náš kontext vědomí vlastní účinnosti (*self-efficacy*) osoby po poškození, je přístup, očekávání a představy o jeho schopnostech ze strany blízkých důležitou intervenující proměnnou pro jeho posílení.

Emoce mají složku fyziologickou, kognitivní a behaviorální (Kulišťák, 2011), takto na ně musíme také hledět. Za centrum emocí se odjakživa považovala amygdala a limbický systém. K emočním a osobnostním poruchám ale dochází, i když nejsou tyto oblasti zasaženy. Emoce velmi souvisejí s kognitivními funkcemi (hlavně pamětí), proto i korové oblasti (laterální a ventromediální prefrontální kůra) nemůžeme opomíjet. „Poškození ventromediální prefrontální kůry narušuje sociální chování“ (Koukolík, 2012, s.298), stejně jako poškození starých center. V případě kortikálních oblastí je kognitivní zpracování a emoční reakce implicitní, v případě amygdaly jde o procesy explicitní (Koukolík, 2012). S tím také souvisí rehabilitační přístup.

Ukazuje se, že problémy s emocemi a chováním jsou dlouhodobě zdaleka nejvýznamnější příčinou stresu rodiny (Powell, 2010). Člověk, více či méně blízký, dokáže soucítit a vycházet s někým, kdo je na vozíku, chodí o berlích či má problémy s řečí nebo pamětí, mnohem hůře ale dokáže pochopit někoho, kdo křičí nadávky, je impulzivní, agresivní a chová se nepřiměřeně situaci.

1.5.7 BLÍZKÉ SOCIÁLNÍ VZTAHY

Když si zreflektujeme obsahy předchozích kapitol a přidáme k nim ještě zmínky o tom, jak každá z poruch a omezení může mít vliv na komunikaci, sociální vztahy a spokojenost v nich, mohli bychom říci, že tato kapitola je hotová. Člověk se získaným poškozením mozku (opět samozřejmě záleží na stupni poranění a konkrétní kombinaci následků) se může projevovat způsobem, který neodpovídá příliš pravidlům sociálních interakcí a pozitivních vztahů.

Struktura jeho sociálních sítí, kvalita i kvantita sociálních vztahů se značně proměňuje. Získané poškození člověka omezuje natolik, že je minimálně v prvních měsících po akutní fázi odkázán na své nejbližší, nejčastěji rodinu. Někteří autoři (např. Powell, 2010; Landau & Hissett, 2008) dokonce hovoří o tom, že pravými oběťmi jsou právě rodinní příslušníci, kteří trpí stavem postiženého mnohem více, neboť mají přesnější náhled na vzniklou situaci a její konsekvence. Žádná rodina totiž není připravená souvislosti s úrazem hlavy spojené.

Vliv postižení na rodinné vztahy je široký, pojďme se podívat, co o tom píše odborná literatura (Powell, 2010, s.123-124):

Blízcí příbuzní během let po poranění hlavy člena rodiny pociťují silnou úzkost a mívají deprese. Postupem času jejich schopnost zvládat problémy slábne, dochází k úbytku sil. Průzkumy se jednoznačně shodují v tom, co rodinu stresuje nejvíce. Nejsou to fyzické ani kognitivní obtíže, ale emoční obtíže a problémové chování – agresivita a snížená tolerance, ztráta sociálních dovedností, nevhodné chování, nedostatek empatie, apatie, sebestřednou a nedostatečný náhled postiženého.

Manželé nebo manželky postižených si v manželství, které neuspokojuje jejich emoční potřeby, často připadají jako ve vězení. Někteří to popisují, jako že nejsou ani svobodní, ani sezdaní, ale žijí osamocně v jakémsi meziprostoru. Nemůžou truchlit, ani se rozvést nebo rozejít, aniž by měli pocit viny a výčitky svědomí. Vztahy se ocitají pod obrovským tlakem a podle odhadů 40-50% všech manželství, v nichž jeden z manželů utrpí těžké poranění hlavy, končí rozvodem. Vztahy navázané po zranění mívají větší naději na úspěch. Obecně platí, že čím déle vztah trvá, tím větší je šance, že nastalé problémy unese.

U dětí se často vyskytují emoční problémy, jelikož kromě toho, že se musejí vyrovnat s počátečním traumatem a následným problémovým chováním svého rodiče, rodina často opomíjí jejich potřeby, což může mít negativní vliv na výkony ve škole. To, jestli dítě bude nebo nebude mít obtíže, závisí na tom, zda má zdravý rodič sklon k depresi či nikoli.

Pokud mluvíme o lehkém a středním získaném poškození, nepochybně jsou následky pro rodinu méně závažné. Také sociální dovednosti mají větší šanci na zdokonalení. Udržení spokojených vztahů je však nutně závislé i na zdravých členech a rodinném prostředí obecně²⁶ (Yeates, Walz, Taylor, Stancin & Wade, 2010). Nastalou situaci lépe zvládající jsou ti, kteří jsou flexibilní a netrvají na zaběhnutých zvycích, otevřeně komunikují, vyjadřují kladné i záporné emoce a rozpoznávají potřeby své i druhých a smýšlejí pozitivně, zaměřují se na ty lepší stránky vztahu (Powell, 2010). Ne vždy tomu tak samozřejmě je, proto by měla být sociální rehabilitace zacílena na celý rodinný systém.

Při poškození mozku vypovídá postižený často o jakési ztrátě sebe (*loss of self*) s mnoha formami jako např. ztrátě sebepoznání (*loss of clear self-knowledge*), ztrátě sebe ve srovnání s něčím (*loss of self by comparison*) a ztrátě sebe v očích druhých (*loss of self in the eyes of others*). Pokud rodina i postižený získají realistický náhled na to, co je ztraceno a co se dá ještě obnovit, může se předejít rozpadu rodinné identity a vztahů vůbec (Landau & Hissett, 2008). Posilování sociálního *self-efficacy* by mohlo být jednou z částí sociální rehabilitace.

Jak již víme, sociální kompetence souvisejí s exekutivními funkcemi (Ganesalingam et al. 2011; Levin et al., 2004). Posilování sociálního *self-efficacy* by proto mohlo být jednou z částí sociální rehabilitace, protože při něm dochází k podpoře realistického náhledu na dovednosti, důvěru v ně a jejich případné zlepšování. Posílení exekutivy (náhledu) by ovlivnilo sociální schopnosti.

Pojďme se nyní podívat, které jsou často narušeny a které je nutné začlenit do sociální rehabilitace. Problematické je řešení sociálních problémů, pragmatická mluva, rozpoznání a vyjádření emocí, rozpoznání a chápání psychického rozpoložení svého i druhého, chápání záměrů druhého, zúžená škála sociálních kompetencí, kontrola svého chování, emocí a impulzů, agresivní reakce, ztráta mentální flexibility a ulpívání na určitém řešení bez ohledu na potřeby druhých, nedostatečný náhled na vlastní sociální chování a jeho adekvátnost, dívání se skrz perspektivu druhých, přemýšlení o tom, jak druzí přemýšlejí, předcházení konfliktům, rozumění sociálním interakcím, rozumění ve tváři projeveným emocím, porozumění sarkasmu a nepochopení významu mezilidské interakce (Ganesalingam et al.,

²⁶ Autoři popisují důležitost pevného vedení v začátcích sociální rehabilitace, ale nepostradatelnost podpůrné péče v jejím průběhu.

2011; Newsome et al. & Levin, 2010; Hanten et al., 2008; Milders, Ietswaart, Crawford & Currie, 2006; McDonald & Flanagan, 2004).

S tímto seznamem je velmi obtížné udržovat spokojené sociální vztahy. Sociální opora je pro člověka po poranění mozku nezbytným aspektem. Člověk se pak může nacházet v začarovaném kruhu, kdy uspokojivé vztahy a podpůrné prostředí potřebuje k efektivní rehabilitaci, obnově ztracených funkcí a jednoduše k vlastní spokojenosti, ale neumí je navazovat a udržovat. Nejde jen o vztahy úzké rodiny, kompenzační úlohu, pokud nefungují ony, má také širší rodina a přátelé.

Vztahy s nimi se ale ze stejných příčin mění rovněž. Výhodou zde bývá fakt, že tito lidé netráví čas s postiženým nepřetržitě a nejsou sociálním kontaktem tolik vyčerpáni. Situace má zde ale jiný háček. Ačkoli většinou o sociální začlenění a blízké přátelé lidé se získaným poškozením mozku stojí a jejich nenaplněná potřeba přátelských vztahů je dvakrát větší než u zdravých osob, jejich sociální participace je signifikantně nižší než u zdravé populace (Brown, Gordon & Spielman, 2003). Sociální integrace je přitom faktorem ovlivňujícím subjektivní kvalitu života (Burleigh cit.dle Brown, Gordon & Spielman, 2003).

1.5.8 ŠIRŠÍ SOCIÁLNÍ VZTAHY A SOCIÁLNÍ A PRACOVNÍ REINTEGRACE

Brown, Gordon a Spielman (2003) zjistili, že lidé po poškození jsou sociálně signifikantně méně aktivní než zdravá populace a raději provádějí domácí aktivity, než by šli ven, sportovat, za kulturou, do restaurace či absolvovali např. rekreační pobyt. Kompletní data pro Českou republiku opět nejsou v plném rozsahu k dispozici, praktická zkušenost napovídá, že zdravotníci nesledují další osudy lidí, kteří prošli jejich oddělením akutní péče.

Např. v Dánsku Engberg a Teasdale (cit.dle Kulišťák, 2006) svým výzkumem zjistili, že 23-31% pacientů s lézemi mozku si neudrželo premorbidní úroveň zaměstnání či vzdělání, až 51% pacientů pocítilo určité či zřetelné narušení volného času a zájmů²⁷. Kulišťák (2006) se domnívá, že výzkum potvrdil již jednou vyslovenou skutečnost, že duševní deficity mají výrazně větší vliv na návrat k původnímu zaměstnání než deficity tělesné.

Porucha sebekontroly a regulace emocí se projevuje nejen v blízkých sociálních vztazích, ale je tím více viditelná ve vztazích širších, v nichž druzí očekávají chování sociálně přiléhavé a sociální pravidla respektující. Člověk bez náhledu ale tato očekávání druhých není schopen naplnit. V kontaktu s druhými lidmi (ve volném čase, zaměstnání apod.) může

²⁷ Powell (2010) používá jiná čísla – podle jeho zjištění a analýz výzkumů se do práce na plný či částečný úvazek vrací pouze 19-29%, kteří měli práci předtím, než utrpěli poškození mozku.

docházet k velmi napjatým momentům a pokud k tomu připočteme ještě kognitivní deficity, druhá strana dá pravděpodobně přednost jinému komunikačnímu a interakčnímu partneru.

K tomuto trendu vyloučení lidí po získaném poškození přispívá neinformovanost veřejnosti, co se týče této problematiky. Postižení je z větší části neviditelné, a tudíž ignorované. Lidé po poranění mohou být považováni za cokoli, nespolehlivé odpůrce práce a řádu, labilní agresory, zmatené podivíny, jen ne za lidi, kteří kvůli svému poranění potřebují specifický přístup. Tento aspekt často brání návratu do práce, navazování nových vztahů či udržování stávajících kontaktů.

Lidé po získaném poškození si často přejí, aby v sociálních a pracovních vztazích fungovali jako dřív (Powell, 2010). Podle výzkumů Johnstona a Yoona (2009) a Waldron-Perrina s kolegy (2011) dodává sílu k aktivitám a motivaci začlenit se spiritualita či víra (nikoli pouze náboženské praktikování), jež také posilují *well-being*. Nepochybně kromě těchto psychologických aspektů jsou zapotřebí také specifické rehabilitační programy, zaměřené na kognitivní, sociální a pracovní terapii, reintegraci a nácvik dovedností, pokud možno integrativní cestou. Bohužel v České republice jsou tyto programy na samém začátku a rozjíždějí se velmi pozvolna (Powell, 2010). Více o možnostech, které snad i u nás brzy využijeme v kapitole 4.

1.6 SHRNUTÍ

V této kapitole jsme se zaměřili na uvedení do problematiky, která je jádrem našeho výzkumu. Probrali jsme základní klasifikaci a přiblížili si základní možnosti příčin vzniku a souvislostí získaného poškození, popsali jsme pozadí neuropatologických změn i neuroplasticity jako naděje na rehabilitaci původního somatického i psychického stavu člověka, spadajícího do této skupiny postižených.

Stěžejní část kapitoly pak tvořily části, zaměřené na organické a somatické, kognitivní, afektivní a osobnostní následky²⁸, které byly dávány do souvislosti se schopností člověka úspěšně komunikovat, sociálně fungovat v bližších i širších vztazích a být v nich spokojený. V rámci úspěšných sociálních vztahů záleží nejen na stupni a lokalizaci poškození, nejen na schopnosti mozku plasticky převzít schopnost poničené oblasti jinou či její funkci jinak nahradit, ale velmi také na povaze samotných sociálních vztahů před poraněním a odhodláním sociální opory jako vhodná (tzn. ani příliš optimistická, ani příliš negativistická) sociální opora fungovat. Někdy právě nejbližší osoby přispívají ke vztahovým nesouladům a *neschopnosti* člověka sociálně fungovat.

Psychické deficity jsou jistě nemalou překážkou pro běžné fungování v životě i sociální vztahy. Bohužel přetrvávají v určité formě i několik let od získaného poškození. Draper a Ponsford (2008) ve své práci však uvádějí jednu zásadní informaci, a to, že objektivní testování kognitivních funkcí (analogicky bychom mohli polemizovat i nad emočními) má odlišné výsledky než posouzení téhož příbuznými lidí po poranění mozku. Je tedy možné, že ačkoli kognitivní deficity zcela nevymizí, nemusejí se projevat v takové míře, jakou uvádějí blízké osoby. Jejich subjektivní pohled pak může mít vliv na vztah k jejich blízké osobě po získaném poškození mozku a jeho funkčnost.

O tématu získaného poškození by se dala napsat podstatně delší pojednání. Mnohé²⁹ však není předmětem našeho zájmu, ačkoli jde o velmi důležitá fakta. Nezbyvá než odkázat na použité zdroje a přesunout se k dalším kapitolám, které nám prozradí něco víc k souvislostem získaného poškození.

²⁸ Hopkins, Tate a Bigler (2005) porovnávali traumatická a netraumatická poškození mozku a nezjistili signifikantní rozdíl v deficitech. Také další zdroje (Kulišřák, 2011; Koukolík, 2012, Powell, 2010 apod.) hovoří o deficitech jako o společných projevech pro různé typy poškození, případně píší o určité oblasti, ale nikoli o způsobu jejího poranění. Proto i v této kapitole čerpáme ne vždy ze zdrojů, které se vztahují ke všem formám získaného poškození mozku (mnohdy výzkumy nejsou dostupné), a přistupujeme k problematice především na základě poškození v konkrétních oblastech, nikoli na základě diagnóz.

²⁹ Z důvodu omezeného prostoru jsme nezmínili např. anatomické ani funkční mozkové oblasti, laterální, možnosti neuropsychologického testování zmiňovaných funkcí atd.

2. KVALITA ŽIVOTA A LIDÉ SE ZÍSKANÝM POŠKOZENÍM MOZKU

„V některých případech se nám podaří překonat překážky či potíže a vrátit se ke svému původnímu klidu...všechno má zase svůj smysl...nic nebrání našemu veselí...Avšak někdy, když...začnou trpět chorobou lidé okolo nás, naši blízcí či my samotní, onen apel ze skrytých zákoutí bytí si svou urgenci zachová a přinutí nás věnovat se...uvažování nad smyslem našeho vlastního života...“

Jan Payne et al., 2005, s.15

Pokud se pohybujeme na půdě určitého onemocnění (v našem případě konkrétně např. získaného poškození mozku), jeho léčba, předcházení možným následkům i jejich zmírnování se odehrává v horizontu hodnoty zdraví. Zdraví jako by bylo něčím samozřejmě očekávaným a jeho narušení vyvolává často řadu otazníků, vztažených ke ztrátě smyslu, spokojenosti i kvality života jako něčeho, co nenávratně zmizelo s příchodem onemocnění. Přitom kvalita života, subjektivní pohoda či životní spokojenost je spíše než k nepřítomnosti poruchy či nemoci vztažená k fyzickému, psychickému i sociálnímu blahu (*well-being*), jak ustanovuje již WHO, pokud bychom se chtěli držet oficiálních definic (Payne et al., 2005).

Kvalita života, životní spokojenost, subjektivní pohoda, nazývejme tento ke smyslu života a touze naplno žít vztažený fenomén jakkoli, by měly být nepostradatelnou součástí zájmu odborníků, pracujících ve zdravotnictví a pomáhajících profesích. Právě tento koncept může být totiž vnímán jako ukazatel úspěšného a spokojeného bytí, kdy se člověk zvládne vypořádat s překážkami, náročnými životními situacemi a krizovými událostmi a navzdory nim se svému životu a těžkostem nevzdává.

Kvalita života, životní spokojenost i subjektivní pohoda nepochybně souvisejí s psychickou odolností, ta se zase vzájemně ovlivňuje se *self-efficacy*³⁰. Na různé koncepty psychické odolnosti nemáme v této práci již prostor, avšak je nutné alespoň takto připomenout významnou souvislost. Trochu rychle jsme se vrhli na popis možných vztahů, které se ke kvalitě života, životní spokojenosti o subjektivní pohodě vážou, nicméně základní otázka zůstává nezodpovězena. Pojdme se k ní vrátit a začneme tedy postupně tím, co vlastně zmíněné koncepty znamenají, s jakými teoretickými a praktickými úskalími se pojí a jak souvisejí se zdravotnickou tematikou, konkrétně s oblastí získaných poškození mozku. Na dílčí otázky by nám podrobněji měly odpovědět následující kapitoly.

³⁰ O této souvislosti píše z jiného úhlu pohledu, a to v rámci předškolního věku, např. Hoskocová (2006), více tedy viz tato publikace. Více o *self-efficacy* viz kapitola 3.

2.1 ÚSKALÍ SPOJENÁ S DEFINOVÁNÍM KVALITY ŽIVOTA

Když se ve 20. letech poprvé objevila zmínka o kvalitě života (*quality of life – QoL*), měla ryze ekonomické konotace. Postupem času začali pojmu využívat i politici a sociologové a teprve v posledních desetiletích je výzkumně citovaným tématem také v oblasti psychologie a zdravotnictví (Gurková, 2011; Hnilicová, 2005; Payne, 2005). Na základě této velmi stručné historie můžeme tvrdit, že význam pojmu byl po každé jiný, pokaždé byl vztažen k jiným oblastem života, a tudíž není až tak nepochopitelné, že ani dnes nepanuje shoda v tom, co do definice kvality života zahrnout.

V této práci je důležité postihnout právě zdravotnicko-psychologické hledisko, proto také budeme vycházet zejména ze subjektivního vnímání vlastní spokojenosti, vztažené ke zdravotnímu stavu, který tuto spokojenost samozřejmě ovlivňuje. „Studium kvality života v současné době znamená hledání a identifikaci faktorů, které přispívají k dobrému a smysluplnému životu a k pocitu lidského štěstí“ (Hnilicová, 2005, s.206). Kvalita života je ale také „stupeň, ve kterém jedinec využívá důležité možnosti svého života... tyto možnosti přitom vyvěrají z příležitostí a omezení, které každý člověk ve svém životě má, a tyto jsou odrazem interakce mezi ním a prostředím“ (Hnilicová, 2005, s.208).

Tato obecná definice by nás měla zaujmout především tím, že nepřímou říká, že člověk má do té míry, do jaké mu dovoluje jeho zdravotní omezení, možnost určit si, jak přiměřeně, efektivně a dostatečně bude využívat těch možností svého života, které jej dělají spokojeným a šťastným. O něčem podobném hovoří s odvoláním na své výsledky k subjektivnímu vnímání kvality života Křížová (2005). Hnilicová (2005) dále poznamenává, že využívání možností se odehrává na třech rovinách, jednak v rovině bytí³¹ (*being*), dále přílnutí³² (*belonging*) a nakonec v rovině realizace³³ (*becoming*).

Pokud se na ně podíváme podrobněji (viz poznámky pod čarou), zjistíme, že pokud člověk realizuje to, co je pro něj důležité, může být spokojen i navzdory svému zdravotnímu omezení, protože existují oblasti, které ono zdravotní omezení nemůže odnést. Tato myšlenka by měla být základem rehabilitace a terapie. Někdy stačí napomoci náhledu na to, čeho je

³¹ Zahrnuje fyzické bytí (fyzické zdraví, osobní hygiena, výživa, tělesný pohyb, způsob oblékání a celkový vzhled), psychologické bytí (psychologické zdraví, kognice, citění, *self-concept*, sebeúcta a sebekontrola) a spirituální bytí (osobní hodnoty, přesvědčení a víra).

³² Opět zahrnuje fyzické přílnutí (k domovu, pracovišti/škole, sousedství, komunitě), užší sociální přílnutí (k rodině, přátelům, spolupracovníkům, sousedům) a přílnutí k širšímu sociálnímu prostředí (pracovní příležitosti, adekvátní finanční příjmy, zdravotní a sociální péče, vzdělávací a rekreační možnosti).

³³ Jde již o dosahování osobních cílů, nadějí a aspirací, které je prováděno prostřednictvím praktického uskutečňování (domácí aktivity, školní a zájmové činnosti, péče o sebe), relaxačních aktivit (redukce stresu a relaxace) a uskutečňováním růstu (udržování a zlepšování znalostí, dovedností, adaptace na změnu).

člověk schopen a čím může svého štěstí dosáhnout. O náhledu více v kapitole 4, nyní se pojd'me podívat na různá pojetí kvality života a určit si, která se týkají našeho výzkumu.

2.1.1 RŮZNÁ POJETÍ KVALITY ŽIVOTA, ŽIVOTNÍ SPOKOJENOSTI A SUBJEKTIVNÍ POHODY

Ani tato kapitola nemá neomezený obsah, proto si hned na začátku nastavme základní úhel pohledu, na základě něhož budeme rozlišovat různé typy kvality života, životní spokojenosti a osobní pohody. Kvalitu jakého života tedy měříme? Základním objektem našeho měření je z logiky našeho výzkumného záměru **život individuální**.

Druhým možným přístupem je zkoumání skupinových, kulturních či národních efektů, které vychází z hodnocení kvality života ve vztahu např. ke společnosti, ekonomickým a materiálním indikátorům, politické svobodě, právní a sociální spravedlnosti či zdravotní péči. Tato kvalita života vyjadřuje „míru shody objektivních životních podmínek a jejich subjektivního hodnocení velkými skupinami lidí“ (Gurková, 2011, s.28). Objektivní **populační posouzení** ale málo hovoří o skutečné subjektivní pohodě, tudíž nemá v naší práci platné místo, ačkoli pro jiné typy výzkumu mohou být jistě neméně zajímavé.

I život individuální se dá posuzovat dvojím způsobem, objektivně a subjektivně, což je primární dělení. **Objektivní kvalita života** udává to, do jaké míry život splňuje explicitně vyjádřená kritéria tzv. *dobrého života*, např. referenční hodnoty vitálních funkcí či úroveň soběstačnosti v denních aktivitách, sociální status vyjádřen mírou materiálního zajištění apod. (Gurková, 2011; Hnilicová, 2005).

Subjektivní kvalita života se týká především lidské emocionality, jde o posouzení sebe sama, založené na implicitních kritériích, např. subjektivní pocit zdraví, subjektivně vnímaná spokojenost s různými oblastmi života či subjektivní pohoda (Gurková, 2011; Hnilicová, 2005). Subjektivní kvalita života je vnímána jako spokojenost ve vztahu k individuálním osobním cílům, očekáváním, zájmům, hodnotám a životnímu stylu vůbec (Gurková, 2011).

Podle Hnilicové (2005) se kvalita života zkoumá ze tří základních hledisek, a to optikou sociologie (ta nás, jak jsme již uvedli výše, nezajímá), optikou psychologie (k níž je psána tato kapitola) a optikou medicíny či zdravotnictví (k níž se vrátíme v kapitole 2.1.2). Naším stěžejním východiskem je pak tedy subjektivní kvalita života, nahlížená pohledem především psychologickým, ovšem doplněným o zdravotnickou úroveň, protože osoby se získaným poškozením mozku nemohou při osobním hodnocení svých pocitů, vztažených ke spokojenosti s různými oblastmi svého života, přehlédnout zdravotní dopad svého postižení.

Kvalita života v psychologii v sobě skrývá dvě podoby konceptualizace (vidíme, že pojetí kvality života se začíná složitě rozvětlovat). První z nich je spokojenost se životem čili **životní spokojenost** (*satisfaction with life*), kdy se většinou hledají odpovědi na otázky, co činí lidi spokojenými, jaká je struktura faktorů, které ke spokojenosti přispívají, případně jaké společenské instituce ovlivní spokojenost lidí³⁴ (Hnilicová, 2005). Druhým z nich je **prožívaná subjektivní pohoda** (*subjective well-being*), neboli štěstí, kdy se klade důraz na hodnocení kvality života jako takového³⁵ (Hnilicová, 2005).

Ještě více podrobnější a diferencovanější pojetí konceptu *well-being* podává Gurková (2011). Autorka na základě prací jiných autorů (např. Ryan & Deci, 2001) odlišuje **subjektivní pohodu** (*subjective well-being*) a **pohodu psychologickou** (*psychological well-being*). Z povahy našeho výzkumného přístupu by pak našim potřebám vyhovoval koncept právě pohody psychologické, protože klade důraz na význam sebeaktualizace, smyslu života, osobního růstu a uskutečňování vlastního potenciálu (Gurková, 2011). Ryffová a Keyesová (cit. dle Šolcová & Kebza, 2004) k tomuto typu pohody vymezily šest charakteristických dimenzí, sebedpřijetí (*self-acceptance*), smysl života (*purpose in life*), pozitivní vztahy s druhými lidmi (*social relationships*), autonomii (*autonomy*), osobní rozvoj (*personal growth*) a zvládání každodenních nároků, které nám připravuje prostředí (*environmental mastery*).

Právě výše vyjmenované aspekty osobní pohody či životní spokojenosti nejvíce odpovídají realitě osob se získaným poškozením mozku, neboť takovéto postižení zamíchá s těmito dimenzemi nejvíce. Koncept psychologické pohody však nenašel příliš příznivého ohlasu a ve výzkumném či klinickém prostředí se neujal (Gurková, 2011), proto ani výzkumné nástroje, které by zmíněnému konceptu odpovídaly, nejsou k dispozici. Útěchou nám může být, že používané dotazníky (alespoň ty v našem výzkumu³⁶) alespoň zčásti reflektují některé tyto aspekty, ačkoli jsou primárně konstruované směrem zážitkového a aktuálního posouzení.

Ponechme nuance mezi psychologickou a subjektivní pohodou stranou a vnímejme je jako jednoduší koncept. Další dichotomií je totiž pohled na subjektivní pohodu z pozice kognitivního náhledu a emocionálního stavu (Gurková, 2011; Hnilicová, 2005). **Kognitivní**

³⁴ V našem případě používáme modifikovaný **Dotazník životní spokojenosti** (Fahrenberg, Myrtek, Schumacher & Brähler, 2001), který zkoumá především strukturu faktorů, které k životní spokojenosti přispívají. Více o měřicích nástrojích viz metodologická část této práce.

³⁵ Koncept *well-being* přímo v našem výzkumu použit není (ve smyslu použití jemu odpovídajícímu dotazníku), avšak jeho podstata se skrývá v použitých nástrojích jako takových, proto zde uvádíme jeho teoretické ukotvení. Navíc Hnilicová (2005) uvádí, že subjektivní pohoda je měřitelná nástrojem pro životní spokojenost.

³⁶ O nich více v metodologické části této práce.

část subjektivní pohody zahrnuje životní spokojenost (o níž jsme hovořili výše), konkrétně „vědomé, globální hodnocení vlastního života jako celku, dále subjektivně významné oblasti života, kterými jsou obvykle rodina, přátelé, práce, sociální prostředí, ekonomický status a sebehodnocení“ (Gurková, 2011, s.34). Člověk racionálně nahlíží na to, jak to ve svém životě má, a podle srovnání s tím, co považuje za přirozený standard, určí, zda je spokojen.

Emocionální část subjektivní pohody vyjadřuje pozitivní či negativní emoce a zahrnuje aktuální stav (řádově spíše v horizontu dnů a týdnů, než okamžiků či let) lidského prožívání ve vztahu k reflektované celkové povaze jeho života (Gurková, 2011). Emoce a kognice jdou však ruku v ruce, jak jsme se již zmínili v první kapitole.

Problematika toho, zda je subjektivní pohoda, životní spokojenost a kvalita života spjata spíše s emočními stavy, racionálními přesvědčeními či obojím najednou je spíše otázkou pro teoretiky než kliniky. Už jen z důvodu nesouladu v teoretických východiscích by stálo za to se v tomto tématu ujednotit a výzkumně potvrdit jeho pilíře, části a oblasti, na které je nutné se respondentů ptát. To však není úkolem této práce.

Kvalita života, životní spokojenost i subjektivní pohoda jsou různými autory chápány jako více či méně totožné koncepty (viz kapitola 3.3 dle Gurková, 2011, s. 38-40). Pro naše účely chápeme tyto fenomény integrativně, v každém měřícím nástroji bychom totiž našly otázky jak emocionální, tak racionální, otázky, které mohou být odpovědí pro subjektivní pohodu i životní spokojenost. „Subjektivní spokojenost je základem jak měření kvality života, tak i subjektivní pohody“ (Gurková, 2011, s.39), všechny tři koncepty se tedy prolínají a pravděpodobně bychom zde polemikami nad tím, co je komponentou čeho, problém nejednotnosti v pojetí nevyřešili.

2.1.2 MÍSTO KONCEPTU VE ZDRAVOTNICTVÍ

S odkazem na odstavec výše náš přístup komplikuje (a zároveň obohacuje) to, že ke kvalitě života nepřistupujeme pouze z hlediska psychologie, ale z praktických důvodů a kvůli ekologické validitě je nutné, abychom neopomněli medicínskou složku kvality života. Lidé se získaným poškozením mozku totiž nad svou spokojeností musí reálně uvažovat v souvislostech svého zdraví.

Také v rámci zdravotnické péče, která v mnoha případech nemohla usilovat o úspěšné uzdravení, ale v uvozovkách pouze o zlepšení či udržení stavu nevyléčitelně nemocných či chronických pacientů, se začalo hovořit o nesmírné důležitosti kvality života (Hnilicová, 2005). Subjektivní posouzení vlastního stavu umožňovalo lepší regulaci zdravotní terapie a bylo nastaveným zrcadlem pro schopnost zvládnout život s nemocí či handicapem.

Ke zdraví vztážená kvalita života (*health related quality of life*) není vnímána pouze ve vztahu přítomnosti či nepřítomnosti onemocnění a jeho symptomů, ale jde o multidimenzionální konstrukt, který v sobě nese několik ukazatelů (Zikmund cit.dle Gurková, 2011, s.46-47):

- Zmírňování či odstraňování tělesného i duševního utrpení a bolesti
- Dosahování nezávislosti jedince na jiných osobách v každodenních aktivitách
- Schopnost zvládat náročné situace, zátěž a stres
- Schopnost žít ve vyhovujících sociálních vztazích a zapojovat se do sociálních aktivit
- Vlastní zabezpečování života uspokojováním konkrétních potřeb
- Spokojenost s vlastním životem, příležitostná radost z něj a prožívání štěstí

Opět zde máme sociální schopnosti a spokojenost, která vyplývá ze schopnosti být samostatný, být funkční v denních, náročných i specificky sociálních aktivitách a to vše v zářímování netypického zdravotního stavu. Dopad nemoci na všechny tyto oblasti je zjevný, spokojenost s adaptací na tyto změny již méně.

Kvalita života je dlouhodobější stav, regulovaný mechanismy psychické rovnováhy (Gurková, 2011). Kvalita života s významem celkové životní spokojenosti se explicitně vztahuje k vnitřním standardům hodnocení, oblastem, které jsou pro jednotlivce podstatné (Ferrans cit.dle Gurková, 2011). Kvalita života je tedy jako koncept posunutá dále, než jen k „objektivní úrovni zdravotního stavu nebo jeho subjektivní percepci“ (Gurková, 2011, s.51).

Z logiky věci můžeme tvrdit, že i nemocný člověk může svou kvalitu života vnímat pozitivněji než člověk zdravý. Přítomnost symptomatologie tedy není nekompromisním prediktorem nízké úrovně subjektivní kvality života. Proto je důležité vnímat další souvislosti, jako např. právě schopnost fungovat v sociálních vztazích a sociální *self-efficacy* v našem případě. Kvalita života totiž spíše klesá s limity a omezením běžného fungování a životního stylu nemocí než horším zdravotním stavem jako takovým (Gurková, 2011). Podstatný je především význam následků choroby, vztážený k hodnotovému systému dotyčného.

Tuto myšlenku podporuje fenomén **adaptace** a **paradox spokojenosti** (Draper cit.dle Gurková, 2011). Pacienti se závažnou a přetrvávající disabilitou často uvádějí výbornou kvalitu života i navzdory tomu, že vnější znaky svědčí o opaku a pečující osoby hodnotí jejich kvalitu života hůře, často není shledán rozdíl mezi zdravými a nemocnými jedinci v hodnocení a naopak lidé v příznivých podmínkách mají tendenci hodnotit kvalitu svého života jako špatnou (Gurková, 2011). Pokud se lidé dokážou na proběhlé události rychle adaptovat, jejich kvalita života není odvislá od zdravotního stavu, ale souvisí opět s tím, jak se jim daří využívat svých možností a naplňovat své představy spokojeného života.

V souvislosti s chronickými následky získaného poškození mozku člověk kontinuálně sladuje své hodnoty a cíle s objektivními podmínkami prostředí a s vlastními schopnostmi tyto požadavky uspokojit. Pokud zůstaneme u sociálních vztahů, jedinec, který blízké vztahy vnímá jako velmi důležitou hodnotu, o ně bude usilovat a jeho spokojenost s touto oblastí života a tedy i jeho kvalita bude přirozeně závislá na tom, jak se mu vztahy navzdory svým komunikačním, emočním a osobnostním omezením budou dařit udržovat.

„Pokud se jedinec cítí nespokojený, protože vnímá diskrepanci mezi individuálními hodnotami a jeho aktuálními životními podmínkami, může snížit nespokojenost tím, že změní podmínky prostředí nebo změní své hodnoty“ (Farský et al. cit.dle Gurková, 2011). V uvedeném případě může osoba se získaným poškozením mozku trénovat své sociální dovednosti či připravovat okolí na jeho nový způsob komunikace nebo může změnit svůj náhled na důležitost toho mít např. poslední slovo. Podstatné je, že změna kvality života je možná a jejím podkladem může být i terapeutický a rehabilitační zásah, chceme-li, jakási osvěta a podpora.

Co se týče instrumentů, většinou dotazníkového typu, které byly ke zkoumání se zdravím spjaté kvality života vytvořeny, je jich celá řada. Za zlatý standard se považuje dotazník **SF-36**, jenž také využíváme v našem výzkumu³⁷ a jehož výhoda, přestože měří spíše povahu zdravotního stavu než kvalitu života v pravém slova smyslu, spočívá s možností srovnání výsledků s mnohými mezinárodními studii. Kromě něj jsme k metodám měření kvality života zařadili také dotazník **SQUALA**³⁸, který je standardizovaný pro psychiatricky nemocné pacienty a je využitelný i pro běžnou populaci (Hnilicová, 2005). Jeho výhoda spočívá v tom, že je pro osoby se získaným poškozením mozku jednoduchý, přehledný a ne příliš obsáhlý, ačkoli je zaměřen na širokou škálu oblastí v životě, a již blíže popisuje kvalitu života v pravém slova smyslu.

Kromě těchto obecných dotazníků existují ještě formy, které jsou zaměřené na konkrétní onemocnění a diagnózy (např. onkologická onemocnění, duševní choroby, kardiovaskulární onemocnění, nemocné v terminálním stadiu apod.). Také pro získaná poškození mozku (CMP, traumatické úrazy hlavy apod.) byly vytvořeny nástroje, avšak doposud nebyly standardizovány (případně jejich standardizace je teprve předmětem výzkumného zájmu) na českou populaci a jejich zaměření je velmi zdravotnické. Proto není možné je využít.

³⁷ O něm více v metodologické části této práce.

³⁸ O něm více v metodologické části této práce.

Podle Hnilicové však existují studie (např. Schmale et al. cit dle Hnilicová, 2005), které ukázaly, že v mnoha ukazatelích, jež jsou důležitou součástí kvality života (např. spokojenost s rodinou, přáteli či prací), nebyl zjištěn rozdíl u různých typů diagnóz, případně mezi lidmi s diagnózou a bez ní. V tomto ohledu bychom pravděpodobně našli práce, které toto stanovisko podporují, i ty, které ho rozporují. Ovšem pro náš výzkum je důležité především to, že kvalitu života zkoumáme jak z psychologického, tak zdravotnického pohledu, že využíváme světově používaných standardizovaných metod a že budeme schopni diskutovat a porovnávat naše výsledky s již existujícími zjištěními. Dokonalosti či nedokonalosti měřících nástrojů opět nejsou předmětem našeho úsilí.

2.1.3 MULTIDIMENZIONALITA KONCEPTU KVALITY ŽIVOTA

Přístupů existuje opět nespočetně. Různí autoři dotazníků a výzkumníci (Felce; Schalock; WHO; Hagerty et al.; Cummins; Schipper et al.; Ferrell et al.; Ferrans; Padilla et al. vše cit.dle Gurková, 2011) pojmenovávají jednotlivé domény, které tvoří mozaiku kvality života, různým způsobem. Nemělo by smysl uvádět zde jednotlivé přehledy, neboť víceméně přicházejí s totožnými, přestože třeba jinak nazvanými oblastmi.

Proto využijeme dva základní pohledy, které můžeme považovat za shrnující podstatu konceptu kvality života, měřeného ve zdravotnictví i mimo něj. Světová zdravotnická organizace (WHO cit.dle Gurková, 2011, s.71) udává operacionalizaci kvality života prostřednictvím šesti domén, které dále blíže specifikuje, pojďme se na ně podívat podrobněji:

- **Fyzická kvalita života**
(prožívání bolesti, subjektivní hodnocení energie a vytrvalosti, schopnost uvolnit se, pohyblivost a pracovní způsobilost, závislost na lécích)
- **Psychická kvalita života**
(prožívání pozitivních a negativních emocí, sebehodnocení, vztah k vlastnímu tělu, schopnost koncentrace, schopnost učit se, spirituální prožívání)
- **Nezávislost**
(různé aspekty omezení tělesné nezávislosti, odkázanost na pomůcky, léky, ostatní osoby)
- **Sociální vztahy**
(subjektivní hodnocení osobních vztahů, subjektivní hodnocení sexuálního života, adekvátnost sociální opory)
- **Prostředí**
(sociální a fyzikální aspekty prostředí – bydlení, okolí, finanční situace a dostupnost zdravotní péče)
- **Náboženství a spiritualita**
(náboženská a světonázorová přesvědčení)

Hlavní domény podobně vymezené, jak uvádí WHO, jsme použili díky vybraným dotazníkům ve výzkumu i my. Nástroje měření kvality života hodnotí nejen spokojenost s danou oblastí, ale také se zaměřuje na její důležitost pro respondenta. Jedině tak lze získat komplexní představu o kvalitě života jedince, protože kromě spokojenosti v daných oblastech nepřímo zohledňuje aspirace a vůli využít možnosti, které daná oblast nabízí.

Trochu jiné pojetí, nicméně o nic méně významné, přinášejí kanadští výzkumníci z Toronta (Quality of Life Concepts cit.dle Gurková, 2011, s.72). Podle nich tvoří kvalitu života zase jiné tři základní domény, a to **existence** (tělesný, psychický a spirituální aspekt), **sounáležitost** (neboli vazby na prostředí) a **adaptabilita** (dosahování osobních cílů, tužeb a aspirací).

Je velmi těžké najít nějaké univerzální pojetí. Kvalita života by měla být zkrátka posuzována na základě jednotlivých pilířů, které tvoří náplň života jednotlivce, tedy na základě zdraví (somatického i psychického), kondice a výkonnosti (opět tělesné i duševní), spokojenosti se sebou, svou osobností, vlastním sebevědomím, schopnostmi a dovednostmi, se svými sociálními vztahy (rodinou, partnery, dětmi, přáteli a známými, spolupracovníky), se svým volným časem, pracovními možnostmi a seberealizací, socioekonomickým statusem a materiálním zázemím, spirituálním rozměrem a třeba i svou společenskou a politickou angažovaností.

Velmi zajímavé pojetí, které však vůbec neoperuje s tzv. doménami tohoto konceptu, jsou *čtyři kvality života* holandského výzkumníka a teoretika Veenhova (cit.dle Gurková, 2011), jenž rozlišuje **příležitosti** pro dobrý a kvalitní život a **výsledky** čili skutečnost, které jsou navíc ovlivňovány **vnějšími kvalitami prostředí** na jedné straně a **vnitřními charakteristikami jedince** na straně druhé. Detailnější charakteristiku podává následující tabulka (Veenhoven cit.dle Gurková, 2011, s.59), přičemž nejužším předmětem zájmu psychologie by měl být poslední sloupec, ovšem nelze s ním počítat bez toho, abychom vzali v potaz i vnější prostředí, které vnitřní kvalitu života nepochybně ovlivňuje také:

	Vnější kvality života (charakteristiky prostředí, společnosti)	Vnitřní kvality života (charakteristiky jedince)
Předpoklady (životní šance)	vhodnost prostředí (ekologické, sociální, ekonomické a kulturní podmínky)	životaschopnost jedince (fyzické a duševní zdraví, psychologický kapitál, vědomosti a adaptační potenciál)
Výsledky (životní výsledky)	užitečnost života (vnější užitečnost člověka pro blízké osoby, společnost, případně lidstvo, mravní vývoj)	vlastní hodnocení života (subjektivní spokojenost, pohoda, smysl života)

Obr. 4 Čtyři kvality života dle Veenhova (Veenhoven cit.dle Gurková, 2011, s.59)

Kvalita života je opravdu rozsáhlým fenoménem. Narážíme především na nemožnost jeho postihnoutí v celé jeho detailní šíři, aniž bychom příliš zatížili osoby se získaným poškozením mozku při jeho posuzování. Dotazníkové hodnocení nemůže reflektovat všechna teoretická pojetí dimenzí kvality života, která jsme uváděli v této kapitole. Je třeba mít proto na paměti jisté zjednodušení této problematiky při posuzování samotnými respondenty, na něž je brán ohled co se týče rozsáhlosti dotazníků. Pojdme se nyní podívat, jak je tato tematika zkoumána v již existujících, samozřejmě zahraničních výzkumech.

2.2 KVALITA ŽIVOTA A ZÍSKANÁ POŠKOZENÍ MOZKU

Když zvážíme, že člověk se získaným poškozením mozku může mít na základě svého poranění nejrůznější zdravotní následky, kognitivní deficity, emoční problémy, sociální a pracovní omezení, a porovnáme jeho život s životem zdravé osoby, musíme jednoznačně dojít k tomu, že na první pohled bude život postiženého daným poraněním CNS komplikovanější, složitější a z hlediska dopadu následků na jeho aktivity, potřeby, sociální vztahy a aspirace jeho kvalita horší. Opět ale nesmíme zapomenout připojit k našim úvahám také stupeň poškození, závažnost osobnostních, emočních a kognitivních změn a především jejich dopad na původní fungování jedince v běžném životě a také premorbidní úroveň kvality jednotlivých oblastí jeho života vůbec.

Posledně zmiňované nemáme většinou k dispozici, nebo tuto informaci známe zprostředkovaně od blízkých osob, které dotyčného dobře znají. Pokud ovšem před poškozením mozku fungovalo vše dobře, je zde velká pravděpodobnost, že i po poranění se s pomocí sociální opory následky dobře zvládají (Powell, 2010) a spokojenost s jednotlivými oblastmi života může být uspokojující. Samozřejmě poškození konkrétních funkcí bude mít vliv na jim odpovídající oblast a omezení aktivit a prostoru, na něž byl dotyčný zvyklý a v jeho životě doposud sehrávaly důležitou roli, a právě zde můžeme očekávat jisté snížení spokojenosti a kvality života.

Pokud to shrneme, kvalita života a životní spokojenost může být snížena právě v těch oblastech života, které jsou pro člověka nezbytné a velmi důležité a v nichž proběhla následkem poranění mozku největší změna ve smyslu omezení. Můžeme si dovolit odhadovat, že sociální vztahy a sociální opora, která hraje v životě člověka většinou jednu z nejdůležitějších ústředních rolí, může být z hlediska následků získaného poškození mozku zkoušena nejvíce a její narušení bude mít na kvalitu života největší vliv. Pojdme ale po pořádku a podívejme se, co nám o kvalitě života říkají výzkumy.

Kvalita života může být zkoumána v závislosti na některých charakteristikách, které používáme v deskriptivní statistice, věk, pohlaví, socioekonomický status apod. Andersonová, Brownová, Newittová a Hoilová (2011) ve svém výzkumu zjistily, že věk ani socioekonomický status nehrají signifikantní roli pro subjektivně vnímanou kvalitu života u osob se získaným poškozením mozku, jejich zjištění stavějí do opozice vůči předchozím zjištěním, která naopak vliv věku a socioekonomického statusu do souvislosti dávají (Anderson et al.; Yeates et al. vše cit.dle Anderson, Brown, Newitt & Hoile, 2011). Vliv věku, ale také pohlaví neprokázali ve své práci ani američtí výzkumníci (Resch et al., 2009).

Kvalita života a životní spokojenost závisí také na **závažnosti poškození** (Cappa, Conger & Conger, 2011). Mírná a středně těžká poškození nevykazovala na základě výzkumů (Anderson, Brown, Newitt & Hoile, 2011; Cappa, Conger & Conger, 2011) známky signifikantního zhoršení kvality života oproti běžné populaci, ovšem u lidí s těžkým poškozením už k výraznějšímu posunu v subjektivním vnímání životní spokojenosti a kvality života došlo.

Zdánlivě nesouvisejícím tématem, pokud zůstaneme u somatických aspektů, by se mohla zdát **únava**, která rovněž snižuje subjektivně vnímanou kvalitu života (Ouellet & Morin, 2006). Když se však na problém podíváme logicky, únava je častým následkem poškození mozku. Pokud je člověk unavený, jeho aktivita, fyzická, psychická i sociální, klesá. S redukcí aktivit se snižuje i množství zážitků, úspěchů a radostí – je tím silně ovlivněna spokojenost člověka.

Snížená kvalita života a nízké *well-being* souvisí především s obtížemi v sociálních vztazích (Glass & McAtee; Israel, Schultz, Parker & Becker vše cit.dle Resch et al., 2009; Johnson et al., 2010) a problémech, vázaných na pracovní prostředí a možnost být zaměstnán (Anderson, Brown, Newitt & Hoile, 2011; Tsousides, Ashman & Seter, 2008), jež hodně souvisejí právě se závažností neurologických obtíží. Pokud je potřeba pracovat silná a zaměstnání je důležitou součástí života, jeho absence snižuje subjektivní kvalitu života a zvyšuje depresivní ladění (Tsousides, Ashman & Seter, 2008). Pracovní oblast souvisí navíc velmi se sociálními vztahy, sociální dovednosti nacházejí uplatnění při pracovní angažovanosti a depresivní ladění ovlivňuje schopnost fungovat v sociálních vztazích.

Kvalita života byla zkoumána taktéž ve spojení s **pracovním *self-efficacy***³⁹ (*employment-related self-efficacy*). „Pracovní *self-efficacy*, které je důvěrou jedince v jeho

³⁹ *Self-efficacy* jako koncept bylo zkoumáno ve spojitosti s kvalitou života a životní spokojeností především z hlediska výkonového pojetí (více viz kapitola 3). Jistý vliv má také zmíněné pracovní *self-efficacy*, přičemž pracovní tematika alespoň částečně souvisí se sociálními vztahy. Práce či výzkumy, v nichž by bylo zkoumáno

schopnosti najít si práci a ji vykonávat úspěšně, hraje důležitou roli ve vztahu zaměstnání a kvality života“ (Tsaousides et al., 2009, s.300). *Self-efficacy*, obecné i to pracovní, je totiž významným prediktorem sociální participace a je silně spojeno se subjektivním vnímáním kvality života a well-being u lidí se získaným poškozením mozku (Tsaousides et al., 2009).

Pokud pracovní *self-efficacy* souvisí se sociální participací, to sociální bude ještě víc a bude mít na kvalitu života a životní spokojenost, především v sociální oblasti, velký vliv pravděpodobně taktéž. A protože pracovní *self-efficacy* reguluje motivaci a odhodlání návratu do práce, to sociální bude analogicky podporovat motivaci udržet kvalitní sociální vztahy. Jeho podpora a správný náhled na něj tak mohou nepřímo posílit i sociální interakce.

Chronister a Chan (2006) široce zkoumali kvalitu života z pohledu **sociální opory**, posouzení **poskytování vhodné péče druhými** a **copingových strategií** a prokázali silný vztah mezi těmito proměnnými. Zmíněné proměnné totiž redukuje stres, který má vliv na životní spokojenost a kvalitu života. Jejich dostatečná míra tedy přispívá k subjektivní spokojenosti u lidí se získaným poškozením mozku.

Funkční nedostatky, motorické i kognitivní, mají z hlediska **závislosti na sociálním okolí** taktéž vliv na subjektivní hodnocení kvality života a životní spokojenosti (Resch et al., 2009). Ne tedy ztráta schopností jako takových, nýbrž ztráta soběstačnosti a nezávislosti na pomoci druhých z hlediska pohybu a řešení problémových situací. Osobní kontrola nad situacemi v životě je důležitým prediktorem subjektivně vnímané vysoké životní spokojenosti (Pegg et al., 2005).

Spokojenost s rodinným životem však může tuto závislost na druhých částečně vykompenzovat, „spokojenost s rodinou je asociována s životní spokojeností obecně“ (Johnson et al., 2010, s.184). Pokud bude spokojenost s rodinou doprovázena nízkým funkčním poškozením, *well-being* a kvalita života mají vzestupnou tendenci, pokud je funkční disabilita závažnějšího rozměru, je v prvních třech letech vysoká subjektivně vnímaná kvalita života závislá na vysoké míře spokojenosti v sociálních vztazích, poté nastává mírný pokles spokojenosti navzdory pozitivním sociálním vztahům (Johnson et al., 2010). Nikdy však není míra spokojenosti tak nízká jako u lidí, kteří ke svému získanému neurologickému poškození vnímají také horší kvalitu sociálních vztahů.

Posledním zajímavým (i když ne posledním vůbec) jevem, který hýbe s kvalitou života a *well-being*, je **atribuční styl** založený na **obviňování** sebe a druhých (*blame*

sociální *self-efficacy* spolu s životní spokojeností a kvalitou života, nebylo v době psaní této práce k dispozici. Proto uvádíme alespoň souvislosti pracovního *self-efficacy*, jež mohou napovědět cosi i pro nové téma *self-efficacy* sociálního.

attribution). Obviňování druhých v sobě často skrývá i sebeobviňování, které vede k emočnímu distresu a depresivním stavům a ty zas dále k pocitu negativního *well-being* a nevalné životní spokojenosti (Hart, Hanks, Bogner, Millis & Esselman, 2007). Negativní atribuce často souvisejí s absencí osobní kontroly běžných situací (Alicke cit.dle Hart, Hanks, Bogner, Millis & Esselman, 2007), což je jev u lidí se získaným poškozením mozku nezdědkavý.

Jak jsme viděli, subjektivní životní spokojenost reaguje na mnohé aspekty, spjaté s následky získaného poškození mozku. Velkou kapitolou jsou zde sociální souvislosti, které se prolínají s dalšími vlivy téměř nepřetržitě. Pojďme za nimi udělat tečku a následujícími kapitolami jen již shrňme a doplňme již převážně řečené.

2.3 KVALITA ŽIVOTA V KONTEXTU SOCIÁLNÍCH VZTAHŮ A KOMUNIKACE

Vztahy a komunikační dovednosti jsou jedním z nejdůležitějších aspektů subjektivně vnímané kvality života. Janečková (2005) zkoumala význam komunikace a vztahu pacient – lékař ve spojitosti se subjektivně vnímanou kvalitou péče a našla signifikantní souvislost. „Kvalitu péče pacient vnímá prizmatem toho, jak s ním jeho lékař komunikuje, tedy jaké mu dává informace, jak jej přijímá, jak podporuje jeho důstojnost, jaký mu dává prostor pro vyjádření jeho přání, jak pracuje se vztahem a jak podporuje pacientovu důvěru“ (Hnilicová cit.dle Janečková, 2005).

Kvalita péče, respektive konkrétní komunikační vzorce v rozhovorech lékařů s pacienty, které dávají více či méně prostor pro verbální projevy pacientů, ovlivňují průběh i výsledky léčby (Janečková, 2005). Asymetrický vztah, kdy ze své mocenské pozice zdravotník určuje kdy, jak a o čem bude s pacientem hovořit, má negativní důsledky na vnímanou kvalitu péče a spokojenosti v daném stavu, v němž se člověk nachází.

Od komunikace ve zdravotnictví se klidně můžeme přenést do komunikace a vztahů obecně sociálních, více či méně blízkých. V nich totiž můžeme pozorovat podobné jevy. Pokud se podíváme na hlavní domény kvality života v rámci různých vědních disciplín a v pojetí různých výzkumníků (Felce; Schalock; WHO; Hagerty et al.; Cummins; Schipper et al.; Ferrell et al.; Ferrans; Padilla et al. vše cit.dle Gurková, 2011; Chronister & Chan, 2006), pokaždé je jednou z nich sociální tematika – sociální a emocionální pohoda, interpersonální vztahy, sociální vztahy, vztahy s rodinou a přáteli, sociální a rodinné vztahy, sociální interakce, sociální opora a její adekvátnost, sociální fungování atd.

Slovo sociální ve významu blízkých vztahů nechybí ani v jediném konceptu a jeho podstata signifikantně souvisí se subjektivně vnímanou kvalitou života. Ne nadarmo se

používá úsloví, že člověk je tvor společenský. K navazování, udržování a rozvíjení sociálních vztahů mu slouží komunikační dovednosti, které se ve svém ontogenetickém vývoji učí a postupně je v ideálním případě zdokonaluje. V případě získaného poškození mozku však dochází ke změně těchto schopností.

Naše zaběhnuté komunikační vzorce se pak mohou stát neúčinnými v kontaktu s těmi, kteří mají z různých důvodů problém v komunikaci, mezi oběma partnery existuje více či méně zjevná a odstranitelná bariéra, která přispívá k izolaci dotyčného, neuspokojení jeho nevyčlených či špatně pochopených potřeb a narušení sociálních vztahů, potažmo tedy kvality života (Janečková, 2005). Cílem by mělo být posílení zdravých komunikačních dovedností, omezení těch destruktivních⁴⁰ a sladění komunikačních přístupů obou partnerů sociálního vztahu. V prvním případě mluvíme o posílení sociálního *self-efficacy*, ve druhém pak o terapii sociálního a komunikačního systému pomocí specifických metod⁴¹.

2.3.1 KVALITA ŽIVOTA A SOCIÁLNÍ SELF-EFFICACY

Inspirací pro propojení výzkumných záměrů kvalita života vs. sociální *self-efficacy* se staly mimo jiné⁴² myšlenky, které se snaží globálně postihnout kvalitu života a více definovat tzv. *pilíře štěstí*. Csikszentmihalyi (cit. dle Hnilicová, 2005) se např. ve svém pokusu o tuto definici přiklání k názoru, že štěstí tvoří fenomény jako **kompetence** (pocit, že umím, že jsem schopný dělat něco smysluplného a jsem v tomto směru aktivní), **autonomie** (rozhodují o svém vlastním životě a mám ho pod kontrolou) a **nalomenost** (cítím se být svázán s jinými lidmi a toto vše vyúsťuje v sebeúctu, vážím si sám sebe).

Nejenže se toto pojetí životní spokojenosti či kvality života vztahuje k vnímané vlastní schopnosti, účinnosti, ale také zahrnuje sociální komponentu a schopnost aktivně své dovednosti prosazovat. Sociální *self-efficacy* velmi úzce souvisí s tím, jak jsme v životě šťastni, protože vyjadřuje nejen kompetenci (vědomí našich dovedností), ale také autonomii

⁴⁰ Kitwood (cit. dle Janečková, 2005, s.187) uvádí tzv. zhoubné vzorce chování, kam patří „destruktivní vzorce chování, spojené s dedukcemi, formulacemi a domněnkami, které se vyskytují jako konstantní součást sociálního prostředí...patří k nim porušování daného slova, infantilizace, nálepkování, stigmatizace, odmítání, odpírání pozornosti, ignorování, netrpělivost, nerespektování tempa, spěch, vynucování, nařizování, odhánění, izolování, zpředmětňování, posměch, zneschopňování, zneplatňování, přerušování, ponižování, pohrdání, bagatelizování, podceňování, obviňování nebo zastrasování“. Tyto škodlivé vzorce se mohou vyskytnout jak na straně osoby se získaným poškozením mozku, tak na straně blízkých a pečujících osob, náprava komunikace je vždy terapií celého systému.

⁴¹ V našem případě si ukážeme možnosti využití metody videotréninku interakcí, který byl shledán jako vhodný přístup pro zlepšení kvality komunikace a spokojenosti ve vztazích (Janečková, 2005).

⁴² Podporou budí také jednotlivé zmínky a odstavce o sociálním *self-efficacy* a kvalitě života, připojené k souvisejícím tématům této práce.

(díky uvědomění si toho, co dokážu, cítím, že mám věci pod kontrolou) a spokojené sociální vztahy, které živí naši sebeúctu, sebevědomí a pocit spokojenosti.

U lidí se získaným poškozením mozku je samozřejmě jakékoli *self-efficacy* důležité pro pocit životní spokojenosti a vysoké míry kvality života. To sociální ale zahrnuje mezilidské vztahy, jež jsou nepostradatelným faktorem pro návrat co nejbližší k původnímu životu, který člověk před získaným poškozením mozku vedl, a zároveň jako sociální opora pozitivně katalyzují a facilitují kvalitu rehabilitačního a terapeutického procesu. Vztahové a komunikační dovednosti a náhled na ně jsou samozřejmě kořeny celého systému. To, jakým způsobem tuto složku života posílit, a zda ono posílení má signifikantní efekt, nám prozradí následující kapitola.

2.3.2 KVALITA ŽIVOTA A METODA VTI

Jak už bylo mnohokrát opakováno, komunikační a vztahová terapie je terapií celého sociálního systému. Může existovat nespočet doporučení a rad, jak komunikovat s obtížně komunikujícím člověkem, ale nic nenahradí moment autentické a momentálně probíhající komunikace. „Každodenní komunikace probíhá ve vzorcích, kterým se lidé během svého života naučili, které se osvědčily, které užívá každý člověk naprosto automaticky, bez vědomé kontroly, a tudíž i bez možné korekce“ (Janečková, 2005, s.189). V tomto případě je zapotřebí nejen popis správné komunikace, ale především analýza aktuálně probíhající interakce, která je zacílená na změnu komunikačních vzorců.

Vhodnou metodou zde může být právě videotrénink interakcí (VTI), protože kamera pomůže odhalit, v čem spočívá problém, který činí komunikaci neefektivní (Janečková, 2005). Výhodou je to, že proces komunikace je snímán v přirozeném prostředí, přičemž videotrenér vybírá pouze ty okamžiky z celého natočeného záznamu, které jsou vhodné k analýze. Pro posílení náhledu a sociálního *self-efficacy* je kladen důraz především na ty momenty, které ukazují účinné reakce a to, co příjemné komunikaci napomáhá. Detailně je možné se vrátit také k tomu, co chybí a co by dotyční účastníci komunikace od sebe navzájem potřebovali.

Z filmového záběru lze navíc často vyčíst, jak se osoby v něm figurující asi cítí, zda prožívají spokojenost, či naopak jejich výraz zrcadlí napětí, zoufalství či agresi. Metoda a přístup videotrenéra aktivizuje ty, kterých se to týká, aby sami hledali klíčové momenty a

možnosti změny (Janečková, 2005), čímž napomáhá posilovat právě *self-efficacy*⁴³, jenž je předmětem našeho výzkumného zájmu v souvislostech kvality života.

Janečková (2005) provedla výzkum s použitím VTI pro zlepšení komunikace mezi pečovateli, zdravotníky a osobami s demencí. Cílem bylo zlepšení kompetencí personálu, který se učil, jak lépe přistupovat k osobám s demencí, jak lépe komunikovat v rámci jejich individuálních potřeb a jak se vyrovnávat se specifiky, které toto degenerativní onemocnění přináší do sociálních vztahů (neklidné jednání, nespolupráce, neschopnost vyjádřit své potřeby, nepochopení běžným komunikačním vzorcům, agresivita, apatie apod.).

Intenzivní program, který byl založen na neustálé zpětné vazbě a podpoře osobního růstu zúčastněných, opravdu vedl ke zlepšení komunikačních dovedností personálu, ale také ke zlepšení subjektivně vnímané kvality péče a života u pacientů s demencí (Janečková, 2005). Demence jsou specifickým onemocněním, když se ale podíváme, jaké komunikační nedostatky se v rámci něj objevují, připomenou nám deficity v komunikaci i lidí se získaným poškozením mozku.

Pokud by měla tato metoda, obzvláště v rodinném systému, jehož doposud fungující interakční a komunikační vzorce byly narušeny získaným poškozením příslušných částí mozku jednoho člena, podpořit vzorce nové a pokud by napomohla zlepšit efektivitu komunikace a tím i spokojenost v těchto blízkých vztazích, proč ji tedy nevyužít?

K porozumění druhému vede dlouhá cesta neustálého vzdělávání se v komunikačních dovednostech a ochota reflektovat své komunikační vzorce, hodnotit je a měnit (Janečková, 2005). VTI toto poskytuje v přirozeném a autentickém prostředí. Takovéto učení přeci musí být tím nejefektivnějším způsobem, jak zlepšovat spokojenost v sociálních vztazích a zvyšovat míru kvality života vůbec.

⁴³ Více o metodě VTI, jejích možnostech a vhodnosti pro nácvik náhledu na sociální dovednosti ve čtvrté kapitole.

2.4 SHRnutí

Tato kapitola byla stručným úvodem do tématu kvality života, životní spokojenosti a podobných jevů. Hlavním cílem, který jsme se snažili naplnit, bylo terminologické ujasnění vzájemně propojených konceptů, vypíchnutí souvislostí, které kvalitu života a životní spokojenost ovlivňují a poukázání na důležitost sociálních vztahů na každém kroku, který člověk se získaným poškozením mozku vstříc svému pozitivnějšímu vnímání kvality života provede.

Kvalita života a životní spokojenost jde ruku v ruce se zdravotnickou oblastí, avšak naším hlavním úkolem je pohlédnout na tuto kapitolu lidského života očima psychologickými a posoudit jednotlivé oblasti lidského života subjektivně. Objektivní aspekty kvality života a životní spokojenosti byly proto ponechány spíše stranou.

Snažili jsme se také o propojení této tematiky se specifickými následky získaného poškození mozku, s pojetím sociálního *self-efficacy* a metodou videotréninku interakcí. Téma kvality života v sobě nese nekonečnou zásobárnu filosofických myšlenek, etických otázek i praktických vyústění, avšak z hlediska prostoru této práce jsme vybrali pouze relevantní údaje, které můžeme využít v rámci našeho výzkumu. Komplexní pojetí tedy nebylo smyslem této kapitoly.

3. SELF-EFFICACY A LIDÉ PO PORANĚNÍ MOZKU

"Největším objevem v mém životě je zjištění, že lidé mohou změnit své vnější životy změnou vnitřního myšlení."

William James

"Myšlenky, které si zvolíme, jsou nástrojem, kterým malujeme na plátno života."

Louise L.Hay

V předchozích kapitolách jsme hovořili především o tom, jaké životní nesnáze a komplikace s sebou poranění mozku a s ním spojené deficity nesou. Před očima nám postupně probíhala spojení začínající příměry „poškozené“, „nenávratné“, „omezené“ či „reziduální“, naše smýšlení o této problematice se postavilo logicky na stranu rehabilitačního úsilí, které má za cíl podpořit zůstavší schopnosti a funkce, fyzického, psychického i sociálního charakteru.

Jsou ale jednotlivé schopnosti, dovednosti a vlohy nekompromisně oním nejpodstatnějším aspektem lidského úspěchu, spokojenosti, případně pocitu štěstí? Vede pouhá jejich přítomnost k samotné akci a uskutečňování cílů? Tyto sugestivní otázky nám odpovídají samy.

Dlouhou dobu se psychologické teorie zaměřovaly separátně buď na proces získávání vědomostí a dovedností nebo na vzorce reagování v životních situacích. Mezičlánek tohoto implikačního vztahu znalost-akce nebyl v popředí zájmu, ačkoli právě ten je důležitým činitelem, co se týče úspěšného zvládnání běžných i složitějších situací v osobním i profesním životě člověka.

Bandura (1982) tvrdí, že pro dosažení výkonu jsou znalosti, operační procesy a dovednosti nutnou, nikoli však jedinou podmínkou. „Lidé se totiž nechovají optimálně, ačkoli velmi dobře vědí, jak danou věc optimálně uskutečnit“ (Bandura, 1982, s.122). Je to proto, že především právě myšlenky a hodnocení, jež člověk vztahuje ke své osobě, významnou měrou posilují vztah mezi znalostmi a jejich uskutečňováním. Důležitým aspektem lidského jednání je tedy to, „jak každý z nás posuzujeme své schopnosti a jak prostřednictvím percepce vlastní účinnosti (*self-efficacy*) daný výkon uskutečnit ovlivňujeme svou motivaci a chování“ (Bandura, 1982, s.122).

Otázkou, která hraje v souvislosti s dosahováním osobních cílů a vyrovnáváním se s životními situacemi zásadní roli, je tato: *Věřím tomu, že jsem schopen tvořit a regulovat*

rozličné události vlastního života s výbavou, jakou mám? Vědomí vlastní schopnosti vyrovnávat se s prostředím, v němž žiji, totiž není pouze znalostí fixního scénáře jednání v této situaci, jednoduchým věděním, co dělat.

Zahrnuje spíše obecně aplikovatelnou důvěru ve schopnost organizovat a propojovat ohraničené kognitivní, sociální a behaviorální komponenty do integrovaného, životaschopného celku, který napomáhá vhodnému jednání. Bandura (1982) píše, že „kompetence operativně fungovat vyžadují orchestriální organizaci a kontinuální improvizaci nesčetného množství dílčích schopností zvládat neustále se měnící okolnosti“ (s.122). To, aby člověk adekvátně jednal, musí být podpořeno určitou mírou jistoty, že je toho schopen, ne pouze vědomím, že je pro to vědomostně a dovednostně vybaven.

3.1 KONCEPT SELF-EFFICACY

S konceptem tzv. **vnímané vlastní účinnosti** (*self-efficacy*) přišel v roce 1977 již zmíněný kanadský psycholog Albert Bandura (Bandura, 1977) a začlenil jej do své **sociálně kognitivní teorie** (*social cognitive theory*). Podle této teorie existuje několik základních lidských schopností (*capabilities*), které přispívají k motivaci, chování a rozvoji osobnosti, protože člověk není hnán výlučně vnitřními silami, ani automaticky tvarován jen vnějším prostředím - jde o zpětnovazebný propojený systém, nazývaný triadický reciproční determinismus⁴⁴ (Janoušek, 1992; Bandura, 1997).

Mezi tyto schopnosti patří schopnost symbolizace⁴⁵ (*symbolizing capability*), schopnost myšlenkové anticipace⁴⁶ (*forethought capability*), schopnost zástupného učení⁴⁷ (*vicarious capability*), schopnost autoregulace⁴⁸ (*self-regulatory capabilities*) a schopnost autoreflexe⁴⁹ (*self-reflective capability*). Cílem této práce není podat zprávu o Bandurově sociálně kognitivní teorii, výčet jednotlivých schopností je uveden spíše pro představu, na čem je celý systém lidského činnostního působení vystavěn a kde si v něm stojí právě *self-efficacy*. Je tedy součástí autoregulační schopnosti.

⁴⁴ Chování, dále kognitivní, biologické a další vnitřní osobní momenty a nakonec vnější prostředí na sebe recipročně působí, interagují a vytvářejí výsledný efekt. Člověk podle tohoto modelu nejedná jen na základě environmentálních či genetických vlivů (více např. Janoušek, 1992; Bandura, 1997).

⁴⁵ Umožňuje zpracování a transformaci přechodné zkušenosti do vnitřních modelů (více např. Janoušek, 1992; Bandura, 1997).

⁴⁶ Umožňuje předvídaní důsledků budoucích činností a kladení cílů (více např. Janoušek, 1992; Bandura, 1997).

⁴⁷ Člověk se neučí pouze prostřednictvím přímé zkušenosti, ale také pozorováním chování druhých lidí a jejich důsledků (více např. Janoušek, 1992; Bandura, 1997).

⁴⁸ Umožňuje přijímání vnitřních standardů, hodnocení nesouladu mezi standardy a činnostmi a vznik sebehodnotících reakcí, které následně ovlivňují chování člověka (více např. Janoušek, 1992; Bandura, 1997).

⁴⁹ Spočívá v hodnocení procesu změny vlastního myšlení (více např. Janoušek, 1992; Bandura, 1997).

Vnímanou vlastní účinnost (*self-efficacy*) můžeme chápat jako přesvědčení o vlastní schopnosti dosáhnout potřebných úrovní výkonu, díky nimž můžeme ovlivňovat události i kvalitu našeho života. Důvěra v naši účinnost ovlivňuje to, jak myslíme, cítíme se, motivujeme sebe sama a jednáme. Podle Bandury (1997, s.2) je „úroveň motivace, emočního rozpoložení a činnostního drivu mnohem více založena na tom, čemu lidé věří, než na objektivních faktorech“.

Stejně tak je ale zpětně posilováno, či zeslabováno samotné *self-efficacy*. „Percepce vlastní účinnosti není inertní záležitostí...sebeuposouzení účinnosti svých schopností je silně svázáno se zážitky a zkušenostmi, vyplývajícími z náročných úkolů, které jsme nuceni řešit“ (Bandura, 1982, s.123). Prožitek úspěchu nebo neúspěchu determinuje naše vnitřní uvažování nad příštími úkoly.

Lidé s důvěrou ve vlastní schopnosti přistupují k obtížným úkolům spíše jako k výzvám, které je třeba zvládnout, než jako k hrozbám, kterých je třeba se vyvarovat. Stanovují si náročné cíle a s vytrvalým úsilím se jich snaží dosáhnout. Pokud se příliš nedaří, úsilí ještě navýší, pokračují v něm, nevzdávají se. Ať už překážku zdolají, či nikoli, jejich *self-efficacy* zůstává vysoké. Případný neúspěch je přičítán na vrub nedostatečnému úsilí či nízké úrovni znalostí a dovedností, které se však dají do příště zlepšit. I navzdory velmi obtížným překážkám si tito lidé uchovávají pocit jistoty, že se jim podaří dříve nebo později dostat situaci pod kontrolu (Bandura, 1982; Bandura, 1994; Bandura, 1997).

Naproti tomu **lidé s nízkým *self-efficacy*** a pochybnostmi o vlastních schopnostech se situacím, které věští byť jen špetku náročnosti, spíše vyhýbají. Složitější úkoly vnímají jako osobní hrozbu, jejich aspirace jsou nízké a nejsou příliš odhodláni dojít cíle, který si před sebe stanovili. Tváří v tvář obtížnému úkolu se soustředí spíše na své nedostatky, místo toho, aby se překážku pokusili zvládnout. Ve svém úsilí snadno polevují, rychle se vzdávají a svého *self-efficacy* nabývají pomalu. Svůj nedostatečný výkon vnímají jako fatálně nízkou úroveň schopností, nikoli nedostatek znalostí a dovedností, které se dají dohnat. Proto také stačí malý neúspěch, aby jejich víra ve vlastní schopnosti byla ztracena (Bandura, 1982; Bandura, 1994; Bandura, 1997).

První skupina lidí zažívá mnohem více úspěchů při svém úsilí zvládnout náročnější situace, protože věří, že je schopna je zvládnout, a na základě toho je také častěji vyhledává, než skupina druhá. Množství i náročnost pozitivních výsledků posilují *self-efficacy*, které člověka žene do dalších situací, které opět silnou percepce vlastní účinnosti pomáhají ukotvit.

Představili jsme si dva základní protipóly z hlediska vnímání vlastní účinnosti. Lidé se samozřejmě pohybují v širším spektru toho, za jakých okolností a v jakých situacích důvěřují

své schopnosti zvládnout situaci a vyřešit problém. Podstatnější než samotná dichotomizace slabého a silného *self-efficacy* je ale princip, na základě něhož jsou pak lidé odhodláni potýkat se s překážkami a pouštět se například do seberozvojových aktivit.

Především u lidí po poranění mozku je dle mého názoru důležité zaměřit se nejen na obnovení a nácvik ztracených schopností, ale souběžně s tím právě i na posílení *self-efficacy*. Jak již víme, po poranění mozku je člověk postaven před četnou řadu oblastí, v nichž se učí zapomenuté a obnovuje ztracené. Pokud by zažíval příliš mnoho neúspěchů a neregistroval by, že má též schopnost zvládat, mohl by přestat věřit, že překážky, které s sebou poranění nese, překoná. Přesnější podporu pro mé úvahy podá následující podkapitola.

3.2 ZDROJE DŮVĚRY VE VLASTNÍ SCHOPNOSTI

Podle autora této koncepce (Bandura, 1982; Bandura, 1994; Bandura, 1995; Bandura, 1997) existují čtyři hlavní zdroje, které se podílejí na rozvoji *self-efficacy*:

- pozitivní zkušenost se zvládnutím situací (*enactive mastery experience*)
- nepřímá zkušenost zprostředkovaná sociálními modely (*vicarious experience*)
- sociální přesvědčení (*verbal persuasion*)
- somatický a emoční stav (*physiological and affective states*)

Tím nejúčinnějším je **pozitivní zkušenost se zvládnutím situací** (*enactive mastery experience*). *Self-efficacy* se tvoří na základě autentického prožitku v praktické situaci. Úspěchy vytvářejí velmi silné přesvědčení a pocit vlastní účinnosti, neúspěchy jej podřívají, obzvláště pokud se objeví dříve, než je *self-efficacy* pevně etablováno.

Logika úspěchů a neúspěchů je ale ještě trochu obsáhlejší. Pokud totiž lidé na druhou stranu dosahují svých cílů vždy jen velmi snadno, začnou očekávat pravidelné a rychlé výsledky a mohou být neúspěchem snadněji odrazeni (Bandura, 1982; Bandura, 1994; Bandura, 1995; Bandura, 1997). Klíčem k posílení vědomí vlastní účinnosti je vytrvalé úsilí – člověk musí zažít zkušenost překonání něčeho náročného, na co však ještě stačí, když vytrvá.

Pokud bychom toto převedli do jazyka rehabilitace, posílení důvěry ve vlastní schopnosti, jenž by podporovalo rehabilitační proces, bychom dosáhli jednak pomocí činností, jež vyžadují cílenou a trvající snahu, zaručují však zároveň překonatelnost. Jednak by bylo zapotřebí učinit tento úspěch vědomě prožitým. Proto se zdá být vhodnou metodou videotrénink interakcí (více v následující 4. kapitole).

Dalším zdrojem pro *self-efficacy* je **nepřímá zkušenost zprostředkovaná sociálními modely** (*vicarious experiences*). Podobně jako při observačním učení i zde, když člověk vidí, že jemu podobní druzí lidé na základě nepolevujícího úsilí uspějí, zvyšuje to jeho

přesvědčení, že i on je vybaven schopnostmi ke zvládnutí srovnatelných činností, které vedou k úspěchu. Tato karta má opět dvě strany – pokud pozorovatel vidí, že druhý navzdory velkému úsilí neuspěl, snižuje to jeho hodnocení vlastní účinnosti a podkopává jeho úsilí (Brown & Inouye cit.dle Bandura, 1982; Bandura, 1986; Bandura, 1994; Bandura, 1995; Bandura, 1997).

„Účinek modelování vnímané vlastní účinnosti je silně ovlivněn vnímanou podobností s modely“ (Bandura, 1994, s.72). Čím více vnímáme podobnost s modely, tím více je úspěch či neúspěch přesvědčivější, čím méně, tím menší je dopad úspěchu či neúspěchu modelu na naše *self-efficacy*.

Sociální model hraje rovněž roli sociální normy, s níž má člověk tendenci se měřit a aspirovat k ní. Zdatné modely vybavené vhodnými schopnostmi jsou vyhledávané, protože prostřednictvím svého chování a způsobů myšlení předávají znalosti a učí pozorovatele efektivním dovednostem a strategiím ke zvládnutí požadavků okolního prostředí (Bandura, 1994).

Opět můžeme přemostit do prostředí následné péče pro člověka po poranění mozku. Svůj význam v ní mají bezpochyby skupinové terapie, díky nimž člověk po poranění může svůj vzor, sociální model, najít a díky němu aspirovat k vyšší úrovni svých schopností. Zážitek toho, že někdo, kdo prošel podobnými zdravotními komplikacemi, nevzdal své úsilí a dosáhl pokroku v kognitivní, emoční i sociální oblasti, může být velmi motivující a *self-efficacy* posilující. Nápomocné může být i využití vzoru, který hrál roli v životě člověka v době před poraněním a který byl zdrojem jeho motivace a podporou vlastní účinnosti.

Třetím zdrojem je **sociální přesvědčení** (*verbal persuasion*). Lidé, kteří jsou ostatními verbálně přesvědčováni, že jsou schopni danou činnost zvládnout, zmobilizují pravděpodobně větší úsilí než ti, kterým se tato podpora nedostává a místo této vzpruhy zabere zaobírání se pochybnostmi o sobě a své dostatečnosti.

Je třeba ale dodat, že podpora vnímané vlastní účinnosti musí být realistická, v opačném případě je totiž rychle zpochybněna neuspokojivými výsledky vlastního úsilí (Bandura, 1994). Také verbální znevažování schopností dotyčného vede k vyhýbání se složitějším úkolům, čímž se roztáčí spirála nezažití úspěchu z vynaloženého úsilí-ztráta motivace-nedůvěra ve vlastní schopnosti (Bandura, 1994).

Kromě podpory zážitku úspěchu a případné ukázky vzoru, že se rehabilitační výzvy dají zvládnout, je pro člověka po poranění dobrým stimulem i verbální povzbuzování, zdůrazňování jeho úspěchů, pokud si sám neuvědomí svůj prožitek z úspěšně zvládnutého úkolu. Podpora neustálé sebereflexe emocí, které se vážou ke zvládnuté činnosti, naučené

dovednosti či pokroku v rehabilitaci může být také cestou k pozvednutí *self-efficacy* člověka po poranění mozku.

Jestliže chceme jít v podpoře ještě dál, pouhé pozitivní verbální ujišťování je omezeným nástrojem. „Úspěšní strůjci posílení *self-efficacy* druhého navíc strukturují situace takovým způsobem, aby přinesly zážitek úspěchu, spíše než neúspěchu“ (Bandura, 1995, s.4). Kromě toho, že svými výroky zvyšujeme přesvědčení druhého o vlastní účinnosti, vytváříme také takové, na míru šité úkoly, které nejsou zbytečně snadné, ale zároveň dávají druhému pocítit vlastní úspěch a osobní posun, zlepšení se.

Posledním zdrojem *self-efficacy* jsou **somatické a emoční stavy** člověka, respektive vhodná modifikace jejich interpretace. Fyziologická reakce na stres a pocity napětí mohou lidé interpretovat buď jako tendenci ke slabému výkonu, nebo jako facilitátor činnosti, stejně tak je to se špatnou a dobrou náladou (Bandura, 1995). Druhý způsob interpretace je zajisté efektivnějším motorem, který zvyšuje pravděpodobnost zvládnutí činnosti. Cílem by měla být snaha pozměnit uvažování člověka o svých náladách a somatických pocitech tak, aby je vnímal spíše jako energetizující než jako vysilující.

Pokud totiž člověk po poranění mozku bude dopředu počítat s tím, že jeho fyziologické a emoční reakce, spjaté s výkonem, jsou logické, ačkoli nemusí být vždy příjemné, a že jej ve výkonu neomezují, nebudou jej od výkonu toliko odrazovat.

Pro konečné modelování *self-efficacy* jsou důležité dva základní procesy. Prvním z nich je samotný výběr informací (*selection*), které nám poskytují zmíněné čtyři zdroje, druhým, podstatnějším, je pak kognitivní proces jejich zpracování. Právě unikátní kombinací těchto informací a jejich heuristickou interpretací (*combination rules and heuristic interpretation*) dochází integraci percipovaného vědomí vlastního *self-efficacy* (Bandura, 1995; Bandura, 1997).

Do lidské řeči převedeno, nezáleží tolik na tom, jaké typy zpětnovazebných informací v souvislosti s naším výkonem a schopnostmi dostáváme, ale spíše na tom, jaké z nich si vybereme, do jaké mozaiky je poskládáme a jaké heuristiky a kognitivní schémata využijeme pro jejich interpretaci. Na naše posouzení *self-efficacy* zajisté bude mít vliv to, zda nepřeceňujeme bezvýznamné a neopomínáme významné faktory účinnosti našich schopností. Kromě toho záleží také na tom, jak adekvátně odpovídá naše sebehodnocení skutečným výkonům, „dobré propojení potvrzuje vlastní sebehodnocení, to neadekvátní oddaluje sebe-korektivní změny v chování člověka“ (Bandura, 1997, s.115).

Lidé po poranění mozku mohou mít tendenci perseverovat na určitém typu informací i způsobu jejich posuzování na základě toho, jak jsou kvůli svému handicapu kognitivně i

emočně nastaveni. Jejich volní a motivační systém by měl být podporován změnou náhledu na vlastní schopnosti i účinnost je používat.

3.3 NA ZÁKLADĚ ČEHO MĚNÍME SVÉ CHOVÁNÍ?

S koncem předchozí je svázána následující kapitola. Abychom mohli ovlivnit lidské chování, potažmo i spokojenost s ním, je nutné znát principy fungování jednotlivých psychických funkcí v souvislosti se *self-efficacy*. *Self-efficacy* je totiž „obecným mechanismem, zprostředkujícím psychologické změny“ (Bandura, 1982, s.129).

Změny jsou spojené s autoregulačními mechanismy. „Změna vlastního chování není dosahována pomocí velkých činů a pouhou silou vůle...jde o seberegulační dovednosti, které vyžadují jednak schopnosti pro konkrétní jednání, jednak sebejistotu, že je umíme použít efektivně“ (Bandura, 1982, s.129).

Autoregulační mechanismy zase nefungují bez jednotlivých psychických funkcí. Které je nutné vypíchnout? Po vzoru Bandury (1997) zdůrazníme některé aspekty kognitivních (*cognitive processes*), emočních (*affective processes*), motivačních (*motivational processes*) a selektivních procesů (*selective processes*), v závěru této kapitoly se ještě zastavíme u konceptu místa řízení (*locus od control*) J.B.Rottera (1954; 1990) a naučené bezmocnosti (*learned helplessness*) E.M.P.Seligmana (1984).

3.3.1 KOGNITIVNÍ PROCESY

„Většina postupů v lidském chování se odehrává nejprve v myšlenkách...v myšlenkách se utvářejí předjímající scénáře, které si lidé v duchu nacvičují“ (Bandura, 1997, s.116). Hlavní funkcí myšlení je umožnit lidem predikovat výsledky nejrůznějších událostí a rozvíjet způsoby jejich kontroly, především pokud ovlivňují jejich život (Bandura, 1995). Řešení takovýchto problémů vyžaduje účinné kognitivní zpracování informací, které je navíc zatíženo řadou nejistot, nejasností a neurčitostí (situace se nedají předvídat se sto procentní pravděpodobností).

V průběhu života se učíme, jak aplikovat prediční a regulační pravidla, k tomu využíváme svých znalostí a zapamatovaných minulých zkušeností, které nám říkají, co fungovalo a co nikoli, a v rámci tohoto ještě zvažujeme, přehodnocujeme a tvoříme úsudky nové. To, jak úspěšně tyto procesy fungují v souvislosti s našimi cíli, určuje míru hodnocení vlastní účinnosti.

Čím vyšší naše *self-efficacy* je, tím vyšší cíle si před sebe klademe. Zvládnuté náročné cíle pak zase zpětnovazebně ovlivňují sílu našeho *self-efficacy* – „vnímané *self-efficacy* se s kognitivními simulacemi podmiňují obousměrně...vysoká míra *self-efficacy* pomáhá rozvíjet kognitivní konstrukce efektivního jednání a kognitivní uvědomění úspěšnosti našeho jednání podporuje *self-efficacy*“ (Bandura, 1997, s.117).

Silný pocit vlastní účinnosti je zapotřebí k tomu, abychom nepodlehli tíživým situačním požadavkům a překážkám a navzdory nim si zachovali schopnost aplikovat analytické myšlení, které máme. Lidé s nízkým *self-efficacy* ve svém myšlení v náročných situacích chybují, snižují své aspirace a kvalita jejich výkonu spíše klesá.

Dovedeme si představit, co kognitivní výkony, respektive kognitivní deficity (především při poškození frontální části mozku a narušení exekutivních funkcí) u lidí po poranění mozku mohou udělat s vnímáním vlastní účinnosti a tím pádem i výkonností a budoucími cíli, platí-li zpětnovazebnost, jak ji popsal Bandura výše.

Snad více než kde jinde, právě u lidí po poranění mozku je na místě při rehabilitaci podporovat pohled na schopnosti člověka jako na získatelné a měnitelné dovednosti (*acquirable skills*) než jako na stabilní vlohy (*inherent aptitude*). V prvním případě se totiž jedinci snaží rozšiřovat své znalosti a zdokonalovat dovednosti, vyhledávají výzvy a osvojují si vzorce funkčního učení. Ve druhém případě jedinci poukazují na své intelektuální limity, stagnují a jsou ochotni řešit jen snadné úkoly, které je nikam neposouvají (Bandura, 1997).

Bandura (1997) vnímá jako seberozvoj ohrožující taktéž tzv. zkreslení důvěry ve své schopnosti (*self-beliefs and ability bias*). To spočívá v tom, že přeceňujeme význam parciálních informací o grandiózním výkonu druhého a přisuzujeme jej jeho speciálním schopnostem, které sami nemáme. Díky tomuto podceňování autoregulačních faktorů, které jsou však pro dosažení výkonu neméně důležité, klesá naše motivace se do činnosti pustit.

U lidí po poranění mozku je odlišnost v kvalitě kognitivních schopností (nikoli inteligence) od běžné populace markantnější. Posilování důvěry ve význam autoregulačních schopností by proto mělo být na jednom z předních míst rehabilitačního úsilí.

3.3.2 MOTIVAČNÍ PROCESY

Schopnost sebe-motivace a účelného jednání má kořeny v kognitivní aktivitě (Bandura, 1997). Lidé se motivují a směřují svou činnost anticipačně, předjímají pravděpodobné výsledky své budoucí činnosti, své plány a strategie rovněž plánují v relaci následujících minut, dní, let apod. Motivujeme se tedy pro něco, co nastane (nikdy zpětně), a aby naše motivace měla smysl, musíme nad vhodnými strategiemi pro dosažení cíle využívat kognitivní procesy.

Jakým způsobem to děláme konkrétně nám ukážou následující tři druhy kognitivních motivátorů (*cognitive motivators*), respektive jim odpovídající teorie. Jde o kauzální atribuce (*causal attributions*), očekávání výsledků (*outcomes expectancies*) a kognitivně zpracované cíle (*cognized goals*), za teorie jsou to pak atribuční teorie (*attribution theory*), teorie očekávané hodnoty (*expectancy-value theory*) a teorie cílů (*goal theory*) (Bandura, 1997).

V kontextu atribuční teorie a konceptu *self-efficacy* zároveň se vnímají jako schopnější a účinnější ti lidé, kteří svůj úspěch přisuzují svým schopnostem (ty jsou stabilním atributem osobnosti) a neúspěch nedostatečnému úsilí. Díky tomu, že vnímají náročnost situace jako ovlivnitelnou tím, kolik vlastního úsilí do ní investují, dokážou čelit obtížným úkolům lépe než ti, kteří svůj neúspěch chápou jako nízkou úroveň svých schopností a úspěch přisuzují situačním faktorům (Weiner cit.dle Bandura, 1997).

Bandura (1997) však jednoznačnost této teorie zpochybňuje. Motivace totiž může být narušena, pokud člověk věří, že úspěch závisí na jeho vnitřních schopnostech a je ovlivnitelný, pak v případě, že úsilí navyšuje, leč výsledek se nedostavuje, může namísto posílení motivace posilovat sebeobviňování z nedostatečnosti. Naše udržování dotyčného v procesu marné snahy by bylo jistě nemorální. I toto musíme mít na paměti při práci s lidmi po poranění mozku – ne vše a plně je možné zrehabilitovat.

Teorie očekávané hodnoty říká, že naše motivace je regulována očekáváním, že určité chování povede k určitému výsledku, a že tento výsledek bude pro nás mít určitou hodnotu. Čím větší máme jistotu, že naše chování povede k daným výsledkům a čím více jsou tyto výsledky pro nás atraktivní, tím větší motivaci k danému úsilí máme (Atkinson; Vroom; Rotter; Ajzen & Fishbein cit.dle Bandura, 1997).

Tato motivační teorie ale také není plně funkční, lidé totiž kromě pravděpodobného výsledku svého výkonu jednají i na základě přesvědčení o tom, co umějí. *Self-efficacy* částečně v tomto motivaci ovlivňuje. Nabízí se nám nesčetné množství lákavých alternativ, avšak lidé v jejich posuzování nejsou systematičtí, mnohé z nich ani nezvažují, protože usoudí, že pro ně nemají schopnosti (Bandura, 1997).

Posílením *self-efficacy* v dalších možných oblastech a rozumným vytvořením odpovídajícího náhledu na vlastní schopnosti můžeme pomoci lidem po poranění mozku rozšířit onu škálu alternativ, a tím pádem i motivace k jejich dosahování.

Poslední teorií je teorie cíle. Stanovení konkrétních cílů v součinnosti s bilancováním vlastních schopností, které jsou potřeba k jejich dosažení, představují základní kognitivní mechanismus motivace (Bandura, 1997). Zde jsou důležité sebeuspokojující a neuspokojivé reakce na vlastní výkon, který je vztažen k cíli, vnímané *self-efficacy* ve vztahu k dosažení cílů a úprava osobních cílů na základě vlastního pokroku (Bandura, 1997).

Z tohoto pohledu přispívá *self-efficacy* k motivaci hned několika způsoby:

- určuje cíle, které si lidé stanoví
- určuje, kolik úsilí vynaloží
- určuje, jak dlouho v dosahování vydrží, vyskytnou-li se potíže
- určuje odolnost vůči neúspěchům, které se na cestě k cíli objeví

Kromě *self-efficacy* se v teorii cílů uplatňují také jejich další charakteristiky. Jde o specifickou, náročnost a blízkost cíle. Lidé mají pozitivnější postoj (a tedy i mobilizovanější motivaci) vůči cílům konkrétním, spíše než obecným, vůči cílům náročnějším než příliš snadným a vůči cílům rychleji dosažitelným spíše než příliš vzdáleným (Bandura, 1997). Případné posilování *self-efficacy* u lidí po poranění mozku by mělo brát na zřetel i tyto aspekty.

3.3.3 AFEKTIVNÍ PROCESY

Self-efficacy se rozhodně ovlivňuje navzájem i s afektivními procesy, samozřejmě dohromady v součinnosti s těmi kognitivními i motivačními. Ačkoli zde mluvíme odděleně o jednotlivých procesech zvlášť, celkové pojmání vlastní účinnosti je mozaikou složenou z interakcí všech najednou, protože i seberegulace, spjatá se *self-efficacy*, stojí na třech pilířích – myšlení, jednání a emocích.

„Lidé, kteří se domnívají, že mohou ovlivnit hrozby, s nimiž se setkávají, si nevyvolávají znepokojivé vzorce myšlení, narozdíl od těch, kteří věří tomu, že hrozby zvládnout nedokážou...ti pak rozebírají svou nedostatečnost ve zvládnání problémů, aktivují ulpívavé a cyklické myšlenkové vzorce a nezaměřují se na zvládnání problému“ (Bandura, 1994, s.73-74). Takovéto myšlenky zhoršují nejen fungování a motivaci k činům, ale rovněž se podílejí na vzniku úzkostných a depresivních stavů a častých zážitků stresu (Bandura, 1997). Takto je aktivováno také vyhybavé chování, které tím pádem zabraňuje zážitku zvládnuté situace, stejně tak i posílení *self-efficacy*.

Úzkostné stavy jsou tedy vyvolávány dvojitým způsobem - vnímanou vlastní neúčinností při zvládání složitých situací a vnímanou vlastní neúčinností při ovládání znepokojivých myšlenek. Ovlivnění především druhého bodu je klíčovým faktorem v regulaci úzkosti, stresu a deprese, jež jsou vyvolány vlastními myšlenkami. Kromě nácviku dovedností obtížné situace zvládat je nutné posilovat a vštěpovat přesvědčení, že člověk může potenciál hrozby ovládat.

Bandura (1994) toto nazývá řízenou zkušeností zvládat situace⁵⁰, která efektivně funguje, když náročný úkol rozdělíme do menších, snadno zvládnutelných kroků, dále do kratších časových úseků vystavení se náročné situaci a za pomoci postupného dávkování vážnosti hrozeb. Tohoto principu se využívá zejména u lidí, jejichž fungování je silně ohroženo intenzivními obavami a fobickými ochrannými reakcemi.

Poranění mozku s sebou nezdědí přináší psychopatologické reakce, s nimiž se člověk před poraněním potýkat nemusel (viz kapitola 1). Proto i tento způsob terapie stojí za to zvážit při posilování *self-efficacy*. Nízký pocit vlastní účinnosti vede k **depresi**. Dochází k tomu jednak na základě nenaplněných aspirací, jednak na základě nízké sociální účinnosti (zejména druhý bod nás v souvislosti s tématem výzkumu zajímá více).

V prvním případě se lidé ženou do deprese z toho důvodu, že si nastavují takové normy sebeúcty, o nichž se domnívají, že jich nemohou dosáhnout (Bandura, 1994). Toto se v situaci člověka po poranění mozku v období rehabilitace může přihodit velmi snadno.

Ve druhém případě, kdy vnímáme jako nízké své sociální *efficacy*, se do depresivních stavů dostáváme kvůli sociální izolaci. „Lidé, kteří se posuzují jako sociálně účinní, vyhledávají a kultivují společenské vztahy, jež slouží jako podpora a model pro zvládání náročných situací, mírní nepříznivé účinky chronických stresorů a vnášejí do života spokojenost“ (Bandura, 1994, s.74). Pokud se lidé nevnímají jako sociálně účinní, vzdávají navazování mezilidských vztahů a na své náročné úkoly zůstávají sami.

Pocity sociální nedostatečnosti (*social inefficacy*) de facto ovlivňují zpětně celkové *self-efficacy*, protože přispívají k omezení okruhu sociálních vzorů, jež nás mohou přesvědčovat o našich schopnostech situaci zvládnout a mohou sloužit jako modely úspěšného zvládání budoucích úkolů. Sociální *inefficacy* ve svém důsledku připravuje člověka o dva ze čtyř základních zdrojů vnímané vlastní účinnosti.

⁵⁰ Bandura (1997, s.140-151) uvádí různé možnosti, jimiž lze řídit zkušenost zvládnout obtížnou situaci (regulace pomocí interpretačních procesů a pozornosti, regulace pomocí transformace jednání, environmentální regulace úzkostného napětí, regulace afektivního stavu). Podání kompletní terapeutického zásahu v oblasti emocí však nespadá do náplně této práce, proto více ve zmíněné monografii.

Kognitivní a afektivní deficity mají nemalý vliv na úspěšné fungování v sociálních vztazích, jak jsme si ukázali v předchozím textu. Tyto zážitky přirozeně ovlivní sociální *efficacy* i u člověka, který neměl před úrazem se sociálními vztahy větší problémy. Pozornost, směřovaná k podpoře sociálních kompetencí a sociálního *efficacy* při rehabilitaci, je v souvislosti se subjektivně vnímanou spokojeností a kvalitou života na místě.

Třetí významnou komponentou afektivních procesů ve spojitosti se *self-efficacy* je **stres**. Co je podstatné v případě stresových situací říci, je, že opět nejsou tolik vysilující samotné stresové podmínky, jako spíše vnímaná neschopnost je zvládnout – vystavení se stresorům s možností je kontrolovat nemá žádné nepříznivé biologické účinky, avšak vystavení se stresorům bez této možnosti narušuje imunitní systém (Wiedenfeld et al. cit.dle Bandura, 1995).

Slabý pocit *self-efficacy* při ovládnání stresorů aktivuje autonomní reakce (srdeční frekvenci, krevní tlak, pocení apod.), sekreci katecholaminů a uvolňování endogenních opioidů, tyto biologické systémy se rovněž podílejí na regulaci imunitního systému (Bandura, 1994; Bandura, 1995; Bandura, 1997). „Stres, který je aktivovaný v procesu získávání dovedností potřebných ke zvládnání náročných situací, může mít jiné účinky než stres prožívaný v nepříznivých situacích, kdy jsou naše vyhlídky na získání ochranného pocitu *self-efficacy* v budoucnu nulové“ (Bandura, 1994, s.75).

Naše zdraví a analogicky zřejmě i uzdravování tedy souvisí s tím, jak stresory vnímáme a prožíváme. Pojetí eustresu a distresu bude mít pravděpodobně spojitost s vnímáním vlastní účinnosti zvládnout náročné situace, což by odpovídalo na otázku, proč někteří lidé reagují při působení stresu zvýšením svého výkonu a jiní utlumením.

Na základě Langovy i Schachterovy teorie emocí víme, že emoční stavy (pozitivní i negativní) souvisejí s fyziologickou odezvou lidského organismu. Pokud se jedná o fyziologické reakce na stres, úzkost a depresivní ladění, nemůžeme očekávat, že bude člověk prožívat svůj život komfortně. Tělesná nepohoda je úzce svázána s nepohodou psychickou a ať už je pociťovaný diskomfort odstartován první nebo druhou možností, je to stále diskomfort. Lidé po poranění mozku, podobně jako je tomu u chronických onemocnění, mají emoční stabilitu ohroženou mnohonásobně více než zdravá populace, proto i jejich fyzické prožitky a tím i hodnocení kvality života budou aspektem afektivních procesů, vázaných na *self-efficacy*, zajisté ovlivněny.

3.3.4 SELEKTIVNÍ PROCESY

Doposud byla řeč o procesech, aktivovaných *self-efficacy*, jež umožňují lidem utvářet si prospěšné prostředí a uplatňovat nad ním kontrolu (Bandura, 1997). Lidé jsou ale také částečně produktem svého prostředí (vzpomeňme na triadický reciproční determinismus). Na základě posouzení vlastních schopností si prostředí vybíráme, „důvěra ve vlastní *efficacy* hraje klíčovou roli ve tvarování (*shaping*) životního směru tím, že určuje, které aktivity a prostředí si pro své fungování lidé volí, stejně tak jako to, jaké prostředí a podmínky sami produkují“ (Bandura, 1997, s.160).

Lidé se přirozeně vyhýbají činnostem a situacím, o nichž jsou přesvědčeni, že přesahují jejich schopnost je zvládnout, pohotově se však pouštějí do náročných úkolů, o nichž se domnívají, že na ně stačí. Faktory, které ovlivňují výběr typu chování člověka, mohou ovlivnit celý jeho vývoj. „Sociální vlivy, které působí v námi vybraném prostředí, totiž podporují určité schopnosti, hodnoty a zájmy, ještě dlouho potom, co se tato determinanta našeho rozhodnutí stala blednoucími podkladovými barvami výtvarného díla“ (Bandura cit.dle Bandura, 1997, s.160).

Selekce činností, úkolů a prostředí probíhá v průběhu našeho ontogenetického vývoje. Předurčuje určitým způsobem naši budoucnost. Co se ale s takovýmto „fiktivním osudem“ stane, pokud do života vpadne jako rána z čistého nebe právě např. poranění mozku? Jak se změní výběr činností a prostředí? Jak se změní naše vnímání *self-efficacy*?

Mnozí lidé s poškozením mozku hovoří o tom, že ačkoli některé funkce nejsou plně funkční a jejich náprava není úplná (naskýtá se možnost pro snížení vlastního *self-efficacy*), jejich život a účinnost v něm vnímají spíše jinýma než výkonovýma očima. Jejich hodnoty se přesouvají spíše k existenciálním a vztahovým myšlenkám, jejich selektivní procesy jsou orientovány tímto směrem. *Self-efficacy* je pro ně důležitou determinantou spokojenosti fungování především v sociálních vztazích. Toto jsou samozřejmě statisticky nepodložené výpovědi, pro oblast zkoumání efektu posilování sociálního *self-efficacy* v souvislosti s úspěšným fungováním v životě po poranění mozku jsou však zajisté cenným postřehem.

3.3.5 MÍSTO ŘÍZENÍ A NAUČENÁ BEZMOCNOST – SOUVISEJÍCÍ KONCEPTY

Zmíněné koncepty zde mají spíše doplňkové místo. **Místo řízení** (*locus of control* - *LOC*) totiž bývá někdy zaměňováno právě s konceptem *self-efficacy*. Nelze ale zaměňovat víru v to, zda jsem schopen dosáhnout určitého jednání (*perceived self-efficacy*) s tím, zda naše jednání určité výsledky způsobí (*locus of control*), neboť jde o zcela odlišnou podstatu věci, potvrzenou i empiricky (Bandura, 1997). Důležitý je vzájemný vztah.

Příčina našich výsledků totiž může být vnímána jako externí, nebo jako interní. Buď je za náš úspěch zodpovědná náhoda, nebo my samy a naše schopnosti (Rotter, 1954; Rotter, 1990). Pokud však máme vnitřní místo řízení (*internal locus of control*) - přisuzujeme úspěch sobě samým, neznamená to ještě, že budeme mít automaticky vysoké *self-efficacy*. „Lidé, kteří své úspěchy a výsledky své činnosti přisuzují sobě, ale nepocítují pro ně dostatek svých schopností, mají nízké *self-efficacy* a své jednání posuzují jako marné“ (Bandura, 1997, s.20).

Víra v to, že jsme strůjcem výsledků své činnosti, může být tedy jak posilující, tak demoralizující. Marnost jednání, ať už způsobená tím, že my samy nikoli, ale externí podmínky jsou zodpovědné za výsledky naší činnosti (*external locus of control*), či nedůvěrou v naše schopnosti (nízké *self-efficacy*) navzdory vnitřnímu řízení (*internal locus of control*), může člověka vést až ke vzdání svého úsilí předem. Pokud lidé věří, že nedosáhnou pozitivních výsledků, protože je svým chováním a schopnostmi neovlivní, neboť jsou dílem náhody, a pokud věří, že jejich jednání povede za každých okolností stejně k neúspěchu, zažívají nízké *self-efficacy* a fenomén, nazvaný **naučená bezmocnost** (*learned helplessness*) (Seligman et al., 1984).

Tento pesimistický explanatorní styl (*pesimistic explanatory style*) nejenže přispívá k zacyklení nízkého *self-efficacy*, protože člověk buď úspěch nezažije, nebo jej nepřisoudí svým schopnostem, ale také je jednou z příčin deprese (Peterson & Seligman cit.dle Bandura, 1997). Při řešení depresivních stavů a posilování důvěry ve vlastní schopnosti lidí po poranění mozku je nutné všimnout si nejen výše jejich *self-efficacy*, ale také místa řízení a myšlenkových schémat, jimiž lidé posuzují své jednání.

3.4 SELF-EFFICACY V SOCIÁLNÍM KONTEXTU

Self-efficacy není pouze nějakou obecnou schopností, která pokud funguje v jedné oblasti, funguje bezpochyby analogicky v další. Existuje mnoho druhů *self-efficacy* a není překvapením, že v určité oblasti můžeme své schopnosti daným způsobem fungovat hodnotit vysoko, kdežto v jiné naopak.

Ačkoli se vědomí vlastní účinnosti dotýká mnoha rozličných oblastí, přeci jen jej provází jedna stabilní determinanta, ta sociální. Pokud se vrátíme na začátek této kapitoly, uvědomíme si, že pilíře (zdroje), na nichž *self-efficacy* stojí, jsou z větší části závislé na sociálním prostředí, sociální interakci, sociální opoře a sociálním podmiňování.

Jaký společný vliv působí na školní (*cognitive and educational*), pracovní (*organizational and career*), sportovní (*sports*) či zdravotní (*health*) *self-efficacy*? Nejsou společným jmenovatelem sociální vztahy? Společnost druhých lidí, rodiny, přátel, vrstevníků, osobností i cizích lidí, určuje, kam naše chování bude směřovat a přispívá také k tomu, jakou důvěru ve vlastní schopnosti si vypěstujeme.

Následující řádky budou věnovány pohledu na *self-efficacy* z vývojového hlediska, v kontextu působení druhých osob na jeho rozvoj, neopomeneme se podívat na posuzování *efficacy* různou optikou (vlastní, druhých a interakcí mezi nimi) a zakončíme specifikací sociálního *self-efficacy*, které je klíčem k pozitivnímu hodnocení spokojenosti ve vlastních mezilidských vztazích.

3.4.1 SELF-EFFICACY V ONTOGENETICKÉM VÝVOJI

Různé typy *self-efficacy* logicky tak trochu kopírují ontogenetický vývoj. Jednotlivá životní stadia představují vyrovnávání se s různými životními úkoly (Erikson, 2002) a jejich překonávání posiluje nebo naopak zeslabuje naše *efficacy* v dané oblasti. Zároveň v průběhu ontogenetického vývoje (*life span*) narážíme na různá sociální prostředí, nás, naše aspirace a pocit vlastní účinnosti tvarují různé sociální skupiny i jednotlivci, které vnímáme jako významné (Bandura, 1997).

Naše *self-efficacy* se na základě přibývajících sociálních kontaktů a vlivů ustavuje a diferencuje v rámci specifických oblastí naší činnosti. Mění se kvantitativně (různé typy účinnosti) i kvalitativně (úroveň účinnosti). Sociální vztahy jsou však bezpochyby jednou z nejdůležitějších proměnných v otázce *self-efficacy*.

V první řadě je to **rodina** a osoby, které o nás v dětství pečují. Mikroanalýza rodinných interakcí ukázala, že rodiče často strukturují zážitky svých dětí takovým způsobem,

který jim pomáhá objevit, že jejich činy mají sociální efekt (Papoušek & Papoušek cit.dle Bandura, 1997; Papoušek & Papoušek, 1987). Dětskou výzvou podmíněná odpověď dospělého pomáhá dětem již od narození uvědomovat si, že mohou uskutečňovat věci prostřednictvím svých činů a svého chování (Bandura, 1997).

Vědomí efektu posiluje pocit účinnosti. Rodiče, kteří reagují na komunikaci svých dětí a zároveň jsou tvůrci situací, jež dají pocítit zážitek úspěchu a důvěru ve vlastní kompetence, vychovávají pak děti, které si budují zdravé *efficacy* v oblasti svých fyzických dovedností, sociálních kompetencí, lingvistických i kognitivních schopností a regulačních návyků řídících jejich chování vůbec (Bandura, 1997; Caprara, Scabini & Regalia cit.dle Bandura, 2006).

To, jak je člověk připraven vstoupit na kolbiště širšího světa, je dáno právě tím, jak je pro to uschopní pečující osoby, jaké *self-efficacy* v nich od raného dětství podporují. Dalšími referenčními osobami jsou **sourozenci**⁵¹ a **vrstevníci**. S nimi svádíme konkurenční zápasy, v nichž ověřujeme své schopnosti, jsou našimi vzory a osobami, s nimiž lze výkony porovnávat. Jedináčci nebo lidé s malým okruhem vrstevníků jsou prostředím zajisté méně zkoušeni, na druhou stranu dostávají více rodičovského prostoru pro podporu svého *self-efficacy* (Bandura, 1997).

Především nedomácí prostředí nám dává zpětnou vazbu, jak v něm umíme obstát, což opět formuje naši důvěru ve vlastní účinnost. V dětství jde především o fyzické a kognitivní *self-efficacy*, důležité je také *self-efficacy* sociální. S rostoucím věkem přibývá specifických oblastí, v nichž svou účinnost hodnotíme – tyto oblasti si volíme (nebo jsou nám zvoleny) na základě sociálních vlivů, které nás obklopují (Bandura, 1997).

Školní prostředí ovlivňuje úroveň motivace, vnitřního zájmu o náplň studia, autoregulační schopnosti, plánování, organizování, akademické aspirace a především metakognitivní schopnosti – dostatečnost jejich úrovně pro sociální fungování je neustále ověřována, a tím pádem je tak i posilována, či zeslabována úroveň *efficacy* každé z nich (Bandura, 1997). Kromě jednotlivostí samotných je však mnohem důležitější jejich využití – to sociální. Ještě jednou je důležité zdůraznit, že pro životní spokojenost a vysoce hodnocenou míru *self-efficacy* je významnější to, zda tyto schopnosti dokážeme aplikovat tak, abychom uspěli v sociálních interakcích, s **vrstevníky**, **autoritami** apod. (Bandura, 1997).

Důležité jsou také vlivy, které na nás působí v souvislosti s volným časem a zájmy. Především období adolescence je plné nových hodnot, výzev a aktivit, které opět zkouší naše

⁵¹ Více o vlivu pohlaví, pořadí a věkového rozdílu sourozenců na *self-efficacy* píše Bandura (1997).

self-efficacy. Je zde testováno, zda naše schopnosti flexibilně stačí na úkoly a činnosti, které nově objevujeme v neprobádaných vodách (Bandura, 1997).

V rámci sociálních vztahů je naše vědomí účinnosti fungovat v nich také zatíženo konflikty, pomocí nichž si budujeme svébytnou pozici, více než kdykoli jindy během našeho vývoje (Caprara, Scabini & Regalia cit.dle Bandura, 2006). Kromě toho se více angažujeme v sociálních vztazích mimo primární rodinu – naše sociální dovednosti, doposud zažité a zkoušené především ve známém prostředí, jsou testovány v interakcích s novými **přáteli**, potenciálními **partnery** a mnohdy i novými pracovními **kolegy**.

V období dospělosti přichází na řadu pracovní (*career*) a rodinné (*parental/family*) *efficacy*. Dostáváme se vlastně v koloběhu do stejné pozice jako naši rodiče, když napomáhali posilovat naše *self-efficacy* (Bandura, 1997; Caprara, Scabini & Regalia cit.dle Bandura, 2006). Naše *self-efficacy* je najednou podrobováno tomu, zda zvládneme více různých, mnohdy protichůdných rolí. V sociálních interakcích musíme být flexibilní podle toho, zda jsme rodičem, partnerem, zaměstnancem, spolupracovníkem, přítelem atd.

Ačkoli přehodnocujeme svou vlastní účinnost neustále, nejmarkantněji je to znát v období středního věku a přechodu do stáří. Ztráta mnohých schopností zatěžuje důvěru v *self-efficacy* velmi. Ubývá nejen schopností, ale také sociálních kontaktů, které nám byly vzorem a oporou. Míra důvěry v sebe a schopnost vhodně využívat své zbytkové dovednosti, zkušenosti a kognitivní funkce a tendence vytvářet si aktivně sociální prostředí je receptem na aktivní a úspěšné stárnutí, které lidem přináší pocit spokojenosti a vyrovnanosti se svým životem (Bandura, 1997; Sýkorová, 2007).

Specifickým tématem je posouzení svých zdravotních schopností (*health-efficacy*). To protíná všechna zmíněná prostředí v průběhu života a v každém z nich se nějak utváří. Rodina, škola i naše zaměstnání a ambice v něm formují naše vzorce chování ve zdravotní oblasti. Tyto vzorce mají vliv na naše zdraví a naše *health-efficacy* nás informuje o tom, jakých cílů jsme schopni dosahovat (Bandura, 1997).

Jaké je to ale v případě, kdy do přirozeného vývojového cyklu zasáhne událost, jakou je poranění mozku a s ním související nové začátky v kognitivní, emoční, sociální a pracovní oblasti? Liší se etablování *self-efficacy*? Jak moc si pamatujeme a využíváme to, které jsme měli vybudované před úrazem, nehodou, onemocněním? Jaké nové si vybudovat musíme? Jakou roli hraje v tomto případě naše sociální okolí, které se najednou musí s námi zastavit a s námi začít postupovat drobnými krůčky od začátku? A je to vůbec od začátku?

Na tyto otázky mi nebyla schopna domácí ani zahraniční odborná literatura uspokojivě odpovědět. Jsem přesvědčená, že problematika poranění mozku z hlediska ontogenetického

vývoje v souvislosti se *self-efficacy* nabízí široké výzkumné a doposud dostatečně neprobádané pole působnosti. Prozatím zkusme aplikovat poznatky z vývoje *self-efficacy* v průběhu *life-span*. Jisté podobnosti vývoje od dětství a obnovy funkcí po úraze nalézt lze, ačkoli nemůžeme simplifikovat tuto problematiku, která má svá neurologií podmíněná specifika.

3.4.2 SELF-EFFICACY A OTHER-EFFICACY

Jak už bylo řečeno, *self-efficacy* tvaruje naše myšlenkové procesy, emoce i chování a je nutností pro osobní úspěch. Protože je ale samotné závislé mimo jiné na sociálních vlivech, nabízí se zde tři rozšiřující otázky.

První z nich je ta, zda existuje kauzální vztah také mezi vnímanou účinností druhého člověka (*other-efficacy*) a naší subjektivně vnímanou účinností (*self-efficacy*). Zda tedy *other-efficacy* ovlivní naše *self-efficacy*, zda naše důvěra ve schopnosti druhého člověka posune naši důvěru ve vlastní schopnosti na základě referenčního posunu od dotyčného k sobě a tím také ovlivní naše jednání.

Bandura (1997) věřil, že nejvýraznější vliv na osobní řízení a výkony má opravdu *self-efficacy*. V rámci své sociálně kognitivní teorie však mohl připustit, že pokud se bude jednat o kooperativní či interdependentní chování, *other-efficacy* může částečně vyplnit mezery *self-efficacy*.

Toto ale ve svém výzkumu potvrdili Lent a Lopez (cit.dle Dunlop, Beatty & Beauchamp, 2011), když zkoumali vztahy romantických dvojic, v nichž jeden z partnerů byl vždy znatelněji mladší než druhý. Přišli na to, že důvěra v partnerovy partnerské schopnosti pozitivně ovlivňuje naši spokojenost ve vztahu a naši tendenci v něm zůstat a rozvíjet jej (tamtéž).

Podobně zkoumali *other-efficacy* Jackson a Beauchamp (cit.dle Dunlop, Beatty & Beauchamp, 2011), a to ve vztahu atletů a trenérů a atletů mezi sebou, došli ke stejným závěrům. Beauchamp (cit.dle Dunlop, Beatty & Beauchamp, 2011) přišel ještě s jedním výsledkem ze sportovního prostředí - zjistil, že stejně jako důvěra ve vlastní schopnosti jezdce, tak i důvěra ve schopnosti koně ovlivňuje jezdecký výkon.

Ačkoli všechny zmíněné studie vedly k tomu, že vnímaná úroveň schopností signifikantních druhých má jistý vliv na chování člověka, žádná z nich primárně nezkoumala **obecnou úroveň** vlivu *other-efficacy* na osobní výkon člověka. Toho se chopili Dunlop, Beatty a Beauchamp (2011) a potvrdili své hypotézy o tom, že stejně jako vysoké *self-efficacy*, tak i vysoké *other-efficacy* pozitivně ovlivňuje osobní výkon, přičemž *self-efficacy*

významněji. Píší, že výsledky jejich výzkumu jsou konzistentní se zjištěním, že „vysoká úroveň *other-efficacy* může komplementárně doplňovat a podporovat *self-efficacy* v kontextu kooperace...může být opěrným bodem pro osobní dosahování cílů“ (Lent & Lopez cit.dle Dunlop, Beatty & Beauchamp, 2011, s.590).

Pokud ovšem bylo *other-efficacy* nízké, na úrovni *self-efficacy* záleželo méně a výkon poklesl (Lent & Lopez cit.dle Dunlop, Beatty & Beauchamp, 2011). Toto zjištění může být podporou pro naše výzkumné otázky – rozdíl ve vnímané úrovni *efficacy* mnou a druhým může ovlivnit mé výkony, jakož i kvalitu života.

Druhou otázkou, již méně řešenou, je právě to, zda to, jak nás a naši účinnost vnímají druzí (*from other efficacy-judgement*), ovlivní také naše subjektivní vnímání vlastní účinnosti (*self-efficacy*) a náš výkon. Sociální opora, jak se dozvíme níže, významným způsobem ovlivňuje naše jednání, úroveň výkonu a na základě recipročního determinismu a zpětnovazebného vlivu také *self-efficacy*.

Lidé, kteří jsou naší sociální oporou, zajisté vyjadřují svůj názor ohledně našich schopností a více či méně nám dávají najevo svou důvěru v ně. Rozdílnost ve vnímání *efficacy* sebou samým a osobou, která je mi sociální oporou, může hrát roli v uplatnění vlastního *self-efficacy* při dosahování cílů. Protože se jedná v kontextu našeho výzkumu právě o sociální *efficacy*, je tento vliv ještě významnější, neboť nesoulad v názorech na účinnost jedince zvládat situace může být jádrem sociálních konfliktů. Ty mohou jedince demotivovat a podporovat semínko pochyb o jeho sociální kompetentnosti a ovlivňovat tak jeho, původně vyšší sociální *self-efficacy*.

Protože jsme nenašli v české ani zahraniční odborné literatuře, musíme své premisy stavět na zdrojích, jež se týkají jen podobné problematiky (Dunlop, Beatty & Beauchamp, 2011). I zde však nízké *other-efficacy* ovlivňovalo vysoké *self-efficacy* jedince a tím pádem i jeho výkon.

Ve vztahu člověka po poranění mozku a pečující osoby je tato osoba i její názory na schopnosti „nemocného“ a jejich reparabilitu v roli významného druhého, jenž ovlivňuje vnímání světa svého svěřence. Předchozí kapitola nám ukázala, jak se sociální okolí v průběhu života podílí na tvorbě našeho *self-efficacy*. Po poranění mozku člověk často prochází jistou formou vývoje znovu a lidé okolo něj jsou opět zdrojem informací, na základě nichž své *efficacy* znovu utváří.

To, zda jeho sociální okolí bude jeho *self-efficacy* posilovat zdravě a přiměřeně, či nikoli, zahýbe i s jeho subjektivně vnímanou kvalitou života, stejně jako se spokojeností

v daném sociálním systému (rodinném, partnerském apod.). O vztahu *self-efficacy* a kvality života ale více v kapitole 3.5.

Třetí otázka řeší, zda mé *self-efficacy* ovlivní *self-efficacy* druhého. Bandura (1997) píše, že ano. Svá tvrzení podpírá výzkumy především z oblasti rodiny a školního prostředí. Zjištění některých výzkumníků (např. Teti & Gelfand; Cutrona & Troutman; Oliofoff & Abound cit.dle Bandura 1995) se váží k faktu, že v rodinném prostředí podporují rodiče *self-efficacy* svých dětí už jen tím, že se samy považují za schopné a účinné ve své rodičovské roli. Víra ve vlastní rodičovské schopnosti (*parenting efficacy*) je projektivním faktorem proti emočnímu strádání a nabízí dětem podporu víry ve vlastní schopnosti v širokém spektru oblastí.

Další autoři (např. Gibson & Dembo; Ashton & Webb; Woolfolk & Hoy; Enochs & Riggs cit.dle Bandura, 1995) podobně poukazují na vliv učitelského *efficacy* na výkonnost a víru ve studentskou účinnost žáků. Vysoká míra důvěry učitele ve svou učitelskou účinnost (*instructional efficacy*) podporuje kognitivní (*cognitive*) *efficacy* žáků, jejich vnitřní zájem o studium a akademické sebeřízení (*academic self-directedness*).

Někdy se *efficacy* přenáší, jako tomu bylo u výzkumů rodičovského a učitelského *efficacy*, jindy může být jen nepravdivě projikováno. Existence promítání vědomí vlastní účinnosti do posuzování účinnosti druhého není nereálná.

Projektivní procesy tak mohou ovlivnit i člověka po poranění mozku, například když si osoba, která mu má být sociální oporou neví úplně rady s tím, jak se vyrovnat se změnou osobnosti svého blízkého. Člověk se pak nemusí cítit být kompetentní sociální oporou a neúmyslně si tak zavírá dvířka rehabilitačních možností, kterým nevěří. Na základě vlastní nejistoty přenáší nejistotu zvládnutí rehabilitačního úkolu i na člověka po poranění mozku. O sociálních oporách ale v následující kapitole.

3.4.3 SOCIÁLNÍ SELF-EFFICACY A SOCIÁLNÍ OPORA

Jak už název napovídá, sociální (*social*) *self-efficacy* se vztahuje ke vnímané schopnosti orientovat se v sociálních vztazích, úspěšně je vytvářet a udržovat. Různé formy sociálních vztahů, které si vytváříme v průběhu našeho ontogenetického vývoje, podporují formování modelů copingových strategií, zmírňují efekt dopadu stresorů, jsou pozitivním faktorem při ovlivňování depresí i somatických onemocnění. Naše schopnost rozvíjet podporující sociální vztahy, tedy naše vysoké **sociální *self-efficacy***, přispívá k subjektivně vnímané spokojenosti v životě (Bandura, 1997).

Bandura (1997) popisuje velmi významný statistický vztah mezi sociálním *self-efficacy*, **sociální oporou** a copingovými strategiemi. „Sociální opora není samo-formující se

entitou, která čeká jaké nárazník kolem člověka, ohroženého stresovými událostmi...sociálně efektivní lidé si sami vytvářejí podpůrné prostředí, na rozdíl od těch, jejichž sociální *self-efficacy* je nízké“ (Bandura, 1997, s.159). Čím je sociální *self-efficacy* nižší, tím více jsou lidé ve vztazích zdrženlivější, ačkoli vědí, jak se sociálně chovat (Hill cit.dle Bandura, 1997).

Podobné výsledky zjistil Shen (2009) mezi čínskými učiteli, ať se přeneseme i do jiného kulturního prostředí. Shen (2009) potvrdil výsledky Carvera a kolegů (cit.dle Shen, 2009), Lazaruse a Folkmana (cit.dle Shen, 2009) a Devenporta a Lane (cit.dle Shen 2009), když napsal, že „je nutné spojovat zdroje copingových strategií (*self-efficacy* a sociální oporu) s copingovými strategiemi samotnými“ (Shen, 2009, s.136).

Zmíněné výzkumné studie však podporovaly názor, že každý ze zdrojů vyrovnávání se stresem působí separátně v jiné oblasti - že sociální opora je matkou na emoce zaměřených copingových strategií a *self-efficacy* otcem těch na problém orientovaných. Shen však hájí přesvědčení, že směr závislosti je jiný – sociální opora působí na *self-efficacy* (i to sociální) a to pak všemi směry na copingové strategie (Shen, 2009).

Významný vztah mezi sociální oporou, *self-efficacy* a skutečnou aktivitou ve volném čase i u lidí s kognitivními deficity prokázali ve svém výzkumu Peterson se spolupracovníky (2008). Fyzické aktivitě napomohlo vyšší *self-efficacy*, které bylo podpořeno sociálními vztahy s rodinou, vrstevníky a spolupracovníky. Častější vystavování se situacím, ať už tělesného či sociálního charakteru, k nimž nás sociální opora vede, má za následek navýšení pocitu účinnosti v té oné situaci.

Muris (2001) i Zullig, Teoli a Valois (2011) ve svých pracích uvádějí, že sociální *self-efficacy* umožňuje překonávat výzvy a bariéry sociálního charakteru. Nejcitlivějšími skupinami lidí jsou ty, které se nacházejí v kritických obdobích vývoje (Bandura, 1997). Původně je toto myšleno pro přechod z jedné vývojové fáze do druhé, myslím ale, že myšlenku můžeme rozšířit i do problematiky poranění mozku, protože i zde je nutné překonávat určité vývojové úrovně, ačkoli většinou již před poraněním jednou překonané.

Holahan a Holahan (cit.dle Bandura, 1997) přišli ve své longitudinální studii k logickým závěrům, a to, že sociální *inefficacy* vede k sociální izolaci a ta přispívá k **depresi**. Zúžení sítě sociální opory, ať už z jakýchkoli důvodů (sociálního *inefficacy*, změny sociálních vztahů v důsledku stárnutí, nehody, nemoci či politických poměrů apod.), snižuje sociální a dokonce i osobní *self-efficacy* (Harlow cit.dle Bandura, 1997). Deprese ale není jedinou kategorií, spojovanou se sociálním *self-efficacy*.

Bandura (1997) a Zullig, Teoli a Valois (2011) spojují nedostatek sociálního *self-efficacy* bohužel i s **antisociálním a agresivním chováním**. Především ve skupině vrstevníků

a spolužáků, jejichž psychický pocit pohody (*psychological well-being*) a prosociální dovednosti (*prosocial skills*) jsou nedostatečné, dochází často k případům šikany (Olweus; Hawker & Boulton; Roland; Boulton, Trueman & Murray vše cit.dle Zullig, Teoli & Valois, 2011).

Vysoká míra sociálního *self-efficacy* umožňuje uplatňovat sociální kompetence, jakými je **otevřená komunikace, sdílení a porozumění emocím, kooperativní chování, konstruktivní řešení problémů, vytváření a udržování sociálních vztahů** a celkově **oboustranná spokojenost** při interakcích s druhými lidmi (Zullig, Teoli & Valois, 2011).

Jestliže tyto schopnosti a subjektivní víra v jejich úspěšné uplatňování vede k pozitivnímu rozvoji adolescentů v jejich senzitivní periodě v rámci školního prostředí (Devine & Cohen cit.dle Zullig, Teoli & Valois, 2011; Zullig, Teoli & Valois, 2011), pak by mělo vysoké sociální *self-efficacy* mít totožné výsledky i ve skupině lidí po poranění mozku v jejich citlivém období vyrovnávání se s následky svého postižení.

3.5 SOUVISEJÍCÍ VÝZKUMY

Tato kapitola slouží především jako kapitola doplňková. Jejím smyslem je doplnit obraz konceptu *self-efficacy* o některé důležité aspekty a související psychologické fenomény, které jsou relevantní k výzkumnému tématu. A které souvisejí tedy i s kvalitou života a subjektivně vnímanou životní spokojeností.

Self-efficacy je koncept spjatý s mnoha výzkumnými oblastmi. Souvisí s nejrůznějšími typy sociálního chování, **prosociálním** (Caprara, Alessandri & Eisenberg, 2011) i **antisociálním** (Willemse, Smith & Van Wyk, 2011), souvisí s **emočními stavy** (Simsek, 2011; Akin & Kurbanoglu, 2011; Thomasson & Psouni, 2010), **výkonovými schopnostmi** (Karwowski, 2011; Bandura, 1997, Bandura, 1982), **zdravotním stavem, fyzickými schopnostmi** a ovládáním se v této oblasti (Jackson, Tucker & Herman, 2007; Van Zundert, Engels & Kuntsche, 2011; Oei, Hasking & Phillips, 2007; Bonar et al., 2011) a **autoregulací** a výdrží posilovat své schopnosti (Murru & Ginis, 2010; Ball & Martin, 2011).

Souvisí samozřejmě také s **kvalitou života** (Murphy & Murphy, 2006; Motl, Willemse, Smith & Van Wyk, 2011; McAuley, Snook & Gliottoni, 2009; Paxton, Motl, Aylward & Nigg, 2010; Chino, Nemoto, Fujii & Mizuno, 2009; Kostka & Jachimowicz, 2010; Hampton, 2000). Přímo souvislost mezi *self-efficacy*, kvalitou života a **poraněním mozku** nepřináší mnoho výzkumů (Tsaousides et al., 2009).

Zaměříme se na výsledky, související se sociálním *efficacy*. Jestliže máme mít vysoké sociální *self-efficacy*, je nutné zažívat úspěchy v sociálních interakcích. To je velmi ztíženo,

pokud člověk trpí sociální úzkostí (*social anxiety*). Lidé, kteří prožívají úzkost, vztaženou k předmětu svého *efficacy*, mají *self-efficacy* nižší než kontrolní skupina, v jistotě sociálně fungovat (Thomasson & Psouni, 2010) i co se týče kognitivního výkonu (Simsek, 2011; Akin & Kurbanoglu, 2011). Úzkost vyvolává dysfunkční vzorce chování, které zabraňují efektivnímu fungování a řešení problematických situací.

Dalším činitelem, který ovlivňuje sociální vztahy, potažmo sociální *self-efficacy*, je agrese. Leoschut a Burton (cit.dle Willemse, Smith & Van Wyk, 2011) přicházejí s postřehy, že vystavení násilí může vést k narušení schopnosti rozvíjet se a fungovat v sociálních vztazích, dokonce si i vhodné sociální prostředí utvářet. Vysoké sociální *self-efficacy* je spjaté s nižší mírou agresivity a s nižší četností pocitů vzteku (Willemse, Smith & Van Wyk, 2011), víra ve vlastní schopnosti a sociálně-interakční strategie umožňují odolávat sociálnímu tlaku a zabraňují tak agresivnímu chování. Lidé s vysokým sociálním *self-efficacy* jsou schopni využívat svých sociálních kompetencí, vypořádávají se snadno se vztekem svým i druhých společensky přijatelným způsobem a tím zároveň posilují své *self-esteem* a pocit spokojenosti (Willemse, Smith & Van Wyk, 2011).

Kromě zvládnání agrese souvisí se sociálním *self-efficacy*, úspěšným sociálním fungováním a vlastní spokojeností také pocity empatie, soucitu a prosociality (Iskender, 2009; Caprara, Alessandri & Eisenberg, 2011). Sociální *self-efficacy* je prediktorem prosociálního chování, právě proto že zrcadlí důvěru v to, že jsme schopni zafungovat ve specifických situacích (Caprara, Alessandri & Eisenberg, 2011). Autoři sociální *efficacy* ještě přemost'ují k empatickému *efficacy*, které je jeho součástí a které je příčinou sdílení a pomáhání a posiluje empatické dovednosti, jež zase zpětně posilují individuální důvěru v ně (Caprara, Alessandri & Eisenberg, 2011). Kromě citlivosti vůči ostatním je zdůrazňována i citlivost vůči sobě, která rovněž podporuje sociální *self-efficacy* a prosociální jednání (Iskender, 2009).

Další aspekt, který bychom měli zmínit, je autoregulace a trénink sociálního *self-efficacy*. Ačkoli výzkumy nehovoří přímo o účinnosti sociální, v dílčích *efficacy*, jako např. zdravotním (Jackson, Tucker, & Herman, 2007), abstinenci udržujícím (nikotinovou i alkoholovou) (Van Zundert, Engels & Kuntsche, 2011; Oei, Hasking & Phillips, 2007; Bonar et al., 2011), sebeobranám (Ball & Martin, 2011) a sebekontrolujícím (Murru & Ginis, 2010) ukazují důležitou roli tréninku a posilování vlastního *efficacy* na základě viditelné zpětné vazby a seberegulace. Vizualizace a rozvoj *efficacy*, tedy i sociálního, může být klíčem k rehabilitaci sociálních kompetencí a důvěry v jejich užívání u lidí po poranění mozku. Více v kapitole 4.

Zjistilo se, že s kvalitou života a subjektivně vnímanou životní spokojeností má do činění více *self-efficacy* než obecná úroveň schopností. Tsousides s kolegy (2009) např. zjistili, že *self-efficacy* vztažené k zaměstnání je u lidí po poranění mozku mnohem silnějším prediktorem kvality života než samotná pracovní pozice a zaměstnanecký status. Byl prokázán velmi silný vztah mezi obecným i zaměstnaneckým *self-efficacy* a kvalitou života této výzkumné skupiny. Autoři (Tsousides et al., 2009) ve své práci popisují smysluplnost tréninku pracovních kompetencí a pracovního *self-efficacy* pro zlepšení úrovně kvality života.

K podobným výsledkům dochází rovněž Hampton (2000) ve skupině čínských pacientů po poranění míchy. I přes kulturní rozdíly a čínská filosofická specifika, co se týče důvěry ve vlastní schopnosti, je pro tyto pacienty vysoké *self-efficacy* důležitou podmínkou kvality života (*quality of life*), životní spokojenosti (*life satisfaction*) a pocitu psychické pohody (*well-being*) (Hampton, 2000). Autor (Hampton, 2000) také všechny tyto koncepty spojuje s mírou angažovanosti v životě a znovu zapojením se do společnosti. Motl s kolegy (2009) připisuje fyzickou aktivitu a spokojenost se životem právě vysokému *self-efficacy* a sociální opoře u lidí s roztroušenou sklerózou. Otázkou je, zda součinnost obojího, či každé samotné zvlášť má takový vliv. Přítomnost faktoru *self-efficacy* však bezesporu hraje roli.

Spojitosť *self-efficacy* a kvality života byla zkoumána více u lidí s klinickou diagnózou (psychózy, emoční a neurotické poruchy) a somatickým onemocněním (onkologická a kardiologická onemocnění) než u neurologických pacientů. Četnost zdravotních problémů není tím podstatným odkazem, jde spíše o to, co ve své práci postuluje např. Chino s kolegy (2009). Snížená kvalita života se může a nemusí objevit spolu s kognitivními deficity, jde o to, zda má člověk náhled na své schopnosti a jejich uplatnitelnost, či nikoli, přičemž nelze obecně říci, že jakýkoli kognitivní deficit vede automaticky ke sníženému *self-efficacy*, které pak ovlivňuje kvalitu života (Chino, Nemoto, Fujii & Mizuno, 2009).

Mnohem těsnější vztah než s neurokognitivními funkcemi je mezi *self-efficacy*, kvalitou života a úzkostností, sociální participací či vyhýbáním, a především sociálními dovednostmi a fungováním (Chino, Nemoto, Fujii & Mizuno, 2009). To potvrzují i Murphy a Murphy (2006), když zjišťují, že u klinického vzorku jsou nižší *self-esteem*, *self-efficacy* a kvalita života spjatá se sociální izolací a nedostatečnými sociálními vztahy.

Ačkoli je pro předmět výzkumu nejdůležitějším výzkumným podkladem, je souvislost *self-efficacy* spolu s traumatickým poraněním mozku spíše zanedbávaným tématem. Jen pár výzkumníků hovoří o tom, že *self-efficacy* je významným prediktorem společenské participace a spokojenosti se životem a subjektivně vnímané kvality života lidí po poranění mozku (Cicerone & Azulay, 2007; Dumont, Gervais, Fougereyrollas & Bertrand, 2004; Wood &

Rutherford cit.dle Tsalousides et al., 2009). Proto má náš výzkum mimo jiné za cíl také rozšířit odborné povědomí o triu sociální *self-efficacy*-životní spokojenost-lidé po poranění mozku.

3.6 SHRnutí

Tato kapitola měla za cíl shrnout nejdůležitější teoretická východiska konceptu *self-efficacy* a propojit je s konkrétními dopady na fungování člověka v běžném životě. *Self-efficacy*, nebo-li vědomí vlastní účinnosti, je subjektivní hodnocení toho, jak umím své schopnosti využívat, a je mnohdy pro samotnou aktivitu a dosahování cílů důležitější než schopnosti samy o sobě. Zrcadlí se v něm totiž, že věříme, že daný úkol zvládneme. Tento sebehodnotící pocit si utváříme v průběhu ontogeneze na základě zažitých úspěchů. Pozitivní zážitek vlastního úspěchu je jedním z hlavních zdrojů *self-efficacy*, dalšími jsou nepřímá zkušenost, zprostředkovaná sociálními modely a vzory, sociální přesvědčování druhými, že jsme schopní a nakonec ještě somatický a emoční stav.

Na základě zdrojů vidíme, že na našem *self-efficacy* se notně podílí sociální prostředí. Proto i naše schopnost se v něm pohybovat, utvářet a udržovat smysluplné mezilidské vztahy a sociálně podpůrné prostředí vyhledávat napomáhá oněm pozitivním zážitkům našich obecných schopností. Sociální *self-efficacy* má vliv na *self-efficacy* obecně. Pokud však nemáme dostatečné sociální vztahy, pokud nemáme příliš mnoho zážitků překonání náročných překážek vlastními silami, naše *self-efficacy* se nerozvíjí, což negativně ovlivňuje kvalitu našeho života a životní spokojenost.

Self-efficacy v souvislosti s poraněním mozku není příliš probádanou oblastí. Jisté však je, že souvisí s kognitivními, afektivními a motivačními procesy, které jsou traumatem mozku ovlivněny, zároveň souvisí s některými psychologickými a psychopatologickými fenomény (depresí, anxiétou, fobiemi, agresivním jednáním, prosociálním chováním, užíváním návykových látek apod.), které se rovněž v souvislosti s traumatickým poraněním mozku objevují, a zahrnuje v sobě autoregulační mechanismy, jejichž rehabilitaci je nutné podporovat, neboť na nich závisí životaschopné a co nejvíce nezávislé fungování ve společnosti navzdory dalším následkům poranění mozku. O možnostech rehabilitace v následující kapitole.

4. PROGNOZA A REHABILITAČNÍ PERSPEKTIVY

"Cesta je to dlouhá, drsná a strmá, je to silnice s mnoha objížďkami a falešnými zatáčkami, po které se jede velmi těžce..."

Trevor Powell (2010, s.161)

Získané poškození mozku s sebou nese akutní fázi s akutní péčí, což je jedna strana mince, s velmi dobrými základy a pokroky, jimiž medicína kráčí, nese ovšem také druhou stranu, která zahrnuje následnou péči. Sama následná péče, která na akutní nasedá a mnohdy se s ní i v určitých aspektech prolíná, je mnohodimenzionální problematikou. Pokud bychom se drželi citátu v úvodu, můžeme říci, že „první úsek cesty, kdy se soustředíme na fyzické a zdravotní obtíže, je relativně krátký, často je záležitostí pouhých šesti či méně měsíců...druhá část cesty je mnohem delší, je zaměřena na psychologickou adaptaci, která obvykle trvá roky“ (Powell, 2010, s.161).

Tato adaptace bývá připodobňována k duchovní pouti, vnitřnímu výstupu na nebezpečnou osmitisícovku či cestu hrdiny, kdy člověk prochází procesem nového sebeobjevování. „Symbolicky tato cesta znamená opuštění bezpečí a známého prostředí domova a putování nebezpečným terénem, kde člověk k přežití potřebuje odvahu, sílu a chytrost a odkud se vrací domů silnější a proměněný“ (Powell, 2010, s.161). Nepřipomíná toto připodobnění tak trochu posilování *self-efficacy*?

Stejně jako ostatní lidé bez zdravotních omezení a následků, tak i lidé se získaným poškozením mozku ke svému osobnímu růstu, sebevědomí a spokojenosti potřebují pozitivně vnímat vlastní účinnost, *self-efficacy*. Zvláště při ztrátě doposud běžně používaných funkcí a schopností je jeho pokles jen další cihličkou do základů ztráty motivace svůj stav změnit, protože cesta je to, jak jsme již mnohokrát zmínili, náročná. Člověk na této cestě potřebuje vyznačit nástrahy, orientační body i ukazatele, jež obnovu orientačního smyslu podporují. Podle George Prigatana (cit.dle Powell, 2010) je terapie osob se získaným poškozením mozku pomalým rozsvěcováním světel v temné místnosti plné pastí na medvědy, proto i terapeutická pomoc by měla ona světla rozsvěcet velmi pomalu, aby člověka neoslnila a on mohl sám ve vlastním tempu přicházet na to, kde pasti jsou.

Rehabilitace není jen nápravou fyzických schopností a dovedností, je také postupným vedením člověka k porozumění jeho stavu, následkům poranění a změnám v běžném životě. Terapie by měla druhému napomoci zvládnout problémy, podpořit adaptaci na novou situaci,

přehodnotit nepřiléhavá očekávání (jeho vlastní i blízkých osob) a přizpůsobit životní styl, cíle i aspirace pacienta reálné situaci tak, aby se smířil se ztrátami a našel smysluplnost ve svém nynějším bytí.

U lidí se získaným poškozením mozku narážíme na mnoho překážek, které mohou rehabilitační snahy omezovat. Poruchy paměti, soustředění a pozornosti, zpracování informací, prostorového vnímání, exekutivních dovedností, omezení v pohybu a koordinaci pohybů, rovnováže, obtíže se smyslovým vnímáním, únavou a výdrží, řečí a jazykovými schopnostmi, proměna vztahů, osobnosti, nálad, impulzivita, ztráta zábran, tolerance, náhledu, sebehodnocení a motivace, toto vše v nejrůznějších kombinacích (blíže popsané v první kapitole) dává při rehabilitačním úsilí zabrat jak postiženému, tak i jeho okolí a odborníkům, kteří s dotyčným pracují. A jak s těmito deficity pracovat při rehabilitaci? Na to nám, alespoň zčásti, odpoví následující kapitoly.

4.1 PROGNÓZA

Ačkoli se v případě získaných poškození mozku nedá s jistotou říci, nakolik se ztracené funkce znovu obnoví, můžeme si dovolit tvrdit, že v drtivé většině případů se člověk nevrátí na tu úroveň, která mu byla vlastní ještě před poškozením mozku (Pella, Kendra, Hill & Gouvier, 2008; Powell, 2010). Existují určitá kritéria, která hodnotí vážnost stavu pacienta a podle nichž lze předvídat, jaké rehabilitační možnosti a omezení pravděpodobně u každého konkrétního případu nastanou. Není však ojedinělá situace, kdy se prognostické názory odborníků nedostaly do souladu s funkční realitou a kdy osoby s dobrou prognózou dekompenzovaly a ty se špatnou zdařile rozvíjely a obnovovaly své ztracené schopnosti.

Prvním používaným kritériem je **stav vědomí**. Přítomnost kómatu a jeho délka se uvádí jako prediktor budoucího stavu člověka se získaným poškozením mozku. Většina pacientů s délkou kómatu nižší než jeden týden dosáhla dobrých výstupů, pokud byla délka kómatu delší jak dva týdny, možnosti byly menší⁵² (Lippertová-Grünerová, 2009).

Druhým hlediskem, jenž může mít vliv na následnou péči, je stav zmatenosti a přítomnost **posttraumatické amnézie**. Udává se, že lidé, u nichž období posttraumatické amnézie trvalo 1-14 dní, budou moci vykonávat volnočasové i pracovní aktivity podobně jako před poškozením, jejich výkonnost klesne mírně. U amnézie v délce 2-4 týdnů se objeví znatelnější obtíže při výkonu a nemožnost vykonávat stejně náročné zaměstnání a aktivity

⁵²Tento prediktor výstupů a prognóz je spojován především s difúzním axonálním poškozením, u fokálních, cévních a nádorových poranění nelze jmenované souvislosti prokázat takto jednoznačně (Lippertová-Grünerová, 2009).

jako před poškozením, pokud člověk prochází amnézií trvajícím mezi 4-12 týdny, jeho schopnost pracovat a aktivně fungovat bude velmi omezená, zaměstnání přichází v úvahu spíše jen na částečný úvazek. Nejhorší stav nastává s posttraumatickou amnézií delší než 12 týdnů, kdy se člověk k původním aktivitám téměř nevrací (Powell, 2010; Lippertová-Grünerová, 2009). Čím dříve s aktivitami člověk začne, tím je také větší pravděpodobnost, že je zvládne provádět a udržovat. Je například prokázáno, že pokud se člověk do zaměstnání nevrátí do dvou let, pravděpodobně se k práci nevrátí ani později (Powell, 2010).

Posledním činitelem, který má silný vliv na rehabilitační úspěchy, je přítomnost **autoregulace** a **sociálních dovedností** (Pella, Kendra, Hill & Gouvier, 2008; Bennett & Raymond, 2008). Náhled a sebeovládání přispívají k vhodnému řešení problémových situací a zvládání nároků každodenního života, které jsou pro člověka se získaným poškozením mozku obtížnější než před poraněním. Sociální dovednosti umožňují udržovat pevné sociální vztahy, jež jsou oporou opět při zvládání životních úkolů. I z tohoto hlediska je téma sociálních dovedností a sociálního *self-efficacy* pro oblast rehabilitace a tvorby plánů pro návrat do společnosti i zaměstnání nepostradatelné.

Svou roli hraje také věk. Jako hranice zlomu mezi dobrou a špatnou prognózou, co se týče účinků rehabilitace, se uvádí věk 40 let (Katz & Alexander cit.dle Lippertová-Grünerová, 2009). Možným vysvětlením je také spojení vyššího věku s prodlouženou délkou anterográdní amnézie (Russell & Smith cit.dle Lippertová-Grünerová, 2009), která budoucí stav postiženého také ovlivňuje. Podle Lippertové-Grünerové (2009) jsou důležitým prediktorem také subjektivní parametry, spokojenost se zdravotní a životní situací.

Statistika, vyplývající z výzkumů amerických asociací⁵³ či od jednotlivých výzkumníků⁵⁴, říká, že každý rok přibude 700 000 lidí s cévní mozkovou příhodou, 1 400 000 lidí s traumatickým poraněním mozku, přičemž doposud se léčících a rehabilitovaných osob, jež mají trvalé následky, je v případě mozkových příhod 5 100 000 a 5 300 000 v případě úrazových poškození (Pella, Kendra, Hill & Gouvier, 2008). Čísla to nejsou malá, a proto je nutné se prognostickými a rehabilitačními aspekty zabývat.

Je ale nutné mít na paměti, že prognóza je spíše hypotetickým konstruktem a že obnova schopností člověka je závislá na mnoha faktorech. Měli bychom se navíc ptát nejen na to, jaká je prognóza, ale také na to, jaká je prognóza k čemu. K dobré fyzické kondici? K efektivnímu obnovení kognitivních funkcí? K aktivnímu zapojení do života? K návratu do

⁵³American Heart Association, zabývající se cévními mozkovými příhodami, či Centers for Disease Control and Prevention, které eviduje traumatická poškození mozku (Pella, Kendra, Hill & Gouvier, 2008).

⁵⁴Langlois, Rutland-Brown a Thomas (cit.dle Pella, Kendra, Hill & Gouvier, 2008).

práce? K uspokojivým sociálním vztahům a přijatelné kvalitě života? Ačkoli může člověk po poranění mozku bravurně řešit problémové situace a plánovat a organizovat svůj život, může úspěšnost v něm být omezena změnami osobnosti či rozvíjející se depresí.

Kromě individuálních funkcí hraje roli také sociální prostředí a systém příležitostí a kvalitní odborné podpory. Prognostická prohlášení tak mohou být ještě více relativní, než se na první pohled zdá. Obecně se můžeme držet toho, že „výsledek rehabilitace je tím lepší, čím dříve se s ní začne, a závisí na tom, s jakou mírou kontinuity je prováděna“ (Schönle; Kirchberg vše cit.dle Lippertová-Grünerová, 2009). Protože jsou ale lidé se získaným poškozením velmi specifickou a velmi heterogenní skupinou, je přesné určování prognóz, stupňů poranění či jiných společných charakteristik, které mohou o rehabilitaci cosi říci, spíše scénářem science fiction.

4.2 REHABILITAČNÍ MOŽNOSTI

Kvůli multidimenzionalitě následků a deficitů jsou získaná poškození mozku na prvním místě, co se týče indikace rehabilitačního plánu. Svědčí o tom čísla z amerických průzkumů⁵⁵, která hovoří o tom, že ve 122 rehabilitačních programech, které byly evidovány Americkou sekcí asociace nemocnic pro rehabilitační programy⁵⁶, zaujímaly první místa vždy cévní poškození mozku a místa druhá hned poškození traumatická (Springer cit.dle Pella, Kendra, Hill & Gouvier, 2008). Také rehabilitace po odstranění nádorů mozku není zřídka záležitostí.

Mechanismus účinků rehabilitace (především té kognitivní) je stále z velké části zahalen tajemstvím. Je spíše velkým přáním než realitou, že se funkce obnovují ještě dlouho po brzké spontánní obnově neurologických procesů a akutní rehabilitaci. Praktické zkušenosti ukazují, že neuropsychologické fungování se nejlépe obnovuje spíše v prvních dvou letech (Lannoo, Colardyn, Jannes & DeSoete cit.dle Pella, Kendra, Hill & Gouvier, 2008) a přestože drobné pokroky jsou známy i několik let od poškození (Powell, 2010), jsou výsledkem spíše adaptačních mechanismů a substituce ztracených funkcí (Hochstenbach, den Otter & Mulder cit.dle Pella, Kendra, Hill & Gouvier, 2008) než jejich přímou obnovou.

However, Robertson a Murre (cit.dle Pella, Kendra, Hill & Gouvier, 2008) rozdělili na základě pravděpodobnosti obnovy funkcí pacienty do tří základních skupin, a to ty, u nichž dochází ke **spontánnímu uzdravení**, ty, kteří k obnově funkcí potřebují **asistenci**, a ty, u

⁵⁵Čísla z analogicky provedeného průzkumu v ČR nejsou k dispozici.

⁵⁶American Hospital Association Section for Rehabilitation Hospitals and Programs

nichž je rehabilitace a **obnova funkcí nemožná**. Z hlediska rehabilitace je jistě nutné brát v potaz i poslední ze tří jmenovaných možností a zbytečně nevyvíjet tlak na pacienta a jeho rodinu a napomáhat utvářet očekávání nerealistických výsledků. Ovšem také je nutné odhadnout, zda k drobným posunům k lepšímu může docházet i delší dobu od poranění bez ohledu na to, že nejde o samotnou spontánní obnovu, ale v uvozovkách pouze o adaptaci pomocí určitých substitučních mechanismů, které nahradí původní funkce.

Je prokázáno (Powell, 2010), že mozek se léčí lépe, pokud je v obohaceném prostředí, které svou komplexností a nároky podporuje aktivitu a reakce postiženého. První krůčky k obnově funkcí mají být ideálně prováděny bezprostředně po stabilizaci pacienta. První rehabilitací je formální péče ve zdravotnickém zařízení, kterou zajišťuje odborný personál, kdy dochází ke zlepšení individuálního stavu, avšak o nic méně důležitá je druhá fáze, péče rodinných příslušníků, jejichž péče má vliv na udržení obnovených funkcí (Powell, 2010). Platí, že v prvních šesti měsících je pokrok nejznatelnější (Powell, 2010), nejvyšší šance restituce funkčních deficitů pak existuje v prvních dvou letech po poranění mozku (Lippertová-Grünerová, 2009), následující zlepšení jsou spíše subtilnější povahy a nejsou tak výrazná, je ale důležité se o udržování formy snažit, umožnit pochopení změny rehabilitačního tempa, podporovat náhled na schopnosti dotyčného a motivovat jej do jejich využívání, aby člověk opět cítil smysluplnost své existence a důležitost vlastní osoby.

4.2.1 REHABILITACE A FYZICKÝ STAV

Obnova fyzických funkcí není stěžejním předmětem našeho zájmu, ale protože jedince nelze rozdělit na složky, musíme si přiznat, že rehabilitace psychických a sociálních schopností se navzájem silně ovlivňuje také s rehabilitací schopností fyzických, proto o ní řekneme alespoň pár slov. Nebudeme se zabývat těžkými stavy pacientů, uvedeme pouze nejčastější rehabilitační metody, které mohou být přínosem pro lehká a středně těžká poškození, pro bližší informace nezbyvá než odkázat na příslušnou literaturu (Kolář et al., 2009; Lippertová-Grünerová, 2009 apod.).

U kraniocerebrálních traumat se nejčastěji řeší centrální parézy se spasticitou, poruchy mozkových nervů, extrapyramidové poruchy, poruchy funkce mozečku a doprovodné poruchy postihující např. kloubní pohyblivost (Kolář et al., 2009). Při cévních mozkových příhodách jsou v centru rehabilitačního zájmu senzorické poruchy, centrální parézy, postižení hlavových nervů (především okohybných či lícních), poruchy povrchové i hluboké citlivosti, poruchy vestibulární a cerebelární (Kolář et al., 2009).

Rehabilitační zásahy bychom mohli rozdělit na terapii poruch motoriky a terapii poruch senzoryky. Poškození motorických i senzoryckých funkcí bývá komplexní, je doprovázeno neuropsychologickými deficity (jejichž terapii uvádí následující kapitola), jeho rehabilitace je často omezoována ztrátou motivace, poruchami prostorové orientace, apraxií či neglect syndromem⁵⁷ (Lippertová-Grünerová, 2009). Není možné tedy postihnout vše, proto se omezíme na uvedení nejčastěji používaných metod, které mají zmíněné poruchy kompenzovat.

Terapie motorických funkcí vychází z následujících, především fyzioterapeutických a ergoterapeutických metod (Kolář et al., 2009, s.307-313; Lippertová-Grünerová, 2009, s.44-51):

- ***Bobathova metoda***

(cílem je tvorba tělesného schématu, které bude člověk každodenně používat a které stojí na omezení patologických reflexů a abnormálního svalového tonu, umožnění fyziologického průběhu pohybů, zajištění výměny informací mezi levou a pravou polovinou těla pomocí dráždění impulzy, aby nedocházelo ke koncentraci pouze na zdravou polovinu, a propojení senzoryky a motoriky)

- ***proprioceptivní neuromuskulární facilitace***

(cílem je obnovení synergických vzorců svalové aktivity pomocí manuální a taktilní stimulace proprioceptorů, přičemž by mělo dojít ke zlepšení síly a vytrvalosti paretických skupin svalstva, pacient pracuje proti odporu, zapojuje antagonistické skupiny svalstva a stabilizuje klouby)

- ***Vojtova metoda***

(používá se okrajově, spíše u těžkých stavů, cílem je vyvolání reflexních mechanismů, které jsou použity pro koordinované pohybové vzorce)

- ***metoda Roodové***

(pomocí mechanických a povrchových stimulů, chladem, tlakem apod., dochází k excitačnímu ovlivnění motoneuronů příslušného svalstva)

- ***metoda Brunnstromové***

(základem jsou synkineze, přidružené pohyby, které jsou voleny tak, aby facilitovaly volní hybnost, pomocí pohybu zdravé končetiny je podporován pohyb či alespoň napětí svalů končetiny ochrnuté)

⁵⁷Neglect syndrom souvisí s lézí parietálního laloku (hlavně v důsledku CMP), která je zodpovědná za poruchu diskriminačního čítí, tzn. polohocitu, pohybocitu, topognozie a stereognozie kontralaterálně, neglect syndrom je zodpovědný za opomíjení levé strany, přičemž je přítomna ztráta citlivosti a paréza téže strany (Kolář et al., 2009; Pella, Kendra, Hill & Gouvier, 2008).

- ***manuální terapie***

(pomocí rukou (manipulace) terapeuta dochází k rehabilitaci reverzibilních funkčních poruch pohybového aparátu, mobilizaci svalů i kloubů)

- ***senzomotorická integrace podle Ayersové***

(poruchy motoriky mohou být zapříčiněny již při příjmu informací smyslovými orgány, blokadou vedení informací do CNS, poruchou zpracování informací či blokadou reakce na impuls, terapie toto bere v úvahu a snaží se o reintegraci)

- ***opakované cvičení***

(princip, založený na myšlence, že neuronální systém se stoupající frekvencí použití funguje účinněji, spočívá v častém opakování stejných pohybů, ovšem jen v takové intenzitě, která nevyžaduje zvláštní námahu, lze využít pro jednoduché i komplexní pohyby)

Terapie sensorických funkcí zahrnuje metody tyto (Kolář et al., 2009, s.307-313; Lippertová-Grünerová, 2009, s.51-56):

- ***tradiční trénink senzitivity***

(zapojení všech forem stimulace povrchového i hlubokého cití, která podporuje pozornost, dává kognitivní stimuly, zvyšuje motivaci a ovlivňuje pozitivně i motoriku)

- ***Affolterova metoda***

(cílem je plánování motorické aktivity s ohledem na podmínky okolí, přičemž je zdůrazňována podpora příjmu relevantních informací z prostředí tak, aby byly využitelné pro naplánování a provedení pohybu a aktivit)

- ***Perfettiho metoda***

(základem je učení se novým pohybovým programům bez použití automatizovaných pohybů a synergie, přičemž je podporována selektivní a zaměřená pozornost, která vede pohyb k cíli, při použití nových pohybů navíc dochází k získávání nových informací které omezují nežádoucí asociované reakce a každý pohyb je v součinnosti se senzitivní kontrolou, což ovlivňuje také kognitivní funkce)

- ***forced-use***

(jde o tzv.donucené použití té končetiny, která byla po úraze šetřena, kdy je zdravá končetina imobilizována, fixována, cílem je restituce motorických funkcí postižené končetiny)

Zmíněná rehabilitace vyžaduje vysokou míru spolupráce člověka se získaným poškozením mozku. To znamená, že klade nároky na jeho náhled, kognitivní schopnosti, emoční složku i motivaci a volní úsilí. Když vezmeme v úvahu nejrůznější deficity, které jsou namíchány do nepředvídatelného koktejlu, musíme uznat, že rehabilitace, ač velmi podstatná pro budoucnost člověka, velmi náročná na efektivní dopad.

4.2.2 REHABILITACE VYBRANÝCH KOGNITIVNÍCH DEFICITŮ

V první kapitole jsme si ukázali, jaké kognitivní deficity se mohou se získaným poškozením mozku pojít. Musíme mít na paměti, že ne každý postižený trpí všemi najednou, naopak každá osoba s poškozením mozku má unikátní kombinaci kognitivních problémů, navíc ještě s různým stupněm závažnosti. Proto by bylo nerealistické myslet si, že je možné naordinovat vše zachraňující a jasný protokol postupů s názvem *Jak léčit kognitivní deficit*. Je vždy nutné hledat individuální cesty, které berou v potaz fyzický a psychosociální kontext, a navrhnout kognitivní léčbu na míru tak, aby se pokud možno prolínala i s ostatními oblastmi rehabilitace.

V literatuře (Pella, Kendra, Hill & Gouvier, 2008) se uvádějí dva základní koncepty⁵⁸ rehabilitačního přístupu, jsou to **náprava** (*remediation*) a **kompence** (*compensation*). Hlavním předpokladem prvního postupu je alespoň základní, i když oslabená, schopnost, která může být posilována opakováním a praktickým procvičováním. Druhý koncept zahrnuje využívání alternativních prostředků k provádění dříve fungujících, nyní intaktních funkcí. Oba koncepty se v rehabilitaci prakticky doplňují. Cicerone s kolegy (cit.dle Pella, Kendra, Hill & Gouvier, 2008) určil čtyři základní postupy pro účinnou intervenci u lidí se získaným poškozením mozku:

- ♣ upevnění, posílení a ustavení původně naučených vzorců chování
- ♣ vytvoření nových vzorců kognitivního fungování prostřednictvím kompenzačních mechanismů, které je schopen vyvinout nervový systém
- ♣ vytvoření nových vzorců aktivit prostřednictvím externích mechanismů (osobní podpora či struktura prostředí)
- ♣ umožnění osobám adaptovat se vůči svému postižení

Aby byly mechanismy kognitivní rehabilitace účinné a efektivní, předpokládají zasazení dílčích nácviků, opakovaného drilu i pomocných strategií do stále nových kontextů a situací a postupně do kontextu běžného života a každodenních aktivit (Pella, Kendra, Hill & Gouvier, 2008). Kvůli generalizaci naučeného je velmi výhodné provádět kognitivní rehabilitaci ve známém a blízkém prostředí postiženého. Napříč existujícími strategiemi je nepostradatelným doplňkem rehabilitace také podpora copingových strategií (Pella, Kendra, Hill & Gouvier, 2008).

⁵⁸Existuje mnoho konceptů, paradigmat, jejich příznivců i odpůrců (více viz Pella, Kendra, Hill & Gouvier, 2008), na pojednání o filosofii rehabilitace však není v této práci prostor, proto uvádíme pouze toto základní paradigma.

McGrathová s kolegy (cit.dle Pella, Kendra, Hill & Gouvier, 2008) vyzdvihuje techniku komplexního programu plánování cílů (*comprehensive goal-planning program*), na němž se podílí multidisciplinární tým, který člověka po poranění mozku vidí jako celek v kontextu svého prostředí, subjektivního prožívání, motivace, premorbidních i současných cílů a hodnot a možností být svým vlastním způsobem aktivní. Všechny tyto filosofické přístupy zní velmi vzosně a logicky, ale jaké způsoby rehabilitace si pod uváděnými koncepty a paradigmaty představit?

Vezměme je popořadě podle jednotlivých kognitivních deficitů. Velkým problémem jsou poruchy pozornosti, zahrnující zvýšené úsilí soustředit se určitým směrem, kratší výdrž při zaměření a snadné narušení zaměřené pozornosti. Jsou problémem z toho důvodu, že omezují proces zpracování informací, komunikaci, sociální uvědomění, paměť, dokončování úkolů i schopnost sebe-monitorování (Bennett et al. cit.dle Pella, Kendra, Hill & Gouvier, 2008).

Existující intervence se zaměřují zvláště na repetitivní trénování jednotlivých aspektů pozornosti – zaměřenost, udržení, selektivitu, přenášení, rozdělování a orientaci, nebo jsou orientované na kompenzaci, kdy jsou osoby s poškozením směřování k uvědomění si svých pozornostních a paměťových selhání a tvarování a vedení ke strategiím, které těmto selháním předejdou, nebo je nahradí. Engelberts se svým týmem (cit.dle Pella, Kendra, Hill & Gouvier, 2008) zjistili, že druhý způsob má efektivnější výsledky. Zahrnutí metakognice do tréninku pozornosti uvádí jako efektivní také Galbiati se svými kolegy (2009).

V rámci kompenzace deficitů pozornosti jsou funkční externí změny – **redukce možných distraktorů** v prostředí, v němž se jedinec pohybuje (použití špuntů do uší či speciální místo k sezení v přeplněných prostorech apod.), podpora různých **nápověd**, specifických vodítek, seznamů a mnemotechnických pomůcek, realitě přiblížená a **pozměněná očekávání výkonu, didaktický trénink** (Robinson & Winner cit.dle Pella, Kendra, Hill & Gouvier, 2008) a podpora **časoprostorové orientace** (Alderson & Novack, cit.dle Pella, Kendra, Hill & Gouvier, 2008). Velmi vhodnou kompenzační terapií je **časové plánování** (*Time Pressure Management*), jenž rozdělováním každodenních aktivit na menší a kratší části podporuje jejich dokončování (Fasotti, Kovacs, Eling & Brouwer cit.dle Pella, Kendra, Hill & Gouvier, 2008).

Co se týče paměťových funkcí, je to otázka složitější, protože některé výzkumy, ačkoli vypovídají o úspěchu paměťového tréninku, nerozlišují příliš různé typy získaných poškození (Cappa et al. cit.dle Pella, Kendra, Hill & Gouvier, 2008) či se vztahují spíše k osobám vyššího věku (De Vreese, Belloi, Iacono, Finelli & Neri cit.dle Pella, Kendra, Hill & Gouvier,

2008). Zkoumání efektu tréninku paměti v zásadě nepřineslo příliš významné výsledky (Rohling, Beverly, Faust & Demakis, 2009), stejně tak bylo prokázáno, že mnohem více než trénink a paměťové schopnosti samotné ovlivňuje paměťový výkon člověka spíše vědomí účinnosti a důvěra ve vlastní paměť, tedy paměťové *self-efficacy* (Kit, Mateer & Graves, 2007), avšak tréninky se běžně provádějí.

Při nácviku paměťových dovedností se používají především externí pomůcky (seznamy, diáře, karty s nápovědou, audio nahrávky, počítače či jiné osobní upomínkovače), důležitou roli hrají ale také individuální strategie, které pracují s rodinným prostředím a zpětnou vazbou, a speciální rehabilitační strategie, zahrnující **opakování vybavování** z paměti (*repetitive recall drills*)⁵⁹, **mnemotechnické pomůcky** (*mnemonic techniques*)⁶⁰, **představivost** (*visual imagery*)⁶¹, **verbální strategie** (*verbal strategies*)⁶², úkoly zaměstnávající **implicitní paměť** (*implicit memory tasks*)⁶³ a **biofeedback**⁶⁴ (Pella, Kendra, Hill & Gouvier, 2008).

Velmi výhodné je také **učení, které nezdůrazňuje chyby**, ale naopak úspěchy (*errorless learning*), protože při zdůrazňování chyb u pacientů s poruchami paměti se pak objevují chybné vzpomínky a informace – pamatují si to, co bylo označeno jako chybné. Učení bez zdůrazňování chyb vede k mnohem přesnějšímu vybavování informací než učení se zdůrazňováním chyb (Squires, Hunkin & Parkin cit.dle Pella, Kendra, Hill & Gouvier, 2008). Toto zjištění nahrává metodě, kterou se budeme zabývat později, videotréninku interakcí.

Některá získaná poškození mozku s sebou nesou následky poruch řeči, afázií. Komunikace s takovým člověkem je obtížná a klade velké nároky na sociální vztahy. Proto rehabilitace jistě přispívá nejen k obnově či kompenzaci řečových funkcí, ale také k podpoře mezilidských vztahů. Za vhodné komponenty rehabilitačního procesu jsou zde považovány neustálá **zpětná vazba**, **monitorování vlastního chování** při komunikaci a **komunikačních vzorců** a **aktivní korekce** nevhodných způsobů (Lewis, Nelson, Nelson & Reusink cit.dle Pella, Kendra, Hill & Gouvier, 2008).

⁵⁹Je velmi častou technikou rehabilitace, ačkoli empirické zkušenosti a ekologická validita nehovoří příliš o její významnosti (Pella, Kendra, Hill & Gouvier, 2008).

⁶⁰Jsou účinné spíše u lehčích typů poranění, protože jsou příliš umělé a vyžadují určitou kognitivní úroveň (Pella, Kendra, Hill & Gouvier, 2008). Mají efekt spíše tehdy, pokud je člověk používal i před poraněním (Powell, 2010).

⁶¹Propojování představ s nonvizuálními informacemi podporuje jejich zapamatování (Pella, Kendra, Hill & Gouvier, 2008).

⁶²Rýmování či spojování slov asociativně taktéž napomáhá vybavování, bereme-li v úvahu funkční ukládání (Pella, Kendra, Hill & Gouvier, 2008).

⁶³Jde o praktické učení, které vyzdvihuje procesuální učení a priming (Pella, Kendra, Hill & Gouvier, 2008).

⁶⁴Pacient je informován o své fyzické či mozkové aktivitě, což podporuje jeho uvědomování a zdokonaluje jeho sebeovládání a kognitivní schopnosti (Thornton cit.dle Pella, Kendra, Hill & Gouvier, 2008).

Při nácviu komunikace a řeči je účinným prostředkem **natáčení interakcí** osoby s poškozením a jejími rodinnými členy (Ehrlich & Sipes cit.dle Pella, Kendra, Hill & Gouvier, 2008). Cílem je tak **podpora self-efficacy**, vztaženého ke komunikačním dovednostem (Pella, Kendra, Hill & Gouvier, 2008). Obsahem při nácviu bývají většinou **diskuse** na téma vlastních zážitků a běžných denních aktivit, **hraní rolí**, sledují se iniciace i reakce, používají se **grafické vizualizace** cílů komunikace, jejích scénářů a voleb (Pella, Kendra, Hill & Gouvier, 2008). Postupně se nácviky přetavují do přirozených řešení každodenních starostí.

Pro sociální fungování nejsou jedinou hrozbou pouze řečové deficity, důležitou roli zde hrají také exekutivní funkce, plánování, organizace, dosahování cílů, jejichž poškození je jistou bariérou pro vykonávání aktivit a záměrů, které byly běžnou součástí života před poraněním. Sohlberg a Mateer (cit.dle Pella, Kendra, Hill & Gouvier, 2008) přišli s **programem struktury a organizace**, který má podpořit kontrolu impulzivity, rychlost reakcí, uvědomování, časové plánování, iniciaci jednání i dobrou organizaci. Duncan s kolegy (cit.dle Pella, Kendra, Hill & Gouvier, 2008) zase uvádějí program **trénování směřování k cíli** (*goal management training*), kdy se účastníci učí jít krok za krokem při plánování aktivity od počátku do konce. Kromě externí struktury je ovšem neméně důležité vlastní uvědomování a **sebe-instruování**. Exekutivní funkce souvisejí se sociálními kompetencemi co se týče porozumění emocím, zhodnocení vlastního stavu, udržování pozitivních vztahů, komunikace a autoregulace a jejich terapie v přirozeném prostředí⁶⁵ je zároveň terapií určité složky mezilidských vztahů (Ganesalingam et al., 2011).

Na základě metaanalýzy přišel Rohling s kolegy (2009) na to, že kognitivní rehabilitace jako taková má statisticky významný pozitivní vliv na kognitivní funkce po získaném poškození mozku, především v oblasti trénování pozornosti u traumat mozku a jazykových schopností v případě cévních mozkových příhod. Ačkoli se můžeme cítit zaplaveni nejrůznějšími možnostmi a přístupy, je důležité mít na paměti především **na klienta zaměřený** a jeho charakteristikám odpovídající **integrativní rozměr** a podporu **metakognice** a **náhledu** (Pella, Kendra, Hill & Gouvier, 2008), a to nejen v kognitivní oblasti, ale také v oblasti, o které pojednávala předchozí kapitola a pojednávat bude kapitola následující.

⁶⁵ Autoři uzavírají s tím, že běžné testy exekutivních funkcí nekorelují se sociálními kompetencemi, ovšem posouzení jejich používání v běžném životě ano.

4.2.3 EMOČNÍ A SOCIÁLNÍ TERAPIE – MOŽNOSTI A VÝZVY

Mnoho kognitivní deficitů vede k omezení emočního i sociálního fungování. Proto je zajisté nutné do emoční a sociální rehabilitace začlenit trénink kognitivních funkcí jako základ. Existují však také specifické techniky, které jsou zacílené přímo na emoční a sociální deficity. Pro emoční a sociální terapii jsou důležité určité základní pilíře, které podporují patřičné sociální dovednosti a emoční zvládnání situací. Jde o **metakognici, náhled, autoregulaci**, postupování krok za krokem **od lehčích k náročnějším úrovním**, neustálou **zpětnou vazbu**, časté **opakování** a provádění terapie především **v přirozených podmínkách** a **orientace na individuální** možnosti a reparabilitu schopností a dovedností.

Sociální a emoční terapii můžeme ze subjektivního pohledu považovat za minimálně stejně důležitou (ne-li důležitější) jako rehabilitaci somatickou a kognitivní, přičemž na ni bohužel nebývá kladen takový důraz. Lidé se získaným poškozením mozku jsou často handicapováni v sociální percepci, velmi často nerozumějí sociálním situacím, jsou zmateni z emocí, záměrů i úsudků svých komunikačních partnerů (McDonald & Flanagan, 2004), zaplétají se do konfliktů, stávají se více izolovanými od sociálních i pracovních kontaktů (Hawley & Newman cit.dle Braden et al., 2010). Pokud nefungují v sociálních kontaktech, bývá pro ně obtížnější být součástí rehabilitačního procesu jako celku.

Následující řádky jsou věnovány vybraným konceptům a postupům, které se při tréninku komunikačních dovedností, emočních a sociálních kompetencí, důvěry v ně a schopností je vhodně používat v interakcích s druhými lidmi osvědčily. Seznam zajisté není vyčerpávající, avšak to také není cílem. Tato část teorie je zde uvedena spíše jako podklad a vědecký základ pro návrh smysluplné sociálně-emoční terapie, která má doplnit komplexitu rehabilitace pro osoby se získaným poškozením mozku a přispět ke zvýšení kvality života rodin, jejichž člen poškozením mozku prodělal.

4.2.3.1 NÁCVIK NÁHLEDU A SEBEREGULACE

Schopnost uvědomovat si své schopnosti a schopnost monitorovat a měnit své jednání, to je náhled a seberegulace. Pokud člověk nemá dostatečný náhled na stav svých schopností, je obtížné motivovat jej do terapie, případně jej konfrontovat se skutečnou úrovní jeho schopností a vyvarovat se přeceňování či podceňování. Autoregulace zase drží na uzdě kognitivní, emoční i motivační procesy, které jsou ve vztahu k činění jasných rozhodnutí, přiměřené angažovanosti a dosahování stanovených cílů, a proto je její úroveň zároveň prediktorem úspěšnosti fungování v sociálních vztazích.

S vysokou schopností seberegulace souvisí také vysoká úroveň *self-efficacy*, naopak nízké *self-efficacy* vede k prokrastinaci, odkládání povinností a vyhýbání se úkolům či situacím (Sirois cit.dle Buckley & Cameron, 2011). A to i v kontextu sociálních vztahů. Podobně náhled umožňuje realistické posouzení vlastního *self-efficacy*. Oba fenomény jsou nezbytnou součástí rehabilitace sociální a emoční oblasti.

Co se týče náhledu, či sebeuvědomění, Prigatano a Schachter (cit.dle Port, Willmott & Charlton, 2002) určili jeho dvě komponenty (*components of self-awareness*), a to v prvé řadě schopnost identifikovat objektivně své deficity a dále subjektivní porozumění tomu, jak závažné jsou deficity pro běžné každodenní fungování. Při terapii bychom tedy měli dbát jak na náhled na schopnosti a jejich ztrátu jako takovou, tak ale také především na uvědomování si důsledků daných deficitů. Realistický náhled totiž mnohem více podpoří realistické cíle.

Náhled je trénován pomocí **odhadů vlastních reakcí či výkonů** a okamžitých **zpětných vazeb**, které porovnávají odhady a výkony samotné (Malia & Brannagan, 2010). Rovněž je náhled znovu kontrolován průběžným **kreslením vnitřních map**, tedy toho, kdo jsem a co umím, a jak se toto mé vnímání sebe sama mění v čase, který od poškození mozku běží (Malia & Brannagan, 2010).

Portová s kolegyněmi (2002) zdůrazňuje, že velké množství osob po poranění mozku se neshoduje se svými blízkými či druhými lidmi (*significant others*) na stupni poškození vlastních schopností. Terapie náhledu má být v ideálním případě terapií celého vztahového systému – rozdílné pohledy mohou ovlivnit spokojenost v sociálních vztazích. Za lidmi s realističtější náhledem na svou situaci mnohem častěji stojí sociální opora, u lidí s velmi narušeným náhledem jsou sociální vztahy komplikovanější a neuspokojivější (Port, Willmott & Charlton, 2002). Podpora náhledu ze strany blízkých umožňuje rehabilitaci postiženého a zpětně tak ovlivňuje také kvalitu vzájemných vztahů.

Bylo zjištěno, že seberegulace bývá automatickou a neuvědomovanou činností (Buckley & Cameron, 2011), ovšem při poškození mozku je tento automatismus narušen.

Naštěstí stejné výzkumnice prokázaly, že nácvik a trénování seberegulace pomocí **neuvědomovaného** (*subliminal*) i **očividného** (*supraliminal*) **primingu**⁶⁶ zvyšuje pravděpodobnost jejího použití, pokud je priming pozitivní. Vědomá úroveň a ověřování snahy tedy posiluje míru autoregulační schopnosti, která má určitou naději na opětovné zautomatizování.

Posilování autoregulace je možné také prostřednictvím **imaginace možných já** (*possible selves*), kdy plánování *self-efficacy* v rámci představ o tom, kým se můžu stát, ovlivňuje úroveň regulace vlastní činnosti (Murru & Ginis, 2010). Tyto výsledky ale nebyly sesbírány ve skupině lidí po poranění mozku, proto jsou jen orientačním nástrojem pro posílení schopnosti autoregulace. S ohledem na výše uvedené ale můžeme odhadovat, že by mohl být funkční.

4.2.3.2 NÁCVIK SOCIÁLNÍCH DOVEDNOSTÍ

Nácvik sociálních dovedností je efektivní, pokud je prováděn v interakci, skupinové nebo diadické. Pro podporu sociálních interakcí používá McDonald s kolegy (cit.dle Braden et al., 2010) klasické **behaviorální modelování** a **sociální učení**. Tito výzkumníci taktéž prokázali účinnost facilitace interakčního procesu prostřednictvím rozvzpomínání se na interakční situace (**sebe-percepce**), případně na jejich připomínání prostřednictvím **nahrávek**⁶⁷.

Braden s kolegy (2010) použili vlastní program GIST (*Group Interactive Structured Treatment for Social Competence*), který byl publikován v příručce *Social Skills and TBI: A Workbook for Group Treatment*⁶⁸ (Hawley & Newman cit.dle Braden et al., 2010). Tuto příručku dostávali pacienti domů a zároveň jednotlivá témata probírali a trénovali na skupinových setkáních. Stěžejními oblastmi rehabilitace se staly (Hawley & Newman cit.dle Braden et al., 2010, s.1303-1304):

- orientace při setkávání (*orientation meeting*)
- dovednosti velkého komunikátora (*skills of the great communicator*)
- sebehodnocení a dosahování cílů (*self assessment and goal setting*)
- zahájení komunikace (*starting conversation*)
- udržení konverzace (*keeping conversation*)

⁶⁶Výzkumné osoby vyplňovaly nedokončené věty v diáři, vztažené k denním aktivitám a zážitkům, a byly tak konfrontovány s dodržováním vlastních cílů (vlastním *self-efficacy*). Tento priming poté ovlivňoval jejich seberegulaci v dalších dnech, pozitivně i negativně (Buckley & Cameron, 2011).

⁶⁷Videonahrávky jako terapeutický prostředek nevykazovaly nejprve silnou statistickou významnost, ve zopakovaném měření již byla účinnost však prokázána (McDonald et al. cit.dle Braden et al., 2010).

⁶⁸Tato příručka není zatím dostupná v ČR či online.

- využívání zpětné vazby (*going and using feedback*)
- asertivita a řešení problémů (*assertiveness and problem solving*)
- procvičování v komunitě (*practice in the community*)
- sociální sebedůvěra prostřednictvím pozitivního vyjadřování (*social confidence through positive self-talk*)
- sociální hranice (*social boundaries*)
- videonahrávky (*video taping*)
- kontrola videonahrávek (*video review*)
- vypořádání se s konflikty (*conflict resolution*)
- uzavření a oslava (*closure and celebration*)

Braden s kolegy (2010) zjistili, že osoby, které prošly tímto programem, dosahovali vyšších skóre při subjektivním hodnocení vlastních sociálních schopností (*Social Communication Skills Questionnaire-Adapted*), při posouzení dosažení vlastních cílů v komunikaci a sociální interakci (*Goal Attainment Scale*) i při posuzování životní spokojenosti (*Satisfaction with Life Scale*), a to bez ohledu na doprovodnou psychiatrickou diagnózu⁶⁹. Trénink neměl vliv na výsledky v testech náhledu (*Awareness Questionnaire*), autoři (Braden et al., 2010) toto zdůvodňují tím, že je porovnáván náhled před poraněním a po poranění, nikoli před tréninkem a po tréninku, tudíž jeho vliv může být signifikantní, volají po dalším zkoumání.

Program tréninku sociálních dovedností byl použit také u předškolních dětí (Dereli, 2009) a u dětí a adolescentů s problémy při řešení konfliktů a sociálních situací (Harrell, Mercer & DeRosier, 2009), v obou případech byla potvrzena původní zjištění o efektivitě těchto programů, které sociální kompetence i sociální *self-efficacy* podporují a zvyšují.

Zjištění účinnosti sociálních tréninkových programů neprokázala studie Preece a Mellora (2009), avšak program nebyl zaměřen na osoby se získaným poškozením mozku. Samozřejmě vše záleží na výzkumném vzorku i obsahu programu, který je v každém výzkumu odlišný. Určitá úspěšnost však dává naději na možnosti využití na míru vytvořeného sociálního programu pro osoby se získaným poškozením mozku tak, aby příznivě ovlivnil jejich *self-efficacy*, spokojenost se životem a blízké i širší a pracovní vztahy.

⁶⁹ Toto zjištění využíváme při výběru respondentů, kdy je psychiatrická diagnóza vyloučena na základě anamnestického rozhovoru a pomocí MMSE. Pokud by se ve výzkumném vzorku vyskytla osoba, jejíž psychiatrickou diagnózu bychom přehlédli, nemuselo by to na základě tohoto zjištění ovlivnit výsledky.

4.2.3.3 SCAFFOLDING A MOŽNOSTI VYUŽITÍ U ZÍSKANÉHO POŠKOZENÍ MOZKU

Termín *scaffolding*, který nemá v češtině odborný ekvivalent, avšak jeho překladový význam, lešení, slouží jako metafora opěrného systému, je konstruktem, jenž popisuje typ asistované podpory v procesu učení, kterou nabízí učitel svému žáku⁷⁰. *Scaffolding* je „proces, který umožňuje dítěti nebo začátečníku řešit problém, uskutečnit úkol nebo dosáhnout cíle, jenž by byl v dané fázi za hranicí jeho schopností a samostatného úsilí“ (Wood, Bruner & Ross cit.dle Safadi & Rababah, 2012, s.4), uvádí se v původním zdroji.

Tato teorie podporovaného učení, poprvé zmíněná Woodem, Brunerem a Rossem (cit.dle Safadi & Rababah, 2012; Carr & Pike, 2011; Jorgensen & Togher, 2009; Hammond, Carpendale, Bibok, Müller & Liebermann-Finestone, 2012) vychází z Vygotského zóny proximálního vývoje⁷¹ (*the zone of proximal development*) a připodobňuje učení k objasňujícímu vedení krok za krokem, kdy dochází k neustálé konfrontaci aktuální úrovně schopností (vývoje) s úrovní schopností (vývoje) potenciálních, čímž dochází ke zvyšování dosavadních kompetencí (Safadi & Rababah, 2012).

Provázenému jedinci je průběžně poskytována zpětná vazba k částem a krokům, které vedly k úspěchu a zvládnutí problému či situace, a také k těm, které vedly k selhání. Člověk je vracen k tomu kroku, který byl poslední úspěšný, a svým průvodcem je veden tak, aby následující chybný krok upravil správným směrem (Wood, Bruner & Ross cit.dle Safadi & Rababah, 2012). *Scaffolding* je kombinací kontrolovaného vedení tutora a nezávislosti a samostatnosti provázeného.

Tento koncept však nemůžeme zjednodušovat na pouhou kontrolu či instruktáž, jde o citlivou podporu, jejímž výsledkem je **zvýšení autoregulačních kompetencí** (Neitzel & Stright cit.dle Carr & Pike, 2011), **vytvoření motivačních vzorců**, které vedou k dosažení cíle (Grolnick, Gurland, DeCoursey & Jacob cit.dle Carr & Pike, 2011), **podpora nevyužitých vloh** (Hess & McDevitt cit.dle Carr & Pike, 2011) a **nárůst exekutivních funkcí** (Hammond, Carpendale, Bibok, Müller & Liebermann-Finestone, 2012) a s nimi spjatých **sociálních dovedností a porozumění sociálním situacím** (Flynn; Sabbagh, Xu, Carlson, Moses & Lee vše cit.dle Hammond, Carpendale, Bibok, Müller & Liebermann-Finestone, 2012). Vše jmenované souvisí se spokojeností v sociálním fungování a tím pádem i kvalitou života, jak jsme uváděli v předchozích kapitolách.

⁷⁰ Učitel a žák jsou zde pojímání nejen v úzkém slova smyslu pedagogiky, ale jako dvě osoby, z nichž jedna je facilitátorem procesu nabívání zkušeností, dovedností a vědomostí, zatímco druhá je příjemcem podpory, který určitou specifickou péčí vyžaduje.

⁷¹ Pro detailní vysvětlení tohoto konceptu není v této práci prostor, jedná se o téma z vývojové psychologie, proto odkazují na příslušné učebnice v této oblasti oboru, případně na samotné dílo autora (Vygotsky, 1978).

Scaffolding je most, který přemostuje to, co lidé vědí a umějí, a to, co ještě nevědí a neumějí (Benson cit.dle Lipscomb, Swanson & West, 2001) nebo znalost a dovednost ztratili. Existují specifické nástroje, pomocí nichž k provázenému učení se dochází, patří mezi ně rozložení úkolu na menší a lépe zvladatelné úseky, přemýšlení nahlas a verbalizace procesu myšlení při řešení problémových situací, aktivace základních (či zbytkových) znalostí a zkušeností, kooperace podporující dialog mezi účastníky interakce, konkrétní a okamžité dotazování, koučink, podávání vodítek či strategií a modelování (Lipscomb, Swanson & West, 2001).

Podle Applebeeho a Langer (cit.dle Lipscomb, Swanson & West, 2001) můžeme určit pilíře, na nichž tento konstrukt stojí a díky nimž je efektivní, jedná se o:

- **zaměřenost** (*intentionality*): jasné části procesu vedou ke konečnému celku
- **přiměřenost** (*appropriateness*): instrukce jsou zaměřené na splnění úkolu, ale dotyčný má možnost využít nabízené pomoci a není podmínkou splnit úkol bezvýhradně samostatně, nedochází k případné traumatizaci selháním
- **struktura** (*structure*): aktivity modelování a dotazování jsou logicky směřovány k cíli a vedou k přirozené posloupnosti myšlenek a jejich jazykovému vyjádření
- **spolupráce** (*collaboration*): stěžejní zásadou je spolupráce, nikoli hodnocení, nedochází k odmítavým reakcím, pokud není úkol splněn samostatně a bez pomoci
- **zvnitřnění** (*internalization*): externí provázení aktivitou je postupně nahrazeno zvnitřněním naučených myšlenkových postupů a jejich reflexe

Scaffolding může podpořit **hlubší pochopení problému** či přispět k **učení se novému** (Lange cit.dle Lipscomb, Swanson & West, 2001). Individuální přizpůsobení se této metody, kdy učící se nepřesahuje vlastní hranici svých možností ani neulpívá na příliš jednoduché úrovni, je vhodným prostředkem pro nácvik sociálních dovedností, posílení *self-efficacy* a podporu náhledu na vlastní stav a jeho případný posun u lidí se získaným poškozením mozku. Nácvik lze totiž aplikovat postupně a krůček po krůčku odhalovat nefunkční mechanismy sociální interakce, stejně jako poskytovat vhodnější modely chování, které může dotyčný vyzkoušet s okamžitou zpětnou vazbou.

Ačkoli byl koncept původně zmíněn v souvislostech pedagogických metod, jeho uplatnění je nyní mnohem širší, pojďme se podívat, jak bylo *scaffoldingu* využito konkrétně u lidí se získaným poškozením mozku. Jorgensenová a Togher (2009) zkoumali jazykové a narativní schopnosti lidí s poškozením mozku a co je důležité, z hlediska podpory ze strany blízké osoby. Výzkumníci (Jorgensen & Togher, 2009) porovnávali monologické (*monologic*) výkony a výkony asistované (*jointly-produced*) a zjistili, že díky *scaffoldingu* dosahují lidé s

poraněním mozku lepších výsledků (gramatika, produkce, kontext a ucelenost) při vyprávění příběhu, než když totéž dělají nepodporovaně. Rovněž se v případě *scaffoldingu* jejich výkony významně nelišily od výsledků kontrolní skupiny, kdežto při monologických výkonech byl tento rozdíl již signifikantní (Jorgensen & Togher, 2009).

Autoři (Jorgensen & Togher, 2009) uzavírají svůj výzkum s tím, že *scaffolding* je významným prostředkem posilování komunikačních dovedností, přičemž hraje nezastupitelnou úlohu právě při tréninku sociálního fungování u lidí se získaným poškozením mozku, kteří jsou na základě častých komunikačních kompromisů, vycházejících z jejich deficitů, mnohdy sociálně izolováni, což velmi negativně ovlivňuje kvalitu jejich života (Galski, Tompkins & Johnston cit.dle Jorgensen & Togher, 2009).

Scaffolding podporuje nejen komunikační efektivitu (Togher, McDonald, Code & Grant cit.dle Jorgensen & Togher, 2009), ale také kognitivní funkce (Ylvisaker, Sellars & Edelman cit.dle Jorgensen & Togher, 2009) a schopnost učit se nové věci (Cannizzaro & Coelho cit.dle Jorgensen & Togher, 2009). Jeho vliv na exekutivní funkce (Hammond, Carpendale, Bibok, Müller & Liebermann-Finestone, 2012) spolu s výše uvedeným podporuje spokojenost v sociálních vztazích, protože řeší maladaptivní chování, porozumění sociálním interakcím i organizovanost jednání v mezilidských vztazích.

Scaffolding tedy přináší modelaci dovedností, využívání a rozšiřování stávajících schopností, zasazení naučeného do celkového kontextu, vytvoření schématu propojenosti dovedností a souvisejících témat, nastavení více možností cest vedoucích k výsledku a rozvoj metakognice (Walqui cit.dle Safadi & Rababah, 2012). Člověk se získaným poškozením mozku pak dokáže nejen danou dovednost napodobit, ale také pochopit, proč se jí učí, v kterých oblastech mu bude užitečná a jakým způsobem ji může uplatňovat. Zároveň ji začne chápat jako důležitou součást vlastního života, což v případě sociálních kompetencí posílí sociální *self-efficacy* a zároveň umožní převzít díl zodpovědnosti za kvalitu sociálních vztahů a průběh komunikace.

4.2.3.4 VIDEOTRÉNINK INTERAKCÍ JAKO METODA PRO OSOBY SE ZÍSKANÝM POŠKOZENÍM MOZKU

„Videotrénink interakcí (VTI) je považován za krátkodobou a intenzivní formu pomoci, kde centrálním tématem intervence je podpora a rozvoj komunikace, popř. její obnovení, pokud již došlo k jejímu narušení“ (Beaufortová, 2002, s.3), stojí v úvodu manuálu k této metodě. Hlavní předností VTI je možnost rozvíjení velmi konkrétní volby jednání a možnost uvědomění si interakčních vzorců, které většinou zůstávají běžnému vnímání utajeny (Beaufortová, 2002). Podstatou práce je vytváření videozáznamů v přirozeném prostředí klientů a rozhovor nad vybranými úseky nahrávky, které pomáhají vytvářet konstruktivní a významný rozdíl oproti dosavadnímu pohledu rodiny (Beaufortová, 2002).

VTI v sobě skrývá a propojuje výhody výše uvedených technik a metod. Podporuje náhled na vlastní sociální vzorce, konkrétnost, názornost, edukativní přístup krok za krokem po dílčích částech, pozitivní posilování sociálního *self-efficacy*, nácvik seberegulace a komunikačních i sociálních kompetencí. Obecnými principy jsou práce s celou rodinou v rámci **přirozeného prostředí**, zaměření se na **aktuální prožitky**, orientace na **srozumitelné, pozitivně formulované a krátkodobě dosažitelné cíle**, důraz na **pozitivní zpětnou vazbu**, společná práce „s“ účastníky nikoli „pro ně“ či „za ně“, **aktivování klientů** namísto kompenzace a nabízení předpřipravených řešení, zacílení pozornosti na **celý systém**, nejen na „problémového“ jedince, **komunikování a rozhovor** jako základní nástroj a uplatňování **videozáznamů** pro přesné zachycení situace (Beaufortová, 2002).

Hlavním úkolem je rozpoznání silných stránek a jejich posilování, čímž se předpokládá postupné mizení stránek slabších. Zaměření na pozitivní kapacity člověka umožňuje jeho zdokonalování, osobní růst i nárůst sebedůvěry. V centru pozornosti stojí **interakce** (Beaufortová, 2002), což znamená, že nejenže může docházet k úpravě komunikačních vzorců u lidí se získaným poškozením mozku, ale také jsou podporováni členové sociální opory v přístupech, které lépe odpovídají potřebám postiženého.

VTI pracuje konkrétně s analýzou interakčních výměn. Zaměřujeme se na to, **kdo vysílá** (má iniciativu), **kdo přijímá**, jaké **sdělení**, v jakém **kontextu**, pod jakým **kódem** a s jakým **emocionálním doprovodem** (Beaufortová, 2002). Metoda může být využívána na různých úrovních, obzvláště u lidí se získaným poškozením mozku, u nichž může být kvalita sociální interakce na různé úrovni, jazykem VTI mluvíme o tzv. klastrech (Beaufortová, 2002, s.20):

- **iniciativa a příjem** (sledování věnování pozornosti a vzájemného naladění se na sebe)
- **interakce** (analýza fungování ve skupině, kooperace, střídání se)
- **diskuse** (pozorování předávání obsahu, utváření názorů, rozhodování)

- **zvládání rozporů a řešení konfliktů** (pojmenování rozporu, obnovení kontaktu, vytváření transakcí)

Principy kontaktu jsou blíže popsány v příslušných publikacích (Beaufortová, 2002; Koběřská, 2004). Při využití této metody se připravuje pro rodinu tzv. **plán pomoci**. Tento plán má za úkol postupné zaměřování se na jednotlivé oblasti fungování jednotlivých členů, jejich interakce a komunikace (Beaufortová, 2002) a jejich analýzu do té doby, než dojde k uspokojivé změně. Do plánu je zahrnuta postupně **základní komunikace** (komunikační dovednosti a sociální dovednosti), **denní život rodiny** (jak fungují členové v kontextu domácnosti), **rozvoj postiženého**⁷² (jaké pokroky a v jaké oblasti dělá), **rozvoj ostatních členů rodiny**⁷³ (jak se adaptují na novou situaci a jak fungují v ostatních oblastech života) a **rozvoj mimo rodinu** (jak jsou členové schopni fungovat mimo primární prostředí) (Beaufortová, 2002). Postupuje se od jednodušších a základnějších aspektů k těm složitějším a komplexnějším za neustálého opakování již nahlédnutého a naučeného.

VTI je velmi významnou metodou z hlediska toho, že může poskytnout okamžitou a zjevnou zpětnou vazbu i lidem, kteří mají problém s náhledem. U lidí se získaným poškozením mozku je sebepercepce (*self-perception*) významným prediktorem jejich nasazení v rehabilitaci a obnově kognitivních, emočních i sociálních funkcí (Uomoto & Fann, 2004). VTI sebepercepci podporuje, a proto můžeme říci, že je nadějnou rehabilitační metodou při emoční a sociální terapii. Samozřejmě, pozitivní sebepercepce má iniciační vliv, negativní spíše inhibující (Uomoto & Fann, 2004), VTI však prostřednictvím své filosofie pozitivní zpětné vazby podporuje spíše to první.

Metoda VTI pečuje nejen o potřeby člověka se získaným poškozením mozku jako osobu číslo jedna, zároveň podává péči o potřeby členů rodiny, na něž je v rámci terapie mnohdy zapomínáno. Hutchinsonová s kolegyněmi (2011) prokázaly, že se pečující osoby mnohem lépe adaptují na novou situaci (vzroste jejich *self-efficacy* a sebejistota ve zvládání nových komunikačních a interakčních nároků), pokud také projdou specifickým programem, jenž je zaměřen na péči o vlastní potřeby, management vlastních kroků a jednání a posílení vlastních schopností.

⁷² V původním zdroji se mluví o **vývoji dítěte**, protože metoda VTI byla původně vyvinuta pro pomoc „problémovým“ dětem a jejich rodinám (Beaufortová, 2002). My zde uvádíme analogii k osobám se získaným poškozením mozku, u nichž se tato metoda alespoň v rámci ČR zatím nepoužívá. Jisté přesahy učinila Koběřská (2004), když metodu využívala při práci s lidmi s demencí.

⁷³ V původním zdroji se mluví o **vývoji rodičů**, protože metoda VTI byla původně vyvinuta pro pomoc „problémovým“ dětem a jejich rodinám (Beaufortová, 2002). My zde uvádíme analogii k osobám se získaným poškozením mozku, u nichž se tato metoda alespoň v rámci ČR zatím nepoužívá. Jisté přesahy učinila Koběřská (2004), když metodu využívala při práci s lidmi s demencí.

4.3 SHRnutí

Rozdělení různých rehabilitačních oblastí je samozřejmě umělé, v ideálním případě se různé přístupy prolínají a doplňují. Aby se člověk vrátil ke svému životu a efektivně využíval svých schopností, je nutné neopomenout terapii sociálních dovedností, emočních reakcí a regulace. Nežádávkavý výskyt poškození frontálních oblastí mozku „narušuje integraci, organizaci a regulaci kognitivně-emočních procesů, které jdou ruku v ruce se sociálním chováním, u něhož sehrávají roli mediátora...důležitou roli ale také hraje míra *self-efficacy*, respektive zkušenosti zvládnout či nezvládnout určitý úkol či chování...opakované kognitivní a sociální selhávání, vzniklé právě na podkladě frontálních lézí, snižují úroveň sociálního *self-efficacy* jedince a kompromituje kognitivní, afektivní a motivační procesy, které jsou pro sociální chování nezbytné“ (Braden et al., 2010, s.1299).

Sociální *self-efficacy* opravdu hraje podstatnou roli v případě emočních i kognitivních procesů a tím pádem i v případě běžného fungování a aktivit, podle Dumonta a jeho kolegů (cit.dle Braden et al., 2010) navíc silně koreluje s jejich sociální participací a na základě zjištění Cicerona a jeho týmů (cit.dle Braden et al., 2010) má signifikantní vztah k životní spokojenosti. Sociální *self-efficacy* se zdá být významným konceptem pro osoby se ZPM.

Techniky a metody tréninku, které by měly být při rehabilitaci osob s poraněním mozku použity, by měly podporovat nácvik sociálních dovedností, náhled na ně a posílení sebedůvěry ve vlastní kompetence, protože „efektivní program trénování sociálních dovedností, zdůrazňující specifické strategie, cit postiženého pro své sociální *self-efficacy* a management svých kognitivních dysfunkcí, emočního distresu a sociálních výzev umožňuje zdokonalovat sociální dovednosti a posilovat sociální kompetence“ (Braden et al., 2010, s.1299). Jednou z možných vybraných metod, které byly stručně představeny, by mohl být videotrénink interakcí, který v sobě snoubí mnohé ze zmíněných strategií a přístupů.

Je důležité mít na paměti, že spokojenost v sociálních vztazích a důvěra v to, že umíme fungovat s ostatními lidmi, přináší vyšší míru spokojenosti a kvality života, než je tomu tehdy, když se v sociálních ztrácíme. Sociální a emoční rehabilitace by měla být povinným doplňkem následné péče o osoby se získaným poškozením mozku. A to i navzdory tomu, že je to investice časově náročná. Výsledky se ovšem vracejí i s úroky.

Nesmíme zapomenout také na to, že abychom mohli říci, že zmíněné postupy jsou efektivní, je nutné provést počáteční, průběžnou a závěrečnou diagnostiku, jež bude základem pro zpětnou vazbu. Blíže o tomto tématu pojednávají konkrétní publikace (Kolář, 2009; Kulišťák, 2006; 2011; Preiss, Laing & Rodriguez, 2002; Bennett & Raymond, 2008; Pella, Kendra, Hill & Gouvier, 2008 apod.).

B. METODOLOGICKÁ ČÁST

Metodologická část této práce ve své podstatě vychází z teoretických východisek, která jsou uvedena v předchozích čtyřech základních teoretických kapitolách. S ohledem na specifickou výzkumnou souboru (vysokou heterogenitu a praktická úskalí kategorizace respondentů podle určitých znaků) i originalitu kombinace výzkumných oblastí (kvality života a sociálního *self-efficacy*) jsme hledali také východiska metodologická. Výzkumný postup, na jehož podkladě byl výzkum prováděn, se stal styčným bodem výzkumných potřeb, metodologických pravidel, praktických možností realizace a ohledu na velmi specifické aspekty výzkumného souboru.

Tato část práce je opět rozdělena na několik dílčích kapitol. Kromě popisu metodologie, která se vztahuje k našemu kvantitativnímu zkoumání kvality života, životní spokojenosti a sociálního *self-efficacy* v kontextu získaného poškození mozku je součástí ještě návrh výzkumných otázek, jež by vycházely z námi sebraných dat a ideálně by navazovaly na námi prováděné kvantitativní šetření. Záměrem této práce totiž není pouze deskriptiva určitého *statutu presens*, nýbrž jakýsi praktický přesah, který by měl smysl pro samotné respondenty.

Z kapacitních důvodů není možné zařadit další výsledky. Avšak navrhované výzkumné otázky, jež jsou zaměřeny na zjišťování možných změn v posuzování kvality života, životní spokojenosti a sociálního *self-efficacy* u osob zasažených následky získaného poškození mozku v kontextu terapie sociálních dovedností, náhledu na ně a podpory sociálního *self-efficacy*, jsou můstkem k další praktické výzkumné práci a podkladem pro klinické využití. Proto jsou také neméně důležité než základní výsledky deskriptivy a korelace, z nichž je zase nutné vycházet.

Pojďme se nyní podívat na to, co je obsahem metodologické části:

- Typ výzkumu
- Cíle výzkumu a výzkumné otázky
- Výzkumný vzorek
- Techniky sběru dat a nástroje měření
- Analýza dat
- Navazující výzkumné otázky

5. TYP VÝZKUMU

V této práci jsme uplatnili *kvantitativní způsob zkoumání*, protože se jednak zaměřujeme na téma, které je velice široké, a proto je určitá redukce dat žádoucí, a jednak jsou výzkumné cíle směřovány na zjišťování těsnosti vztahů mezi určitými proměnnými, a proto je nutné statistické zpracování dat, nikoli kvalitativní posouzení jejich omezeného množství. Jedná se o kombinaci dvou *neexperimentálních* výzkumných plánů, *orientačního výzkumu* a *korelační studie*.

Na základě poznatků z klasických učebnic (např. Ferjenčík, 2000) můžeme říci, že zvolené výzkumné přístupy jsou pro naše účely nosné, protože:

1. vybíráme vzorek jen z té populace, o jejíchž charakteristikách se chceme něco dozvědět a
2. shromažďujeme relevantní data, týkající se pouze těch proměnných, které nás zajímají.

Protože tedy nehledáme žádné příčinné vysvětlení (k němuž jsou určeny především experimentální výzkumné plány), nýbrž naším cílem je spíše deskripce a predikce zkoumaných jevů (kvality života, životní spokojenosti a sociálního *self-efficacy* v kontextu získaného poškození mozku), jsou jmenované vzorkové přehledy patřičnou volbou.

Orientační výzkum je výzkumný projekt, jehož cílem je „vykonat sondu...získat žádoucí vhled do nějaké skutečnosti, která nás zajímá a o níž zatím víme velmi málo nebo skoro nic“ (Ferjenčík, 2000, s.123). Přesně takto je to se skupinou osob se získaným poškozením mozku v ČR ve vztahu k problematice kvality života, životní spokojenosti a sociálního *self-efficacy*, a to z hlediska nejrůznějších proměnných, které jsou nutně s populací osob se získaným poškozením mozku svázány a které jsou dány logickou nehomogenitou této skupiny.

Korelační studie slouží ke zjišťování těsnosti vztahů mezi určitými proměnnými. Neklademe si za cíl určit, zda jeden jev (např. nízké sociální *self-efficacy*) vyvolává druhý (např. horší kvalitu života či sníženou životní spokojenost), zkoumáme to, zda tyto jevy spolu vůbec souvisejí. Určujeme nikoli směr jejich vzájemného ovlivňování, nýbrž sílu potenciální souvislosti. Tento plán umožňuje dělat jednak efektivní predikce (výskyt jednoho jevu znamená výskyt i jevu druhého), jednak může posloužit retrospektivnímu uvažování o možných příčinách daného jevu (co mohlo vyvolat daný jev) (Ferjenčík, 2000). Pokud tuto filosofii korelačních studií zasadíme do formy získaného poškození mozku, sociálního *self-efficacy* a kvality života, respektive životní spokojenosti, může tento poznatek posloužit jako impulz pro chybějící diagnostiku i speciální terapeutické intervence.

Kvantitativní výzkum je poznamenán řadou nevýhod, které se vztahují zejména k redukci informací a jejich transformaci. Náš typ výzkumu zajistí jen omezené množství dat a tím pádem zredukuje také počet pozorovaných proměnných a jejich vzájemných vztahů, tato silná redukce informace snižuje validitu (platnost toho, zda měříme opravdu to, co chceme měřit). Na druhé straně díky standardizaci dat, která přichází se standardizovanými nástroji měření, můžeme mluvit o vysoké reliabilitě. Kvantitativní výzkumy předpokládají snadnější opakovatelnost a generalizaci na populaci (výsledky lze v ideálním případě aplikovat ze vzorku na celou populaci osob s vybranými charakteristikami).

Výhody i nevýhody nalezneme jak u kvantitativních, tak u kvalitativních výzkumů. Je třeba s nimi počítat a mít je na paměti při interpretaci výsledků, spíše než se snažit o ideální kombinaci obou s nerealistickým očekáváním dokonale validních a reliabilních výsledků. Výzkumná modelace s sebou nese vždy určité zkreslení, Disman (1993, s.70) k tomu dodává, že „všechny závěry z empirického výzkumu, statistické důkazy atd. se nevztahují na jevy, které chceme studovat, ale jen na jejich indikátory“. S tímto vědomím také vstupme do následující kapitoly o výzkumných otázkách a operacionalizaci výzkumných proměnných.

6. CÍLE VÝZKUMU A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

Tento výzkum má hned několik základních cílů. Jak již bylo uvedeno výše, data jsou zpracována jednak pro *deskriptivu*, jednak slouží jako podklad pro hledání potenciálních *korelačních vztahů* mezi konkrétními proměnnými. Deskripce má za úkol rozšířit povědomí o tom, jaká je kvalita života a životní spokojenost v kontextu získaného poškození mozku v ČR z hlediska mnohých, nejen demografických proměnných (blíže viz následující kapitola 6.1 Výzkumné otázky). Korelace mezi konkrétními proměnnými (opět blíže viz následující kapitola 6.1 Výzkumné otázky) má za cíl poukázat na možnou těsnost vztahů mezi kvalitou života, respektive životní spokojeností a subjektivním i objektivním posouzením sociálního *efficacy* osob se získaným poškozením mozku. Nyní se přesuňme k vlastním výzkumným otázkám a operacionalizaci proměnných.

6.1 VÝZKUMNÉ OTÁZKY

Výzkumné otázky si můžeme pracovníčně rozdělit na deskriptivní a korelační. Vždy se týkají kvality života (*quality of life* - QoL), životní spokojenosti (*satisfaction with life* - SWL) a sociálního *efficacy*, které rozlišujeme jako subjektivní (*social self-efficacy* – SSE) a objektivní (*social other-efficacy* – SOE).

Deskriptivní výzkumné otázky

D1. *Jaká je kvalita života (QoL) osob se získaným poškozením mozku v ČR?*

D2. *Jaká je životní spokojenost (SWL) osob se získaným poškozením mozku v ČR?*

D3. *Jaké je sociální self-efficacy (SSE) osob se získaným poškozením mozku v ČR?*

D4. *Jaké je sociální other-efficacy (SOE), pomocí něhož určují osoby, jež jsou lidem se získaným poškozením mozku blízké, sociální efficacy osob se získaným poškozením mozku?*

Deskriptivní výzkumné otázky zahrnují následující popisné aspekty:

❖ srovnání na základě pohlaví

- muži
- ženy

❖ srovnání věkových kategorií

- 18-35 let
- 36-50 let
- 51-65 let

- ❖ srovnání na základě zaměstnanosti
 - ano
 - ne
- ❖ srovnání na základě existence partnera
 - ano
 - ne
- ❖ srovnání na základě existence dětí
 - ano
 - ne
- ❖ srovnání na základě typu získaného poškození mozku
 - traumatické poškození mozku (*traumatic brain injury* - TBI)
 - cévní onemocnění mozku (CMP)
 - chirurgické zásahy v mozku na základě onkologických nálezů, malformací a jiných příčin (*brain surgery* - BS)
- ❖ srovnání na základě délky od získaného poškození mozku
 - 6 měsíců – 2 roky
 - 2 roky- 5 let
 - 5 let-10 let
- ❖ srovnání na základě výskytu afázie⁷⁴
 - ano
 - ne
- ❖ srovnání na základě výskytu posttraumatické amnézie
 - do 1 týdne
 - 1-2 týdny
 - 2-4 týdny
 - bez posttraumatické amnézie
- ❖ srovnání na základě typu bydlení
 - sám/sama
 - s rodiči (matkou, otcem nebo oběma)
 - s partnerem (v partnerském i manželském soužití)

⁷⁴ Z výzkumu jsou vyloučeni respondenti s těžkými formami afázií. Pokud se afázie vyskytuje, je pouze expresivní a lehká či střední, kompenzovaná (více viz kapitola 7. Výzkumný vzorek)

Korelační výzkumné otázky

K1: Jak silný je vztah mezi kvalitou života (QoL) a subjektivním sociálním self-efficacy (SSE)?

K2: Jak silný je vztah mezi životní spokojeností (SWL) a subjektivním sociálním self-efficacy (SSE)?

K3: Jak silný je vztah mezi kvalitou života (QoL) a objektivním sociálním other-efficacy (SOE)?

K4: Jak silný je vztah mezi životní spokojeností (SWL) a objektivním sociálním other-efficacy (SOE)?

6.2 OPERACIONALIZACE A VYSVĚTLENÍ ZÁKLADNÍCH POJMŮ

Kvalita života (*quality of life* – QoL)

Jde o subjektivně vnímanou kvalitu života, jejíž míra je určena výší skóru (z-skóru) ze standardizovaných dotazníků kvality života – *SF-36* a *SQUALA* (více o těchto nástrojích měření v kapitole 8. Techniky sběru dat a nástroje měření).

Životní spokojenost (*satisfaction with life* – SWL)

Jde o subjektivně vnímanou spokojenost s různými oblastmi života, jejíž míra je určena výší skóru (z-skóru) z modifikované úpravy *Dotazníku životní spokojenosti* (více o tomto nástroji v kapitole 8. Techniky sběru dat a nástroje měření).

Sociální *efficacy*

Sociální *efficacy* je zde používán jako pojem, slučující subjektivní posouzení vlastní účinnosti fungovat v sociálních vztazích (sociální *self-efficacy*) a objektivní posouzení této účinnosti osobou blízkou (sociální *other-efficacy*). Oba koncepty jsou operacionalizovány dále.

Subjektivní sociální *self-efficacy* (SSE)

Subjektivní sociální *self-efficacy* (SSE) je dáno výší skóru (z-skóru) z *Dotazníku sociálního self-efficacy*, který vyplňuje osoba se získaným poškozením mozku sama za sebe (více o tomto nástroji v kapitole 8. Techniky sběru dat a nástroje měření).

Objektivní sociální *other-efficacy* (SOE)

Objektivní sociální *other-efficacy* (SOE) je dáno výší skóru (z-skóru) z *Dotazníku sociálního other-efficacy*, který vyplňuje blízká osoba a hodnotí v něm svůj pohled na sociální

efficacy osoby se získaným poškozením mozku (více o tomto nástroji v kapitole 8. Techniky sběru dat a nástroje měření).

Osoba se získaným poškozením mozku

Jde o člověka, který prodělal získané poškození mozku. Jako získané poškození mozku bereme traumatické poranění mozku (traumatic brain injury – TBI), cévní poškození mozku (CMP), operace primárních nádorů (onkologické operace), operace související s dalšími komplikacemi CNS (malformace, související epilepsie apod.). Jde tedy o mechanické či chemické poškození mozkové tkáně. Typ poškození je uváděn respondenty v anamnestickém dotazníku.

Blízká osoba

Jedná se o osobu, kterou subjektivně vybere respondent se získaným poškozením mozku. Vybere ji na základě kolonky „blízká osoba, která mě dobře zná, pomáhá mi a je schopna posoudit mou soběstačnost“. Blízká osoba může být partner/partnerka, manžel/manželka, rodič (matka/otec), vlastní dítě, sourozenec (sestra/bratr), kamarád/kamarádka či zdravotník (zdravotní sestra, psycholog, ergoterapeut, fyzioterapeut či lékař).

7. VÝZKUMNÝ VZOREK

Jak píše Ferjenčík (2000), adekvátní výběr výzkumného vzorku znamená reprezentativní výběr respondentů. Vzorek je tím reprezentativnější, z čím homogennější populace pochází, čím informovanější o zkoumané populaci jsme a čím více hledisek reprezentuje princip stejné šance výběru pro jakýkoli prvek populace (Sprung & Sprung cit.dle Ferjenčík, 2000).

Ne vždy je však zkoumaná populace ideální a dobře dostupnou skupinou, je tomu tak bohužel i v našem případě. Lidé po poranění mozku jsou skupinou velmi širokou a nehomogenní (jak jsem již popsala v teoretické části). Zároveň není vůbec snadné se s jednotlivci v rámci této výzkumné populace kontaktovat, protože jejich postakutní péče není v ČR náležitě zajištěná a systematizovaná. Část výzkumných otázek je navíc založena na srovnávání odpovědí člověka po poranění mozku a jeho blízké osoby, která o něj nejvíce pečuje a pomáhá mu s návratem do běžného života (výzkumný vzorek musí být tudíž složen z dvojic, data tak musí být sebrána od obou z nich).

Toto jsou základní tři důvody, které stojí za nepravděpodobnostním výběrem vzorku, který jsme byli nuceni z praktických důvodů učinit. Nepravděpodobnostní výběry jsou vhodné především pro předvýzkumy a pilotáže, kdy jde o první sondu do problematiky. Tento výzkum můžeme za takový považovat, protože ačkoli se v ČR výzkumy s lidmi po poranění mozku uskutečňují, námi zvolené téma je prvotinou.

Výzkumný vzorek byl vybrán na základě kombinace **příležitostného a záměrného (účelového) výběru**⁷⁵. Metodologické nedostatky, které s sebou nepravděpodobnostní výběry nesou, se pokusíme vyvážit jednak počtem respondentů, jednak homogenizací skupiny (určíme kritéria výběru tak, aby zkoumaná skupina byla co nejvíce homogenní v rámci možností, které nám realita dovoluje).

Prostřednictvím zařízení sociálních služeb i zdravotnické péče či nestátních neziskových organizací, jejichž náplní práce je péče o osoby se získaným poškozením mozku, po celé ČR byli přímo oslovováni potenciální respondenti. Ne všechna zařízení měla zájem účastnit se na výzkumu. Participovala tato zařízení:

Sdružení Cerebrum – Sdružení osob po poranění mozku a jejich rodin v Praze

Sdružení REHALB při Klinice rehabilitačního lékařství Albertov – 1.LF VFN v Praze

Sdružení Ictus v Praze

⁷⁵ Více o charakteristikách jednotlivých výběrů v metodologických publikacích (např. Miovský, 2006).

Zdravotnické zařízení Fyziaktiv v Praze

Neurologické oddělení Nemocnice na Homolce v Praze

Oddělení rehabilitační a fyzikální medicíny a Ústřední lékařsko-psychologické oddělení
Ústřední vojenské nemocnice – Vojenské fakulní nemocnice v Praze

Oddělení neurochirurgie Fakulní nemocnice v Plzni

Rehabilitační ústav Brandýs nad Orlicí

Rehabilitační ústav Chotěboř

Rehabilitační klinika Malvazinky v Praze



Graf 1 Četnosti respondentů podle oslovených zařízení zdravotnických a sociálních služeb

Do výzkumu byli začleňováni na základě dobrovolnosti a určitých kritérií. Celkem se výzkumu zúčastnilo 51 osob se získaným poškozením mozku ve věku 22-65 let a 45 blízkých osob. Osoby se získaným poškozením mozku byly vybírány na základě následujících kritérií:

- Informovaný souhlas se zapojením do výzkumu (ústní nebo písemný⁷⁶)
- Získané poškození mozku (TBI, CMP, BS)⁷⁷

⁷⁶ Znění písemného informovaného souhlasu viz Příloha 1 (písemné informované souhlasy zůstávaly v archivaci příslušných zařízení).

⁷⁷ Diagnóza z lékařské zprávy a osobní výpovědi respondentů (ne vždy je k dispozici lékařská zpráva či možnost nahlédnutí do ní).

- Doba od získaného poškození mozku je 6 měsíců – 10 let (v prvních šesti měsících probíhá většinou intenzivní stabilizace stavu a primární terapie, v této fázi se člověk může nacházet ve velmi specifickém stavu; nejsenzitivnější období pro úpravu ztracených funkcí je období do dvou let, avšak ještě v dalších letech se ustavuje určitá kompenzace ztracených funkcí; nad deset let už se výraznější pokroky neočekávají – více viz kapitola 4)
- Věk 18-65 let (toto věkové rozpětí umožňuje zahrnutí produktivního věku a vyloučení dětí a seniorů pro jejich vývojová specifika, která by mohla být intervenujícími proměnnými)
- Posttraumatická amnézie (PTA) do 4 týdnů (vyloučení osob, které vypovídaly o PTA delší než 4 týdny z důvodu hrozících těžkých následků získaného poškození mozku)
- Mini-Mental State Examination (MMSE) 25-30 bodů (vyloučení degenerativních onemocnění)⁷⁸
- Vyloučení psychiatrického onemocnění před získaným poškozením mozku (z rozhovoru a osobní anamnézy)
- Schopnost soustředit se minimálně 60 minut v kuse (pro vyplnění dotazníků a uskutečnění anamnestického rozhovoru)
- Modifikovaný Barthel Index⁷⁹ je v rozmezí 41-100 bodů
- Rozšířený Barthel Index⁸⁰ je v rozmezí 45-90 bodů (vyloučení těžkých forem afázie, kdy člověk není schopen bez pomoci druhého samostatně fungovat v sociálních vztazích; schopnost porozumět, vyjádřit se, sociálně interagovat, řešit každodenní problémy, pamatovat si, učit se a orientovat se zůstává spíše zachována)
- Určitá úroveň soběstačnosti v činnostech každodenního života (BADLS⁸¹ v rozpětí 0-30 bodů, FAQ⁸² v rozpětí 0-21 bodů)

Respondenti, kteří nesplňovali některou z uvedených podmínek, nebyli do výzkumu začleněni, případně byli z výzkumného vzorku vyřazeni. Vyřazeno bylo 11 osob, respektive dvojic (osoba se získaným poškozením mozku – blízká osoba).

⁷⁸ Konkrétní znění viz příloha 2.

⁷⁹ Modifikovaný Barthel Index (BI) slouží k posouzení schopností každodenních činností, obsahuje stejné položky jako originální Barthel Index, jen jinak pojmenované. Více viz kapitola 8. Techniky sběru dat a nástroje měření a konkrétní podoba viz Příloha 3.

⁸⁰ Rozšířený Barthel Index (EBI) slouží k posouzení kognitivních a sociálních kompetencí, dovedností a schopností. Více viz kapitola 8. Techniky sběru dat a nástroje měření a konkrétní podoba viz Příloha 4.

⁸¹ Více viz kapitola 8. Techniky sběru dat a nástroje měření a konkrétní podoba viz Příloha 5.

⁸² Více viz kapitola 8. Techniky sběru dat a nástroje měření a konkrétní podoba viz Příloha 6.

7.1 POPIS VÝZKUMNÉHO VZORKU

Následující text je věnován charakteristikám výzkumného souboru. Respondenti jsou posuzováni z hlediska věku, pohlaví, zaměstnání, dosaženého vzdělání, samostatnosti v bydlení, rodinného stavu, přítomnosti či nepřítomnosti partnera a dětí, dále pak na základě příčiny získaného poškození, výskytu afázie a přítomnosti posttraumatické amnézie. Poslední tabulka je věnována blízkým osobám.

		Věk			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	22-35 let	22	43,1	43,1	43,1
	36-50 let	18	35,3	35,3	78,4
	51-65 let	11	21,6	21,6	100,0
	Total	51	100,0	100,0	

Tabulka 1 Četnosti respondentů podle věku

		Pohlaví			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	muž	30	58,8	58,8	58,8
	žena	21	41,2	41,2	100,0
	Total	51	100,0	100,0	

Tabulka 2 Četnosti respondentů podle pohlaví

		Zaměstnání			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ano	13	25,5	25,5	25,5
	ne	38	74,5	74,5	100,0
	Total	51	100,0	100,0	

Tabulka 3 Četnosti respondentů podle toho, zda respondent pracuje

Dosažené vzdělání					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	OU	16	31,4	31,4	31,4
	SŠ	18	35,3	35,3	66,7
	VŠ	13	25,5	25,5	92,2
	ZŠ	4	7,8	7,8	100,0
	Total	51	100,0	100,0	

Tabulka 4 Četnosti respondentů podle stupně dosaženého vzdělání

Bydlení					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	jiné	1	2,0	2,0	2,0
	s partnerem	25	49,0	49,0	51,0
	s rodiči	17	33,3	33,3	84,3
	sám/sama	8	15,7	15,7	100,0
	Total	51	100,0	100,0	

Tabulka 5 Četnosti respondentů podle toho, s kým respondent bydlí

Jak je vidět z předchozích tabulek (1-5), výzkumný vzorek je téměř vyvážený, co se týče věkových skupin, pohlaví i dosaženého vzdělání, pouze 4 respondenti dosáhli jen základního vzdělání. Tři čtvrtiny respondentů nepracují, čtvrtina zaměstnání má (většinou brigádního charakteru či na částečný úvazek). Třetina respondentů žije s jedním, nebo oběma rodiči, téměř polovina s partnerem (ať už v sezdaném, či nesezdaném soužití) a téměř 16% respondentů bydlí samo.

Rodinný stav					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	vdaná/ženatý	20	39,2	39,2	39,2
	rozvedená/ý	5	9,8	9,8	49,0
	svobodná/ý	26	51,0	51,0	100,0
	Total	51	100,0	100,0	

Tabulka 6 Četnosti respondentů podle rodinného stavu

		Partner			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ano	28	54,9	54,9	54,9
	ne	23	45,1	45,1	100,0
	Total	51	100,0	100,0	

Tabulka 7 Četnosti respondentů podle toho, zda má respondent partnera

		Počet dětí			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	27	52,9	52,9	52,9
	1	7	13,7	13,7	66,7
	2	12	23,5	23,5	90,2
	3	4	7,8	7,8	98,0
	5	1	2,0	2,0	100,0
	Total	51	100,0	100,0	

Tabulka 8 Četnosti respondentů podle počtu dětí

Tabulky 6-8 ilustrují situaci v sociálních vztazích. Soubor je opět vyvážený z hlediska toho, zda respondent žije s partnerem, či nikoli, i z hlediska toho, zda má děti, či nikoli. Co se týče rodinného stavu, zhruba polovina respondentů žije v manželství, přibližně 39% osob se ZPM je svobodných a téměř 10% je rozvedených.

		Příčina ZPM			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	BS	5	9,8	9,8	9,8
	CMP	26	51,0	51,0	60,8
	TBI	20	39,2	39,2	100,0
	Total	51	100,0	100,0	

Tabulka 9 Četnosti respondentů podle typu získaného poškození mozku

		Délka od ZPM			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	6–24 měsíců	16	31,4	31,4	31,4
	25–60 měsíců	15	29,4	29,4	60,8
	61-120 měsíců	20	39,2	39,2	100,0
	Total	51	100,0	100,0	

Tabulka 10 Četnosti respondentů podle délky doby uplynulé od ZPM

		Afázie			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ne	40	78,4	78,4	78,4
	velmi lehká	4	7,8	7,8	86,3
	střední	7	13,7	13,7	100,0
	Total	51	100,0	100,0	

Tabulka 11 Četnosti respondentů podle výskytu afázie

		Posttraumatická amnézie (PTA)			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	bez PTA	26	51,0	51,0	51,0
	do 1 týdne	11	21,6	21,6	72,5
	1-2 týdny	2	3,9	3,9	76,5
	2-4 týdny	5	9,8	9,8	86,3
	≤4 týdny (neupřesněno)	7	13,7	13,7	100,0
	Total	51	100,0	100,0	

Tabulka 12 Četnosti respondentů podle výskytu posttraumatické amnézie

Charakteristiky, vztahující se k získanému poškození mozku, uvádějí tabulky 9-12. 51% respondentů utrpělo cévní poškození mozku (CMP), 39% úrazové poškození mozku (TBI) a zhruba 10% osob prodělalo chirurgickou operaci mozku na základě různých příčin (BS). Výzkumný vzorek je vyrovnaný z hlediska délky doby (v měsících) od poranění mozku, třetinová jsou rozpětí krátkého, středního i delšího časového horizontu.

Většina respondentů neměla žádný typ afázie, pouze pětina trpěla lehčí či střední formou afázie expresivní. 51% respondentů odpovědělo na výskyt posttraumatické amnézie

kladně, přes 21% respondentů prodělalo amnézii v délce do jednoho týdne, téměř 4% osob měla amnézii mezi jedním až dvěma týdny, přibližně 10% osob ji mělo mezi dvěma až čtyřmi týdny a necelých 14% respondentů neuvedlo přesnou specifikaci, avšak nepřesáhlo dobu delší jak čtyři týdny.

		Blízká osoba			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	děti	2	3,9	4,4	4,4
	jiná	9	17,6	20,0	24,4
	partner	19	37,3	42,2	66,7
	rodič	13	25,5	28,9	95,6
	sourozenec	2	3,9	4,4	100,0
	Total	45	88,2	100,0	
Missing	-	6	11,8		
Total		51	51	100,0	

Tabulka 13 Četnosti blízkých osob podle toho, v jakém vztahu jsou k osobám se ZPM

Tato poslední tabulka se vztahuje jako jediná k blízkým osobám, které si respondenti se získaným poškozením mozku vybrali jako osoby, které je dobře znají. Partneři zaujímali v tomto výběru přibližně 37%, rodiče necelých 26%, sourozenci a vlastní děti dohromady téměř 8% a více než 17% tvořili osoby nepříbuzenského charakteru, většinou zdravotníci. 12% blízkých osob se výzkumu nezúčastnilo.

8. TECHNIKY SBĚRU DAT A NÁSTROJE MĚŘENÍ

Data byla sbírána mezi respondenty od ledna do června 2012. Jednalo se o kombinaci strukturovaného anamnestického rozhovoru, screeningového testování a použití dotazníků. Ve většině případů šlo o osobní kontakt výzkumníka s respondenty. Výzkumník byl vždy přítomen při screeningovém testování, dotazníkovém šetření a anamnestickém interview u respondentů se získaným poškozením mozku. Ve většině případů byl osobně přítomen také při anamnestickém interview a dotazníkovém šetření u osob blízkých, jen v některých případech (19 osob) byly anamnestické otázky a dotazníky určené blízké osobě vyplněny z praktických důvodů bez osobního kontaktu výzkumníka.

Přítomnost výzkumníka měla za cíl redukovat množství nezodpovězených položek (v případě chybějících odpovědí podal výzkumník pokyn „*vyplňte, prosím, odpovědi ke všem otázkám, označte pouze jednu odpověď, která je nejdůležitější*“). Díky přítomnosti výzkumníka byla sesbírána všechna data screeningových testů a dotazníkových šetření. Pouze některá anamnestická data nebyla známa, a to především z důvodů jejich neznalosti⁸³. Zároveň se zvýšila pravděpodobnost, že dotazníky vyplňoval opravdu ten respondent, kterému byly určeny.

V případě **respondentů se získaným poškozením mozku** bylo použito:

- 1) screeningové vyšetření pomocí MMSE (pro posouzení orientace a vyloučení degenerativního onemocnění)
- 2) anamnestické strukturované interview
- 3) baterie dotazníků kvality života (SF-36, SQUALA) a životní spokojenosti (DŽS)
- 4) dotazník pro posouzení vlastní schopnosti fungovat v sociálních vztazích (Dotazník sociálního *self-efficacy*)

V případě **respondentů-blízkých osob** bylo použito:

- 1) anamnestické strukturované interview
- 2) baterie dotazníků pro posouzení soběstačnosti (BI, EBI, BADLS, FAQ)
- 3) dotazník pro posouzení schopnosti blízkého člověka se získaným poškozením mozku fungovat v sociálních vztazích (Dotazník sociálního *other-efficacy*)

⁸³ Z tohoto důvodu je ze vstupních kritérií vyjmuta přítomnost kómatu (respondenti často neměli o tomto faktu přesné informace). Ačkoli absence tohoto kritéria ovlivní přesnost homogenizace vzorku, není možné jej z praktických důvodů zahrnout. Stejně tak nejsou známy ve všech případech oficiální diagnózy, při strukturaci výzkumného vzorku v deskriptivní statistice proto uvádíme hrubé rozdělení na TBI, CMP a BS.

Administrace dotazníků, screeningového testování a strukturovaného anamnestického rozhovoru trvala celkem přibližně 45-60 minut. Bližší informace k povaze testů, jejich použití a pravidlech administrace v následující kapitole, která také reflektuje základní výhody a nevýhody zvolených technik sběru dat.

8.1 NÁSTROJE MĚŘENÍ

Anamnestické strukturované interview (rozhovor)

Výhodou strukturovaného interview je možnost kvantifikace dat. Ačkoli je kvůli struktuře omezen prostor výzkumníka pro rozvíjení zajímavého tématu, v naší práci tato nevýhoda není na škodu. Naopak konkrétní, především uzavřené otázky nedovolí zabíhání do témat, s nimiž nebylo ve výzkumu počítáno. „Strukturované interview lze chápat jako jakousi vylepšenou formu dotazníku, kdy díky osobnímu kontaktu a motivační práci můžeme dosáhnout validnější odpovědi“ (Miovský, 2006, s.162).

Obsah našeho strukturovaného interview je zaměřen především na anamnestické údaje, které poslouží deskriptivní statistice v empirické části této práce a podpoří homogenizaci vzorku. Plné znění použitých otázek nalezneme v Příloze 12. Strukturovaného interview se účastnili všichni respondenti, ti, kteří nebyli přítomni osobně, dostali otázky v písemné podobě (strukturované interview se tak z praktických důvodů přetavilo do dotazníkové podoby).

Screeningové testování – Mini-Mental State Examination (MMSE)

Výhodou screeningového testování je jeho rychlé a snadné použití, které nezatěžuje respondenty časovou náročností, obsahovou rozsáhlostí a nároky na pozornost, jak je tomu u mnohých kognitivních testů. MMSE umožní okamžitou orientaci a vyloučení respondentů s podezřením na onemocnění degenerativního charakteru (demence). Test měří základní kognitivní funkce a orientaci. Maximální počet bodů je 30, přičemž platí skórování 30-27 normální nález, 26-25 hraniční nález (možné riziko demence) a 24 bodů a méně již patologický nález. Abychom se vyhnuli patologii, určili jsme hraniční skór na 25 bodů. Původní test pochází z roku 1975 (Folstein, Folstein & McHugh, 1975), jeho česká verze a konkrétní podoba testu je uvedena v Příloze 2.

Dotazníkové šetření

Dotazník není nic jiného než standardizované interview v písemné podobě (Ferjenčík, 2000). Jeho výhody spočívají v tom, že je možné kvantifikovat sebraná data, jeho

administrace není příliš časově ani finančně náročná a je vhodný pro větší počet respondentů. K dotazníkům se samozřejmě váže řada nevýhod, které musíme mít na paměti především při interpretaci dat. Dotazníky jsou méně pružné (není možné klást doplňující otázky, dochází k redukci dat), formulace otázek nemusí být vždy srozumitelná všem a musíme spoléhat na subjektivní výpovědi respondentů, jejichž věrohodnost nemusí být vždy dostatečná. Často zmiňovanou nevýhodou bývá nízká návratnost, jež byla v našem případě eliminována osobní administrací a výběrem vyplněných dotazníků výzkumníkem ve většině případů⁸⁴.

Dotazník sociálního self-efficacy

Tento dotazník byl vytvořen *ad hoc*, pro účely našeho výzkumu, a to z toho důvodu, že jeho standardizovaná podoba pro osoby se získaným poškozením mozku nebyla dostupná. Dotazník vychází ze dvou základních prací. Tou stěžejní je práce, která se zaměřovala na výzkum sociálního *self-efficacy* mezi adolescenty na středních školách v USA (Zullig, Teoli & Valois, 2011), druhou prací, která byla inspirací a doplnila chybějící položky, byla práce, využívající dotazníků pro posouzení sociálních dovedností (Preece & Mellor, 2009).

V prvním případě (Zullig, Teoli & Valois, 2011, s.914) se jednalo o 8-mi položkový dotazník s vnitřní konzistencí (Cronbachovo alfa) mezi položkami 0,82-0,88 a otázkami:

1. Jak umíš vyjádřit svůj názor, přestože s tebou spolužáci nesouhlasí?
2. Jak umíš navazovat přátelské vztahy s novými lidmi tvého věku?
3. Jak umíš konverzovat s neznámou osobou?
4. Jak se umíš přizpůsobovat svým spolužákům?
5. Jak umíš před ostatními lidmi tvého věku vyjádřit, že se ti něco nelíbí?
6. Jak umíš ostatní rozesmát?
7. Jak umíš udržovat přátelské vztahy s lidmi tvého věku?
8. Jak umíš předcházet hádkám s druhými lidmi tvého věku?

Ve druhém případě (Preece & Mellor, 2009, s.94) šlo o sumarizaci a standardizaci konkrétních sociálních dovedností, které mohly být zdokonalovány v rámci tréninkového programu a měřeny příslušnými škálami sociálních dovedností (sociální dovednosti vycházely ze subtestů s opět vysokými vnitřními konzistencemi, respektive Cronbachovým alfa⁸⁵):

1. Zahájení sociální interakce (započetí konverzace, udržení konverzace)

⁸⁴ Návratnost Dotazníků sociálního self-efficacy, DŽS, SQUALA, SF-36 byla 100%, návratnost dotazníků blízkých osob (Dotazníky sociálního other-efficacy, FAQ, BADLS, BI, EBI) byla z výše uvedených důvodů přibližně 88%.

⁸⁵ Více viz příslušný výzkum (Preece & Mellor, 2009).

2. Udržení interakce (rozpoznávání a vyjadřování emocí, reagování na emoce, mluvení a naslouchání, kooperace)
3. Řešení problémů (zvládání negativních pocitů, hledání řešení, ovládání se, vyjadřování vlastních postojů, vypořádání se s nepřátelským chováním, vypořádání se s ignorací a provokováním)
4. Náhled a sebereflexe

Na základě těchto prací byl vytvořen pilotní 18-ti položkový dotazník s odpověďmi velmi dobře (5 bodů), dobře (4 body), průměrně (3 body), špatně (2 body) a velmi špatně (1 bod). Položky byly vytvořeny jako kombinace již použitých a výše uvedených položek:

1. To, jak se cítím, umím před druhými vyjádřit...
2. Myslím si, že se druzí lidé v mé společnosti cítí...
3. Druzí lidé mě chápou, rozumí tomu, co říkám...
4. Umím vyjádřit svůj názor i přesto, že se mnou druhý člověk nesouhlasí...
5. Umím předcházet hádkám s druhými lidmi...
6. Víím, jak spolupracovat s druhými a jak s nimi společně řešit nějaký problém...
7. Myslím si, že se umím druhým přizpůsobovat...
8. Umím se chovat podle sociálních pravidel a orientovat ve společnosti cizích lidí...
9. Umím se ovládnout kvůli druhým lidem...
10. Umím poznat, co prožívají moji blízcí...
11. Blízké vztahy (s rodinou, přáteli) umím udržovat...
12. Většinou rozumím tomu, co mi moji blízcí říkají...
13. Daří se mi respektovat názor mých blízkých, přestože je jiný než můj...
14. Umím navazovat nové přátelské vztahy s novými lidmi...
15. Umím poznat na cizích lidech, co zrovna prožívají...
16. V rozhovoru s cizími lidmi si většinou navzájem rozumíme...
17. Umím druhé rozesmát...
18. Umím se chovat přátelsky k druhým lidem...

Vnitřní konzistence (Cronbachovo alfa) mezi položkami je 0,88 (Příloha 13). Test-retestová reliabilita není zatím známa, protože jde o prvotní použití dotazníku. Konkrétní podoba dotazníku je uvedena v Příloze 8.

Dotazník sociálního other-efficacy

Dotazník sociálního *other-efficacy* byl vytvořen na stejném podkladě jako Dotazník sociálního *self-efficacy*. Je také 18-ti položkový, obsahuje stejné otázky, které jsou pouze přeformulovány tak, aby blízká osoba vypovídala o sociálních dovednostech člověka se získaným poškozením mozku. Sociální *other-efficacy* je v našem případě pojímáno jako

objektivní posouzení účinnosti využívat svých sociálních dovedností druhou osobou. Vnitřní konzistence (Cronbachovo alfa) mezi položkami je 0,92 (Příloha 13), test-retestová reliabilita není zatím známa, protože jde o prvotní použití dotazníku. Konkrétní podoba dotazníku je uvedena v Příloze 7.

Dotazník životní spokojenosti (DŽS)

Dotazník životní spokojenosti vznikl v rámci výzkumného projektu zabývajícího se psychologickou a lékařskou rehabilitací pacientů s nemocemi srdce a krevního oběhu a byl velmi vítán jako inovativní metoda subjektivního posouzení spokojenosti v různých oblastech života. Vytvořil jej Fahrenberg s kolegy v roce 1986. Původní verze prodělala mnohé změny a v současné době obsahuje deset škál vždy se sedmi položkami a celkovou hodnotou DŽS jako indexem celkové životní spokojenosti (Fahrenberg, Myrtek, Schumacher & Brähler, 2001). Škály jsou tyto: Zdraví, Práce a zaměstnání, Finanční situace, Volný čas, Manželství a partnerství, Vztah k vlastním dětem, Vlastní osoba, Sexualita, Přátelé, známí a příbuzní, Bydlení. Dotazník vykazuje vysokou vnitřní konzistenci škál (Cronbachovo alfa), koeficienty leží v oblasti od 0,82 do 0,95. Test-retestová reliabilita není známa.

Pro účely našeho výzkumu jsme museli upravit základní škály a přizpůsobit je výzkumnému vzorku. Původní škály byly nahrazeny těmito: Zdraví, Práce a zaměstnání, Finanční situace a bydlení, Volný čas, Rodina a příbuzní, Partnerský život, Vlastní osoba, Sexualita, Přátelé a známí. Jednotlivé položky byly přeformulovány tak, aby reflektovaly specifika osob se získaným poškozením mozku. Odpovědi leží na pětistupňové škále: 5 velmi spokojen, 4 spokojen, 3 ani spokojen ani nespokojen, 2 nespokojen, 1 velmi nespokojen. Vyhodnocení dotazníku vychází z původní verze (Fahrenberg, Myrtek, Schumacher & Brähler, 2001), vnitřní konzistence námi upravených škál (Cronbachovo alfa) je 0,81 (Příloha 13). Konkrétní znění dotazníku nalezneme v Příloze 9.

Dotazník kvality života – SQUALA

Jedná se o hojně používaný, sebesposuzovací, všeobecný dotazník kvality života, který je určen pro použití jak u zdravé populace, tak i u osob s různým typem zdravotních potíží, tudíž i osob se získaným poškozením mozku. Původní verze dotazníku obsahuje 23 položek, které pokrývají vnitřní i vnější skutečnosti každodenního života (Zdraví, Fyzická soběstačnost, Psychická pohoda, Prostředí a bydlení, Spánek, Rodina, Mezilidské vztahy, Děti, Péče o sebe, Láska, Sex, Politika, Víra, Odpočinek, Záliby, Bezpečí, Práce, Spravedlnost, Svoboda, Krása a umění, Pravda, Peníze a Jídlo). Respondent určuje na

pětibodové škále jednak subjektivní důležitost každé oblasti, jednak spokojenost s ní (parciální skór pro určitou oblast se pak rovná součinu obou skóru).

V našem výzkumu jsme použili všech 23 položek, avšak kvůli nízké mezipoložkové korelaci nebyly položky Politika a Víra zařazeny do výpočtu celkového skóre kvality života, jak tomu je i v české verzi (Dragomerická, Bartoňová, Motlová et al., 2006). Využili jsme však těchto položek pro samostatné posouzení důležitosti a spokojenosti našich respondentů v této oblasti. Jednotlivé položky byly rozříděny do pěti základních dimenzí – Abstraktní hodnoty, Zdraví, Blízké vztahy, Volný čas a Základní potřeby⁸⁶. Vnitřní konzistence je opět vysoká (Cronbachovo alfa je po škálu důležitost 0,816, pro škálu spokojenosti 0,897 a pro odvozené QoL 0,888). Konkrétní podoba dotazníku je uvedena v Příloze 10.

Dotazník kvality života – Dotazník o zdravotním stavu (SF-36)

Sebeposuzovací dotazník SF-36 byl vytvořen a původně testován na amerických pacientech (Ware, Kosinski & Keller, 1994). Je široce a celosvětově používán ve všech lékařských oborech a je vysoce ceněn především pro jeho schopnost zachytit i sociální rozměr kvality života. Je používán i v ČR (Sobotík, 1998).

Dotazník se skládá ze 36 položek, které tvoří osm základních kategorií (fyzické funkce – PF, fyzické omezení rolí –RP, emoční omezení rolí – RE, fyzické nebo emoční omezení sociálních funkcí – SF, bolest –P, vitalita – EV, všeobecné duševní zdraví – MH a celkové vnímání vlastního zdraví – GHP). Otázky jsou konstruovány tak, že využívají Likertovy škály hodnocení odpovědí (u každé otázky je škála jiná, proto ji neuvádíme). Jeho vnitřní konzistence, stejně jako reliabilita a validita je velmi vysoká. Konkrétní podobu dotazníku nalezneme v Příloze 11.

Škála soběstačnosti – Modifikovaný Barthel Index (BI)

Modifikovaná forma Barthel Indexu byla vyvinuta pro pacienty po cévních poškozeních mozku (Shah, Vanclay & Cooper cit.dle Lippertová-Grünerová, 2009). Obsahuje stejné položky jako originální Barthel Index, ovšem jejich pojmenování je jiné, přehlednější pro snadnější vyplnění. Barthel Index je mezinárodně nejrozšířenější skórovací test, je hojně využíván v mezinárodních studiích a byl vybrán do našeho výzkumu, protože umožňuje mezinárodní srovnání. Byl vytvořen v roce 1965 Mahoneyovou a Barthelovou (cit.dle

⁸⁶ Více k dimenzím a položkám, které obsahují, stejně jako jejich statistickému uchopení viz Dragomerická s kolegy (2006).

Lippertová-Grünerová, 2009) pro osoby s neuromuskulárním a muskuloskeletálním onemocněním.

Skórování Barthel Indexu se pohybuje v rozmezích 0-40 bodů (nesoběstačný), 41-60 bodů (středně nesoběstačný), 61-95 bodů (mírně nesoběstačný) a 96-100 (soběstačný). Hodnocení provádí osoba, která člověka s omezením dobře zná. Protože do našeho výzkumu byli zařazeni respondenti se získaným poškozením mozku lehké a střední závažnosti, stanovili jsme hranici pro jejich zapojení do výzkumu na 41 bodů minimálně. Osoby, jejichž soběstačnost byla blízkou osobou ohodnocena 40 a méně body, nebyly do výzkumu zahrnuti. Barthel Index ovšem zahrnuje jen základní činnosti denního života, jiné, neméně podstatné, chybí, a proto jsme posouzení soběstačnosti doplnili o dotazníky FAQ a BADLS. Použitou modifikovanou formu Barthel Indexu nalezneme v Příloze 3.

Škála sociální soběstačnosti – Rozšířený Barthel Index (Erweiteter BI – EBI)

Rozšířený Barthel Index byl vytvořen v roce 1996 německými odborníky (Prosiegel, Böttger, Schenk, König, Marolf, Vaney et al., 1996), přičemž slouží pro posouzení soběstačnosti v sociálním kontextu a základní úrovně kognitivních funkcí. Je doplňkem Barthel Indexu a podrobněji mapuje 6 základních oblastí: porozumění, vyjadřování, sociální interakce, řešení každodenních problémů, paměť-učení-orientace a zrak-neglect. Z hlediska našeho výzkumného záměru (posuzování kvality života osob se získaným poškozením mozku v souvislostech sociálního *efficacy*) je zařazení tohoto nástroje více než na místě, pokud chceme selektovat respondenty, kteří mají těžké deficity v sociálním fungování.

Maximální počet bodů je 90. Pro náš výzkum jsme vybrali ty respondenty, kteří dosáhli v posouzení blízkou osobou skóre alespoň 45 bodů, tedy 50% (průměru). Samozřejmě u získaného poškození mozku předpokládáme zhoršení kognitivních funkcí a ovlivnění v oblasti sociálního fungování, avšak je nutné vyloučit těžké deficity, které mohou souviset i s těžšími formami afázií, jež je nutné taktéž vyloučit. Konkrétní podobu rozšířeného Barthel Indexu nalezneme v Příloze 4.

Bristolská škála aktivit denního života (BADLS)

Tento dotazník je určen opět k vyplnění osobou, která člověka, v našem případě se získaným poškozením mozku, dobře zná. Byl navržen metodicky velmi zodpovědně a kvalitně tak, aby byl stručný a zároveň doplňoval komplexitu pohledu na pacienta po funkční stránce (Bartoš, Martínek & Řípová, 2010). Obsahuje širokou škálu základních a instrumentálních aktivit denního života (ADL), přičemž každou z dvaceti běžných činností lze hodnotit čtyřmi různými výpověďmi, což umožňuje stupňovité a odpovídající odlišení

provedení dané činnosti od úplné nezávislosti po plnou závislost. Skórování je od 0 (bez potíží) do 3 bodů (největší obtíže). Je možné dosáhnout maximálně 60 bodů, naší hranicí pro účast ve výzkumu je 30 bodů. Česká verze byla vytvořena a ověřena pracovníky Psychiatrického centra Praha (Bartoš, Martínek & Řípová, 2010), konkrétní podobu dotazníku nalezneme v Příloze 5.

Dotazník funkčního stavu (FAQ)

Dotazník funkčního stavu je přehledný deseti-položkový instrument, pomocí něhož hodnotí zdravotníci, pečovatelé a osoby blízké složitější aktivity denního života. Jeho výhodou je to, že obsahuje také možnost odhadu aktivit, které pacient nikdy nevykonával. Každá z deseti položek je hodnocena na čtyřstupňové škále, kde 0 bodů odpovídá normálnímu fungování a 3 body úplné závislosti. Maximální závislost je dána maximem bodů, tedy 30. Z hlediska vyšší náročnosti posuzovaných aktivit jsme si určili hranici 21 bodů. Česká verze vznikla s citlivým ohledem na specifika české kultury v Psychiatrickém centru Praha (Bartoš, Martínek, Bezdíček, Buček & Řípová, 2008). Konkrétní podobu dotazníku nalezneme v Příloze 6.

9. ANALÝZA DAT

Sesbíraná data byla z papírové podoby přepsána do programu Microsoft Office Excel 2003. Byli vyřazeni ti respondenti, kteří nesplňovali alespoň jedno z uvedených kritérií. Po selekci a kompletaci byla data přenesena do programu SPSS verze 19 ke statistické analýze. Byla použita deskriptivní statistika (četnosti, střední hodnoty - aritmetický průměr, modus, medián, míry variability - směrodatná odchylka). Skóry testů byly spočítány na základě příslušných manuálů. Hrubé skóry byly převedeny na standardizované z-skóry. Pro korelační výzkumné otázky byl použit Pearsonův koeficient korelace. U testů, které byly použity v našem výzkumu pilotně bylo spočítáno Cronbachovo alfa pro určení vnitřní konzistence testu. Všechny konkrétní výsledky jsou prezentovány v empirické části této práce.

10. NAVAZUJÍCÍ VÝZKUMNÉ OTÁZKY

V rámci výzkumného šetření bylo sebráno velké množství dat, jejichž analýza by byla dalekým přesahem této práce a množství výsledků by bylo spíše matoucím elementem. Přestože navazující možné výzkumy jsou většinou diskutovány v diskusní části vědeckých prací (a ani v této naší práci nebude diskuse nad nimi v diskusní části chybět), přeci jen uvedeme některé z nich přímo zde, přičemž zde uvedené jsou pouze ty potenciální výzkumné otázky, jež lze vědecky řešit na základě námi již sebraných dat⁸⁷.

Hlavním záměrem následujících výzkumných otázek je zjistit, zda má kvalita života, respektive životní spokojenost těsnější vztah se subjektivním sociálním *efficacy*, či se sociálním *efficacy* objektivním, zda je nižší úroveň kvality života, respektive životní spokojenosti určována rozporností subjektivního a objektivního posouzení sociálního *efficacy* a zda je možné ovlivnit subjektivně vnímanou kvalitu života, případně eliminovat rozporné sociální *efficacy* posílením sociálního *self-efficacy* na základě posilování vědomí vlastních sociálních dovedností za použití metody videotréninku v rámci nejužšího sociálního systému (pravděpodobně rodiny, v níž dotyčný po poranění mozku žije, interaguje, komunikuje).

Navrhované výzkumné otázky, které jsou vstupním podkladem další, o etáž vyšší a na tento text navazující práce tedy jsou:

O1: Je silnější vztah kvality života (QoL) se subjektivním či objektivním sociálním efficacy?

O2: Je silnější vztah životní spokojenosti (SWL) se subjektivním či objektivním sociálním efficacy?

O3: Liší se kvalita života (QoL) v případě rozporných a souhlasných sociálních efficacy? Souvisí nižší kvalita života (QoL) s rozporným sociálním efficacy?

O4: Liší se životní spokojenost (SWL) v případě rozporných a souhlasných sociálních efficacy? Souvisí nižší životní spokojenost (SWL) s rozporným sociálním efficacy?

O5: Ovlivňuje terapeutická intervence (VTI) míru sociálního self-efficacy, míru sociálního other-efficacy, míru rozporného sociálního efficacy a míru subjektivního vnímání kvality života a životní spokojenosti?

⁸⁷ V diskusní části jsou pak uvedeny návrhy možných výzkumů v širším slova smyslu, tedy bez ohledu na možnosti pouze námi sebraných dat.

Rozšířená operacionalizace, která upravuje pojmy použité ve výzkumných otázkách, udává toto:

Rozporné sociální efficacy

Jedná se o míru nesouladu mezi subjektivním sociálním *self-efficacy* a objektivním sociálním *other-efficacy*. Tato míra nesouladu je dána výskytem/množstvím rozporných položek v obou dotaznících, přičemž pro statistické zpracování jsou určena data těch dvojic respondentů, u nichž se vyskytla rozporná alespoň 1 položka z 18 přítomných položek *Dotazníku sociálního self-efficacy*, respektive *other-efficacy*. Rozporné položky mohou být trojího typu:

1. *reverzní skóry* v položkách (respondent se získaným poškozením mozku - blízká osoba skórují stejnou položku v kombinacích 5-2, 5-1, 4-2, 4-1, 1-5, 1-4, 2-5 a 2-4, přičemž čísla odpovědí odpovídají takto: 5=velmi dobře, 4=dobře, 3=průměrně, 2=špatně, 1=velmi špatně)

2. *hraniční skóry* v položkách (odpovědi respondenta se získaným poškozením mozku - blízké osoby jsou u stejných položek posunuty o dva body, avšak nejedná se o reverzní skóry, jde tedy o kombinace 5-3, 1-3, 3-5 a 3-1, přičemž čísla odpovědí odpovídají takto: 5=velmi dobře, 4=dobře, 3=průměrně, 2=špatně, 1=velmi špatně)

3. *součet reverzních a hraničních skórů* v položkách

Souhlasné sociální efficacy

Jedná se o míru souladu mezi subjektivním sociálním *self-efficacy* a objektivním sociálním *other-efficacy*. Tato míra souladu je dána výskytem pouze shodných položek v obou dotaznících, přičemž jako shodné položky jsou brány ty, které se liší maximálně o jeden bod (jedná se o kombinaci 5-5, 4-4, 3-3, 2-2, 1-1, 5-4, 4-3, 3-2, 2-1, 1-2, 2-3, 3-4 a 4-5 při posuzování respondentem se získaným poškozením mozku a blízkou osobou, přičemž čísla odpovědí odpovídají takto: 5=velmi dobře, 4=dobře, 3=průměrně, 2=špatně, 1=velmi špatně).

Terapeutická intervence

Jde o nácvik náhledu a sociálních dovedností prostřednictvím metody VTI, o níž byla řeč v kapitole 4. Respondenti projdou šesti terapeutickými sezeními, při nichž bude využívána metoda VTI podle platných zásad, pravidel a metodiky jejího použití. Metoda bude využívána s ohledem na specifika získaného poškození mozku a zakázku respondentů.

Jak již bylo řečeno výše, přestože jde pouze o návrh, jeho potenciální realizace a případné prokázání signifikantních změn ve vnímání kvality života, životní spokojenosti i sociálního *self-efficacy* po zásahu psychologicky a sociálně terapeutického nástroje by byla nadstavbou práce ryze výzkumného charakteru. Výzkumné aktivity by totiž byly skutečným hybatelem v problematice narušených sociálních kompetencí a sociálního *self-efficacy*, potažmo spokojenosti v mezilidských vztazích i životě obecně.

Ponechejme však další úvahy budoucím pracím a pojďme se přesunout k výsledkům a diskusi o jejich platnosti a souvislostech s výsledky stávajících výzkumů s podobných výzkumným zaměřením. O nich totiž bude následující empirická část.

C. EMPIRICKÁ ČÁST

Tato část práce obsahuje především prezentaci výsledných zjištění, která vyplynula ze statistické analýzy dat, a jejich interpretace a srovnání s dosavadními výzkumnými zjištěními. Data budou uváděna v pořadí stanovených výzkumných otázek (nejprve deskriptivní a poté korelační) a některá také ve spojitosti s různými charakteristikami výzkumného souboru (pohlaví, věk apod.), jak je uvedeno v metodologické části.

11. KVALITA ŽIVOTA, ŽIVOTNÍ SPOKOJENOST A SOCIÁLNÍ EFFICACY

Tato kapitola uvádí výsledky, které se vztahují k celému výzkumnému souboru. Popisují kvalitu života, získanou dotazníky SQUALA a SF-36, dále životní spokojenost, určenou dotazníkem DŽS, a nakonec také vědomí schopnosti fungovat v sociálních vztazích na základě subjektivního i objektivního posouzení, dané dotazníky SSE a SOE.

Dotazník kvality života (SQUALA) – hrubé skóry

	celkové	Zdraví (celkem)	Zákl.potřeby (celkem)	Abstr.hodn. (celkem)	Blízké vzt. (celkem)	Volný čas (celkem)
N Valid	51	51	51	51	51	51
Missing	0	0	0	0	0	0
Mean	195,31	43,78	29,73	47,51	32,37	30,73
Median	199,00	42,00	29,00	52,00	30,00	30,00
Mode	211	27 ^a	24 ^a	33 ^a	30	33
Std. Deviation	50,309	13,702	10,623	19,364	11,241	9,930
Minimum	96	21	10	0	14	15
Maximum	333	75	56	86	60	60

Dotazník kvality života (SQUALA) – z-skóry

	celkové	Zdraví (celkem)	Zákl.potřeby (celkem)	Abstr.hodn. (celkem)	Blízké vzt. (celkem)	Volný čas (celkem)
N Valid	51	51	51	51	51	51
Missing	0	0	0	0	0	0
Mean	,0000	,0000	,0000	,0000	,0000	,0000
Median	,0733	-,1302	-,0683	,2319	-,2111	-,0731
Mode	,31	-1,22 ^a	-,54 ^a	-,75 ^a	-,21	,23
Std. Deviation	1,00000	1,00000	1,00000	1,00000	1,00000	1,00000
Minimum	-1,97	-1,66	-1,86	-2,45	-1,63	-1,58
Maximum	2,74	2,28	2,47	1,99	2,46	2,95

a. Multiple modes exist. The smallest value is shown

Tabulka 14 Hrubé skóry a z-skóry základních škál a celkové QoL dotazníku SQUALA

Tabulka číslo 14 udává základní střední hodnoty a míru variability základních škál a celkového skóre (hrubého i z-skóru) dotazníku SQUALA. Co se týče hrubých skóru, je možné v základních škálách dosáhnout minima 0 bodů až maxima 60 bodů (škály Základní potřeby, Blízké vztahy a Volný čas), 80 bodů (škála Zdraví) či 100 bodů (škála Abstraktní hodnoty). Náš výzkumný soubor dosáhl maxima 75 bodů ve škále Zdraví, 56 bodů ve škále Základní potřeby, 86 bodů ve škále Abstraktní hodnoty a 60 bodů ve škálách Blízké vztahy a

Volný čas. Průměry a mediány jsou přibližně stejné hodnoty, rozložení hrubých skóre se jeví jako normální, což potvrzuje také levý histogram v obrázku číslo 5.

Dotazník kvality života (SQUALA) – hrubé skóre

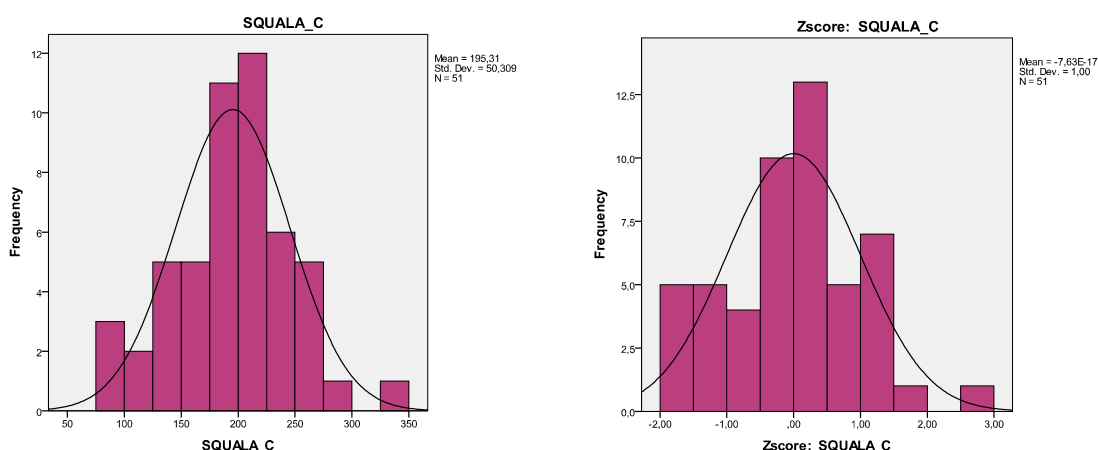
	zdraví	Fyz. soběs.	Psych. pohoda	Prostředí	Spánek	Rodina	Mezil. vztahy	Děti	Péče o sebe	Láska	Sex	
N Valid	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51	
Missing	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Mean	10,84	10,94	11,24	11,51	11,20	12,96	10,94	11,04	10,76	10,80	8,61	
Median	12,00	9,00	12,00	12,00	12,00	12,00	12,00	12,00	12,00	12,00	8,00	
Mode	12	9	9 ^a	12	12	12	12	12	12	12	12	
Std. Deviation	5,017	4,461	4,550	4,149	4,229	4,400	4,333	5,211	3,937	4,932	5,004	
Minimum	3	4	4	3	3	3	3	0	0	3	0	
Maximum	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	
	Politika	Víra	Odpočinek	Záliby	Bezpečí	Práce	Spravedlnost	Svoboda	Krása	Pravda	Peníze	Jídlo
N Valid	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51
Missing	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mean	3,55	4,43	10,10	9,69	10,86	7,53	9,08	10,92	6,90	9,75	8,67	9,55
Median	3,00	3,00	10,00	9,00	12,00	6,00	9,00	12,00	6,00	9,00	8,00	9,00
Mode	0	0	12	6	12	6	12	12	6	12	6	6
Std. Deviation	3,743	5,209	3,859	4,580	4,290	4,258	4,569	4,906	4,491	4,983	4,761	4,921
Minimum	0	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0
Maximum	15	20	20	20	20	20	20	20	16	20	20	20

Tabulka 15 Hrubé skóre dílčích škál dotazníku SQUALA

Co se týče jednotlivých položek a tedy i oblastí, podle nichž je kvalita života sestavována, jejich střední hodnoty a míry variability udává tabulka číslo 15. Výzkumný soubor hodnotil jako nejspokojivější rodinné vztahy a vztahy s příbuznými (průměr činí 12,96 bodu, modus i medián má hodnotu 12 bodů). Lehce pod ideálním⁸⁸ průměrem (pod hranicí 10 bodů) se nachází položky, vztahující se k zálibám, jídlu a spravedlnosti. Nespokojenost (mezi 6 a 9 body) se objevila u položek peníze, sex, práce a krása a zklamání (méně než 5 bodů) se projevilo u položek politika a víra. V tomto posledním případě však musíme mít na paměti, že značné procento respondentů označovalo zmíněné položky jako bezvýznamné, tudíž kvalitu života jen málo ovlivňující.

V souvislosti se získaným poškozením mozku se hovoří především o blízkých vztazích a pracovní oblasti (včetně financí). V prvním případě jsou střední hodnoty výzkumného vzorku příznivé, ve druhém již méně. Bližší zkoumání vztahů jednotlivých položek by jistě stálo za to, avšak v naší práci pro ně již není prostor.

⁸⁸ Ideální průměr znamená v našem pojetí průměr všech možných skóre daného testu.



Obř. 5 Histogramy rozložení hrubých skóřů a z-skóřů výzkumného souboru (SQUALA – celkové QoL)

Jak již bylo řečeno výře, rozložení skóřů se na základě grafického znázornění jeví jako normální. Přesnějši odůvodnění normality rozložení pomocí statistických testů nabízíme k dalšímu zkoumání. Prozatímni výsledky jsou sice orientační, leč hovoří spíše pro velkou šíři subjektivního vnímání celkové kvality života mezi osobami se získaným poškozením mozku (rozdělení není nijak zešikmené).

Dotazník o zdravotním stavu (SF-36) – hrubé skóřы

		PF	RP	RE	SF	P	EV	MH	GHP	Health Transition
N	Valid	51	51	51	51	51	51	51	51	51
	Missing	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mean		60,78	27,45	54,25	52,21	60,59	55,22	62,43	54,41	54,90
Median		70,00	25,00	66,67	50,00	57,50	55,00	64,00	55,00	50,00
Mode		95	0	67 ^a	50	100	65	56	55	50
Std. Deviation		29,604	34,005	38,851	20,418	29,768	18,688	16,377	16,542	28,293
Minimum		0	0	0	13	0	10	24	20	0
Maximum		100	100	100	100	100	100	92	90	100

Dotazník o zdravotním stavu (SF-36) – z-skóřы

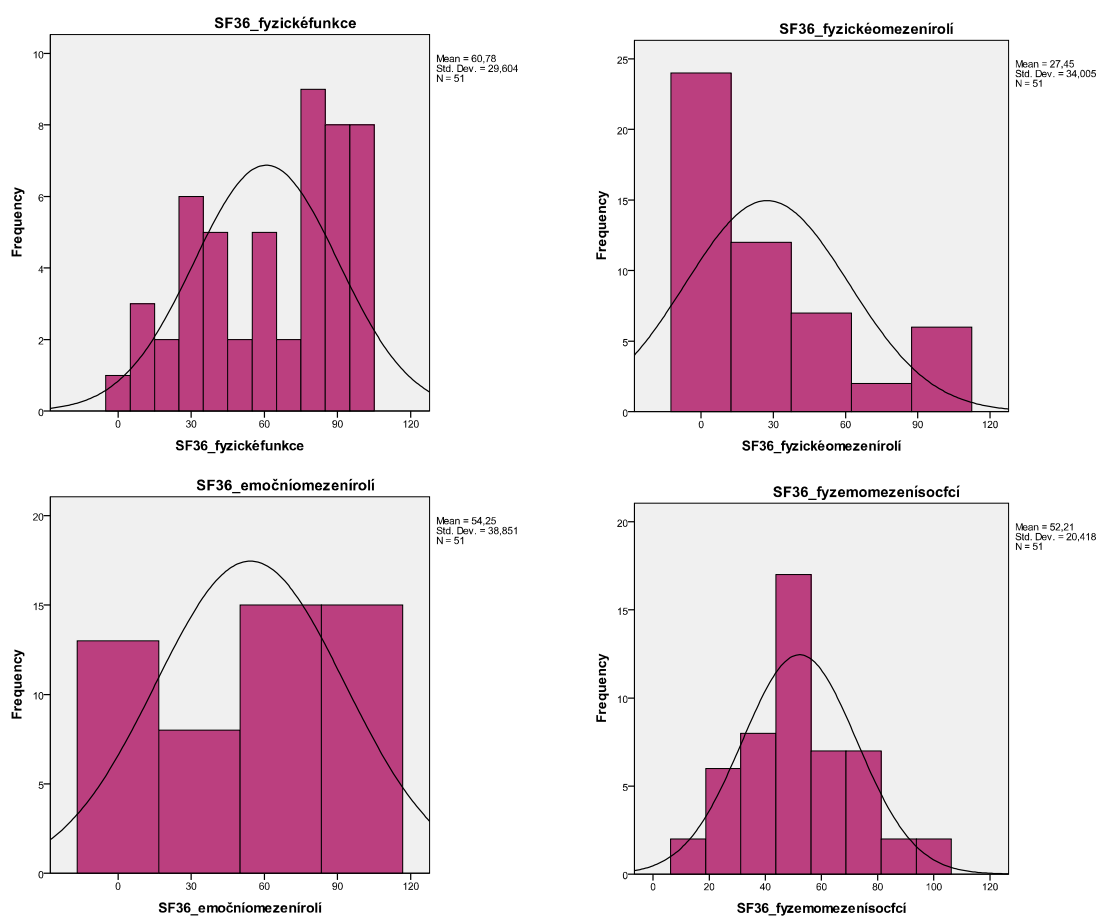
		PF	RP	RE	SF	P	EV	MH	GHP	Health Transition
N	Valid	51	51	51	51	51	51	51	51	51
	Missing	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mean		,0000	,0000	,0000	,0000	,0000	,0000	,0000	,0000	,0000
Median		,3113	-,0721	,3196	-,1080	-,1037	-,0118	,0958	,0356	-,1733
Mode		1,16	-,81	,32 ^a	-,11	1,32	,52	-,39	,04	-,17
Std. Deviation		1,0000	1,0000	1,0000	1,0000	1,0000	1,0000	1,0000	1,0000	1,0000
Minimum		0	0	0	0	0	0	0	0	0
Maximum		-2,05	-,81	-1,40	-1,94	-2,04	-2,42	-2,35	-2,08	-1,94
		1,32	2,13	1,18	2,34	1,32	2,40	1,81	2,15	1,59

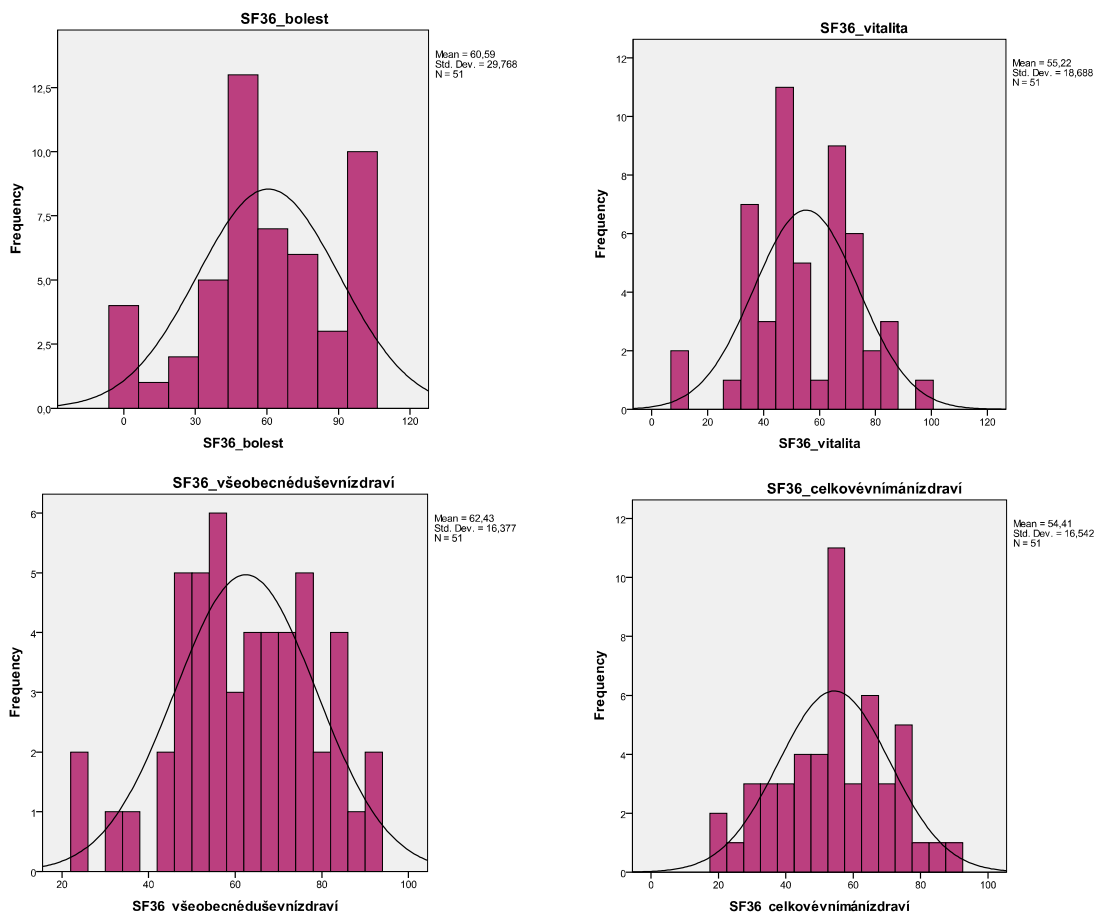
a. Multiple modes exist. The smallest value is shown

Tabulka 16 Hrubé skóřы a z-skóřы základních škál dotazníku SF-36

Tabulka číslo 16 udává základní střední hodnoty a míru variability základních škál (hrubého skóru i z-skóru) dotazníku SF-36. Hrubé skóry jsou v původní verzi dotazníku přepočítány tak, aby jejich rozpětí minima a maxima bylo 0-100 bodů, čímž suplují procentuální znázornění míry spokojenosti. Spokojenost v oblasti Fyzické funkce (PF) činí v průměru 60,78 (%), v oblasti Bolest (P) 60,59 (%) a v oblasti Všeobecného duševního zdraví (MH) 62,43 (%), přičemž tato čísla vypovídají o spokojenost lehce nad průměrem. Naopak podprůměrná je spokojenost v oblasti Fyzické omezení rolí (RP), kde se průměr dostal na 27,45 (%).

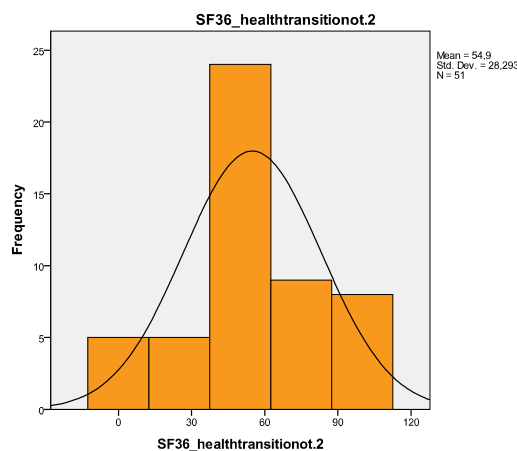
Zajímavé z hlediska tématu naší práce je také Fyzické nebo emoční omezení sociálních funkcí (SF), jehož průměr je 50 (%). Emoční omezení rolí (RE), Vitalita (EV) a Celkové vnímání vlastního zdraví (GHP) jsou vnímány osobami se ZPM v průměru na hranici 55 (%). Výzkumný vzorek hodnotí také své zdraví v průměru podobně jako před rokem (škála *Health Transition*).





Obr. 6 Histogramy rozdělení hrubých skóre výzkumného souboru (SF-36 - základní škály)

Obrázek číslo 6 udává grafické znázornění výsledků hrubých skóre výzkumného souboru v jednotlivých škálách dotazníku SF-36. Ve většině případů se jedná o normální rozložení, pouze v případě škály Fyzické omezení rolí (RP) jde o záporně zešikmené rozložení. Jen velmi lehce záporně zešikmené je rozložení skóre ve škále Fyzické nebo emoční omezení sociálních funkcí (SF).



Obr. 7 Histogram rozdělení hrubých skóre výzkumného souboru (SF-36 – health transition)

Obrázek číslo 7 udává rozložení skóre ze škály, ptající se na vnímání změny stavu svého zdraví vůči době před rokem. Rozložení se opět jeví jako normální.

Dotazník životní spokojenosti (DŽS) – hrubé skóre

	celkové	Zdraví	Práce a zam.	Finance a bydlení	Volný čas	Rodina a příbuzní	Partn. život	Vlastní osoba	Sex	Přátelé a známí
N Valid	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51
Missing	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mean	163,22	16,20	14,53	17,02	18,51	20,65	17,88	23,22	16,51	18,71
Median	160,00	17,00	14,00	17,00	19,00	20,00	18,00	23,00	16,00	20,00
Mode	145 ^a	14 ^a	13	15	20	20	21	21 ^a	15 ^a	20
Std. Deviation	21,760	3,606	4,383	3,619	3,062	2,513	3,943	4,687	4,052	3,738
Minimum	107	7	5	8	11	15	9	12	5	7
Maximum	214	24	22	24	25	25	25	35	25	25

Dotazník životní spokojenosti (DŽS) – z-skóre

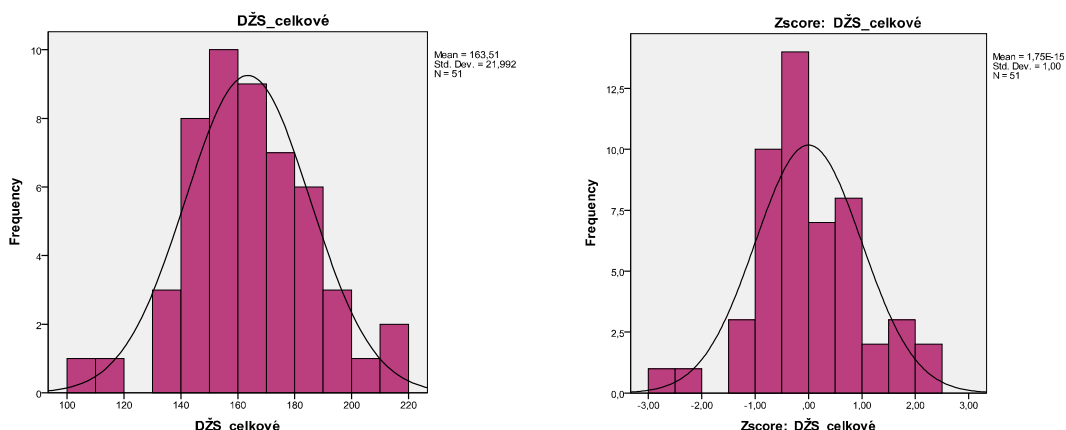
	celkové	Zdraví	Práce a zam.	Finance a bydlení	Volný čas	Rodina a příbuzní	Partn. život	Vlastní osoba	Sex	Přátelé a známí
N Valid	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51
Missing	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mean	,00000000	,00000000	,00000000	,00000000	,00000000	,00000000	,00000000	,00000000	,00000000	,00000000
Median	-,1477805	,2229610	,1207768	-,0054175	,1600982	-,2575300	,0298383	,0460132	,1258300	,3462168
Mode	-,83712 ^a	-,60906 ^a	-,34891	-,55800	,48670	-,25753	,79071	,47268 ^a	,37265 ^a	,34622
Std. Deviation	1,00000000	1,00000000	1,00000000	1,00000000	1,00000000	1,00000000	1,00000000	1,00000000	1,00000000	1,00000000
Minimum	-2,58346	2,55046	2,17398	-2,49206	2,45270	-2,24753	2,25279	2,39269	2,84085	-3,13169
Maximum	2,33385	2,16435	1,70429	1,92864	2,11970	1,73247	1,80521	2,51399	2,09555	1,68387

a. Multiple modes exist. The smallest value is shown

Tabulka 17 Hrubé skóre a z-skóre základních škál dotazníku DŽS

Tabulka číslo 17 udává základní střední hodnoty a míru variability základních škál a celkového skóre (hrubého i z-skóre) dotazníku DŽS. Všechny škály kromě škály Vlastní osoba mají v dotazníku rozpětí 5-25 bodů, jmenovaná škála pak 7-35 bodů. Střední hodnoty jsou vyrovnané a rozdělení se jeví jako normální (což můžeme v rámci celkového skóre DŽS vidět i na obrázku číslo 8 níže). Průměr vyšší spokojenosti se objevuje u škál Volný čas (průměrný hrubý skóre je 18,51), Rodina a příbuzní (průměr 20,65 je nejvyšší mezi všemi škálami), Partnerský život (17,88) a Přátelé a známí (18,71). Je evidentní, že životní spokojenost panuje spíše v sociální oblasti.

Nejnižší průměr má u výzkumného souboru škála Práce a zaměstnání (14,53 jsou lehce pod ideálním průměrem 15 bodů). Ostatní škály, Finance a bydlení a Sexuální život, jsou průměrně kolem ideálního průměru. Hodnocení sebe sama je u výzkumného vzorku lehce nad ideální průměrnou hodnotou (23,22 bodů).



Obr. 8 Histogramy rozložení hrubých skóru a z-skóru výzkumného souboru (DŽS – celkové QoL)

Histogramy obrázku číslo 8 byly již zmíněny výše, nyní se přesuneme k oblasti sociálního *self-efficacy* a *other-efficacy*, která je určována dotazníky SSE a SOE.

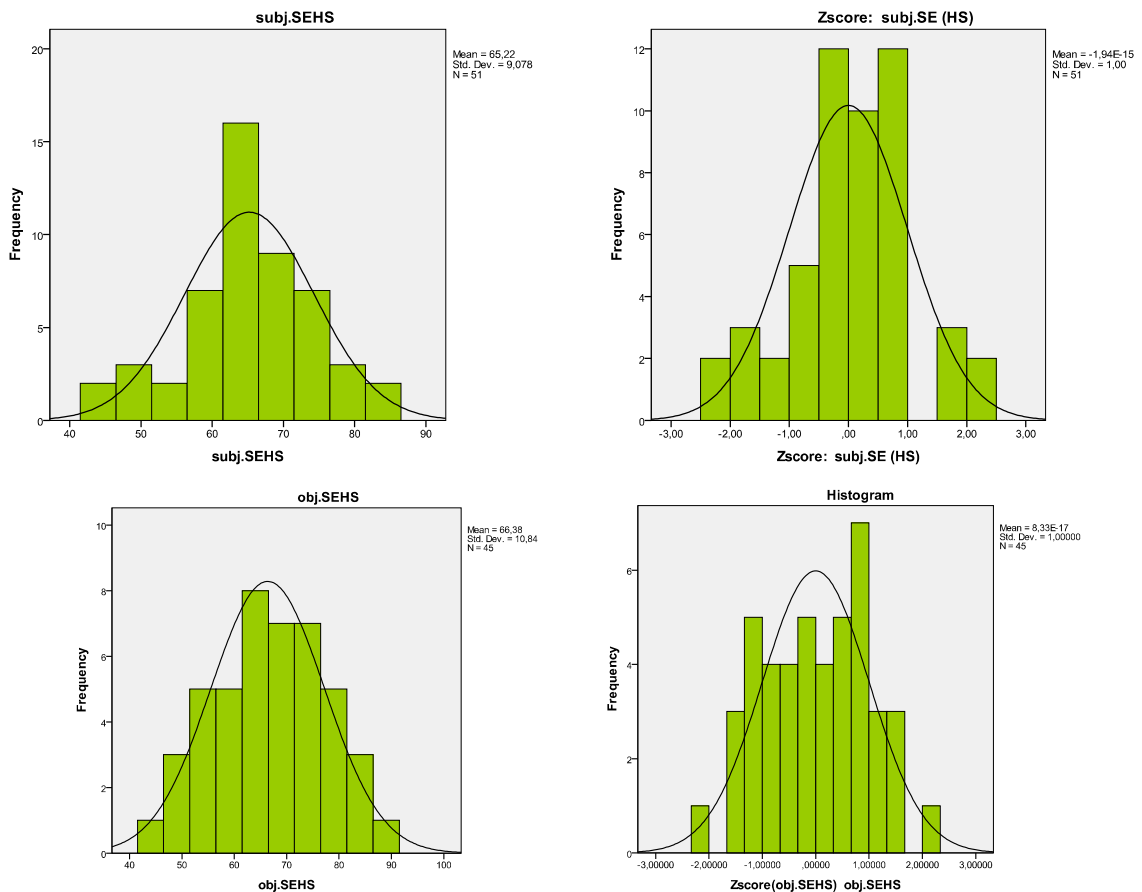
Dotazníky sociálního self-efficacy (SSE) a other-efficacy (SOE)

		SSE (HS)	SOE (HS)	SSE (z-skóry)	SOE (z-skóry)
N	Valid	51	45	51	51
	Missing	0	6	0	0
Mean		65,22	66,38	,0000	,0000
Median		66,00	67,00	,0864	,2694
Mode		66	49 ^a	,09	-2,45
Std. Deviation		9,078	10,840	1,00000	1,00000
Minimum		44	44	-2,34	-2,45
Maximum		85	90	2,18	1,32

a. Multiple modes exist. The smallest value is shown

Tabulka 18 Hrubé skóry a z-skóry dotazníků SSE a SOE

Tabulka číslo 18 udává střední hodnoty a míry variability skóru (hrubých i z-skóru) sociálního *self-efficacy* a *other-efficacy*, které vyplývají z dotazníků SSE a SOE. Rozdělení se jeví jako normální (viz histogramy obrázku číslo 9 níže), střední hodnoty leží ve stejné oblasti. Průměr sociálního *self-efficacy* i *other-efficacy* se nachází lehce pod ideálním průměrem 70 bodů (v testech je možné získat minimálně 20 a maximálně 90 bodů). Oba průměry jsou srovnatelné. Respondenti i jejich osoby blízké, v případě získaného poškození mozku, vypovídají tedy o schopnostech fungovat v sociálních vztazích v průměru obdobně.



Obr. 9 Histogramy rozložení hrubých skóreů a z-skóreů výzkumného souboru (SSE a SOE)

11.1 KVALITA ŽIVOTA, ŽIVOTNÍ SPOKOJENOST A SOCIÁLNÍ EFFICACY V ZÁVISLOSTI NA POHLAVÍ

Tato kapitola reflektuje celkovou kvalitu života, životní spokojenost i sociální *efficacy* z hlediska diferenciací na základě pohlaví respondentů se ZPM. Tabulka číslo 19 ukazuje, že muži mají vyšší průměrnou hodnotu celkové kvality života a životní spokojenosti, danou dotazníky SQUALA i DŽS, a vyšší průměrnou hodnotu vitality a celkového vnímání zdraví, danou dotazníkem SF-36, než ženy. Ženy mají zase vyšší průměrnou hodnotu a tedy i spokojenost v oblasti emočního omezení rolí a fyzického nebo emočního omezení sociálních funkcí (cítí se méně omezovány) než muži. Vyšší spokojenost než muži vykazují také v oblasti duševního zdraví. Vyrovnané jsou pak průměrné hodnoty obou skupin v oblasti bolesti – vypovídají o 60% spokojenosti z hlediska vnímání bolesti a jejího působení na aktivity běžného života.

Kromě hodnot, které se vztahují k fyzickému omezení rolí (průměrná hodnota spokojenosti je u obou skupin velmi nízká), se většina kategorií kvality života pohybuje okolo ideálního průměru, či lehce nad ním. Co se týče sociálního *efficacy* (SSE a SOE), ženy mají průměrně mírně vyšší hodnotu subjektivního vnímání vlastní účinnosti fungovat v sociálních

vztazích a vyšší hodnotu objektivního posouzení jejich schopnosti fungovat v sociálních vztazích než muži. U mužů je zase míra subjektivního a objektivního *efficacy* vyrovnanější než u žen. U žen se blíží více alespoň k ideálnímu průměru. Více viz tabulka 19 níže.

Kvalita života, životní spokojenost, sociální *efficacy* a pohlaví

Pohlaví		N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Muži	SQUALA (celková)	30	96	333	192,47	53,390
	DŽS (celkové)	30	107	214	165,33	22,652
	SF36 (fyzické funkce – PF)	30	5	100	68,33	29,663
	SF36 (fyzické omezení rolí – RP)	30	0	100	25,83	32,486
	SF36 (emoční omezení rolí – RE)	30	0	100	44,44	38,490
	SF36 (fyz./emoč. omezení soc .fcí – SF)	30	13	100	50,83	20,483
	SF36 (bolest – P)	30	0	100	60,33	28,743
	SF36 (vitalita – EV)	30	10	100	56,88	18,968
	SF36 (všeob.duševní zdraví – MH)	30	24	84	59,07	16,330
	SF36 (celkové vnímání zdraví – GHP)	30	20	90	56,33	16,501
	SF36 (health transition)	30	0	100	53,33	27,647
	Sociální self-efficacy	30	45	79	64,00	8,465
	Sociální other-efficacy	24	44	78	63,13	10,410
	Valid N (listwise)	24				
Ženy	SQUALA (celková)	21	98	276	199,38	46,528
	DŽS (celkové)	21	116	200	160,90	21,284
	SF36 (fyzické funkce – PF)	21	0	95	50,00	26,599
	SF36 (fyzické omezení rolí – RP)	21	0	100	29,76	36,759
	SF36 (emoční omezení rolí – RE)	21	0	100	68,25	35,709
	SF36 (fyz./emoč. omezení soc .fcí – SF)	21	13	100	54,17	20,666
	SF36 (bolest – P)	21	0	100	60,95	31,893
	SF36 (vitalita – EV)	21	10	85	52,86	18,478
	SF36 (všeob.duševní zdraví – MH)	21	36	92	67,24	15,575
	SF36 (celkové vnímání zdraví – GHP)	21	20	80	51,67	16,608
	SF36 (health transition)	21	0	100	57,14	29,731
	Sociální self-efficacy	21	44	85	66,95	9,836
	Sociální other-efficacy	21	53	90	70,10	10,329
	Valid N (listwise)	21				

Tabulka 19 Základní hodnoty dotazníků SQUALA, SF-36, DŽ, SSE a SOE – rozdělení dle pohlaví

11.2 KVALITA ŽIVOTA, ŽIVOTNÍ SPOKOJENOST A SOCIÁLNÍ EFFICACY V ZÁVISLOSTI NA VĚKU

Tato kapitola reflektuje celkovou kvalitu života, životní spokojenost i sociální *efficacy* z hlediska tří základních věkových skupin (22-35 let, 36-50 let a 51-65 let). U věkových skupin 22-35 let a 51-65 let je průměrná hodnota celkové kvality života a životní spokojenosti, daná dotazníky SQUALA a DŽS, vyšší než u věkové skupiny 36-50 let. Nejvyšší průměrnou spokojenost, co se týče fyzických funkcí, danou dotazníkem SF-36, vykazuje skupina ve věku 22-35 let. Toto může být dáno lepšími samo-úzdavnými mechanismy mladých lidí kompenzovat a napravovat fyzická omezení. Velmi nízká spokojenost se objevila u všech tří skupin v oblasti fyzického omezení rolí, přičemž nejstarší věková skupina má spokojenost v této oblasti nejnižší.

Sociální *self-efficacy* a sociální *other-efficacy* je srovnatelné u věkové skupiny 22-35 let a 36-50 let, přičemž je vyrovnané také subjektivní a objektivní posouzení. U věkové skupiny 51-65 let je průměrná hodnota sociálního *self-efficacy* i *other-efficacy* nejvyšší (a ve srovnání s ideálním průměrem je u *other-efficacy* lehce nadprůměrná). Subjektivní a objektivní posouzení je již méně vyvážené, a to ve prospěch objektivního posouzení (respondenti jsou hodnoceni pozitivněji blízkou osobou než sami sebou). Více viz tabulka 20 dále.

Kvalita života, životní spokojenost, sociální efficacy a věk

Věkové kategorie		N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
22-35 let	SQUALA (celková)	22	96	265	199,64	46,609
	DŽS (celkové)	22	107	211	165,91	22,941
	SF36 (fyzické funkce – PF)	22	5	100	70,91	28,521
	SF36 (fyzické omezení rolí – RP)	22	0	100	32,95	40,375
	SF36 (emoční omezení rolí – RE)	22	0	100	50,00	40,825
	SF36 (fyz./emoč. omezení soc .fcí – SF)	22	13	100	55,11	21,360
	SF36 (bolest – P)	22	0	100	61,93	27,156
	SF36 (vitalita – EV)	22	10	85	56,19	18,202
	SF36 (všeob.duševní zdraví – MH)	22	24	88	62,00	16,178
	SF36 (celkové vnímání zdraví – GHP)	22	30	90	58,18	15,318
	SF36 (health transition)	22	0	100	56,82	25,799
	Sociální self-efficacy	22	50	79	64,50	7,738
	Sociální other-efficacy	18	49	83	65,56	10,864
	Valid N (listwise)	22				
36-50 let	SQUALA (celková)	18	98	276	189,22	47,841
	DŽS (celkové)	18	116	197	153,94	18,060
	SF36 (fyzické funkce – PF)	18	0	95	50,00	27,493
	SF36 (fyzické omezení rolí – RP)	18	0	100	26,39	33,729
	SF36 (emoční omezení rolí – RE)	18	0	100	68,52	36,999
	SF36 (fyz./emoč. omezení soc .fcí – SF)	18	13	75	48,61	18,134
	SF36 (bolest – P)	18	0	100	59,44	29,425
	SF36 (vitalita – EV)	18	10	100	52,50	22,573
	SF36 (všeob.duševní zdraví – MH)	18	24	92	61,56	17,577
	SF36 (celkové vnímání zdraví – GHP)	18	20	75	50,28	17,613
	SF36 (health transition)	18	0	100	51,39	31,474
	Sociální self-efficacy	18	44	74	63,78	9,428
	Sociální other-efficacy	18	44	79	63,11	9,881
	Valid N (listwise)	18				
51-65 let	SQUALA (celková)	11	96	333	196,64	63,971
	DŽS (celkové)	11	151	214	174,36	21,252
	SF36 (fyzické funkce – PF)	11	10	95	58,18	30,763
	SF36 (fyzické omezení rolí – RP)	11	0	50	18,18	16,167
	SF36 (emoční omezení rolí – RE)	11	0	67	39,39	32,722
	SF36 (fyz./emoč. omezení soc .fcí – SF)	11	25	100	52,27	22,925
	SF36 (bolest – P)	11	0	100	59,77	37,458
	SF36 (vitalita – EV)	11	40	75	57,73	12,721
	SF36 (všeob.duševní zdraví – MH)	11	32	84	64,73	16,082
	SF36 (celkové vnímání zdraví – GHP)	11	30	80	53,64	16,895
	SF36 (health transition)	11	0	100	56,82	29,772
	Sociální self-efficacy	11	50	85	69,00	10,705
	Sociální other-efficacy	9	57	90	74,56	9,342
	Valid N (listwise)	9				

Tabulka 20 Základní hodnoty dotazníků SQUALA, SF-36, DŽ, SSE a SOE – rozdělení dle věku

11.3 KVALITA ŽIVOTA, ŽIVOTNÍ SPOKOJENOST A SOCIÁLNÍ EFFICACY V ZÁVISLOSTI NA ZAMĚŠTNANOSTI

Tato kapitola reflektuje celkovou kvalitu života, životní spokojenost i sociální *efficacy* z hlediska toho, zda pracují alespoň na částečný pracovní úvazek či nikoli. Celková kvalita života, daná dotazníkem SQUALA, celková životní spokojenost, daná dotazníkem DŽS, a spokojenost v oblasti fyzického fungování, daná dílčími škálami dotazníku SF-36, je průměrně vyšší u osob, které pracují. U skupiny nepracujících se objevuje velmi nízká průměrná hodnota fyzického omezení rolí, můžeme předpokládat, že je silně spjata právě s nemožností pracovat. Vnímání posunu vnímání kvality zdraví je vyšší naopak u nepracujících, může souviset s úsilím svůj zdravotní stav zlepšit.

Sociální *self-efficacy* je u obou skupin srovnatelné a lehce podprůměrné. Sociální *other-efficacy* je v průměrných hodnotách vyšší u skupiny pracujících osob se ZPM a blíží se k ideálnímu průměru. Více viz tabulka 21 níže.

Kvalita života, životní spokojenost, sociální efficacy a zaměstnání

Zaměstnání		N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Ano	SQUALA (celková)	13	96	333	200,77	64,190
	DŽS (celkové)	13	145	214	169,08	21,180
	SF36 (fyzické funkce – PF)	13	5	100	68,85	28,806
	SF36 (fyzické omezení rolí – RP)	13	0	100	40,38	41,506
	SF36 (emoční omezení rolí – RE)	13	0	100	61,54	40,474
	SF36 (fyz./emoč. omezení soc .fcí – SF)	13	13	100	58,65	21,881
	SF36 (bolest – P)	13	0	100	64,42	32,083
	SF36 (vitalita – EV)	13	35	85	63,94	15,274
	SF36 (všeob.duševní zdraví – MH)	13	32	92	63,69	17,394
	SF36 (celkové vnímání zdraví – GHP)	13	20	70	54,62	14,925
	SF36 (health transition)	13	0	100	46,15	30,356
	Sociální self-efficacy	13	50	79	65,92	7,182
	Sociální other-efficacy	9	52	83	68,00	10,665
	Valid N (listwise)	9				
Ne	SQUALA (celková)	38	96	276	193,45	45,496
	DŽS (celkové)	38	107	211	161,61	22,215
	SF36 (fyzické funkce – PF)	38	0	95	58,03	29,741
	SF36 (fyzické omezení rolí – RP)	38	0	100	23,03	30,415
	SF36 (emoční omezení rolí – RE)	38	0	100	51,75	38,514
	SF36 (fyz./emoč. omezení soc .fcí – SF)	38	13	100	50,00	19,711
	SF36 (bolest – P)	38	0	100	59,28	29,270
	SF36 (vitalita – EV)	38	10	100	52,24	18,984
	SF36 (všeob.duševní zdraví – MH)	38	24	92	62,00	16,235
	SF36 (celkové vnímání zdraví – GHP)	38	20	90	54,34	17,249
	SF36 (health transition)	38	0	100	57,89	27,328
	Sociální self-efficacy	38	44	85	64,97	9,716
	Sociální other-efficacy	36	44	90	65,97	10,995
	Valid N (listwise)	36				

Tabulka 21 Základní hodnoty dotazníků SQUALA, SF-36, DŽ, SSE a SOE – rozdělení dle zaměstnání

11.4 KVALITA ŽIVOTA, ŽIVOTNÍ SPOKOJENOST A SOCIÁLNÍ EFFICACY V ZÁVISLOSTI NA EXISTENCI PARTNERA

Tato kapitola reflektuje celkovou kvalitu života, životní spokojenost i sociální *efficacy* z hlediska toho, zda osoba se ZPM má partnera či nikoli. Celková kvalita života, daná dotazníkem SQUALA, je vyšší u osob, které nemají partnera, avšak průměrná hodnota životní spokojenosti, daná dotazníkem DŽS, je vyšší u osob s partnerem. Tato diskrepance může být daná tím, že dotazník SQUALA obsahuje více položek nesociálního charakteru, které sice vypovídají o kvalitě života, leč méně o sociálních vztazích jako takových (dotazník DŽS je zaměřen více směrem sociálních vztahů). Velmi nízké je v průměru u obou skupin fyzické omezení rolí, u skupiny respondentů, kteří partnera mají, je spokojenost nižší než u těch, které jej nemají. Může to být dáno faktem, že s partnerem se nabízí srovnání toho, co všechno člověk může zvládnout a čemu všemu fyzické postižení brání.

Sociální *self-efficacy* je u obou skupin srovnatelné a lehce pod ideálním průměrem. Sociální *other-efficacy* a jeho průměrná hodnota, blíží se k ideálnímu průměru, je vyšší u osob, které partnera mají (u nich je hodnota podprůměrná). To může nasvědčovat přání partnerů, aby se zmírnily sociální následky získaného poškození mozku, či jejich vnímání pokroku osoby se ZPM, nebo může být příčina zakopaná v tom, že se osoby se ZPM podceňují ve vlastním *self-efficacy*, protože mají zpětnou vazbu od svých partnerů, s nimiž žijí, přesnějši než osoby, které partnera nemají. Více viz tabulka 22 dále.

Kvalita života, životní spokojenost, sociální efficacy a partnerství

Existence partnera		N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Ano	SQUALA (celková)	28	96	333	189,54	52,749
	DŽS (celkové)	28	116	214	167,36	23,508
	SF36 (fyzické funkce – PF)	28	5	95	59,11	29,029
	SF36 (fyzické omezení rolí – RP)	28	0	100	24,11	28,449
	SF36 (emoční omezení rolí – RE)	28	0	100	48,81	37,932
	SF36 (fyz./emoč. omezení soc .fcí – SF)	28	13	100	50,00	20,972
	SF36 (bolest – P)	28	0	100	58,48	29,739
	SF36 (vitalita – EV)	28	10	85	52,68	17,346
	SF36 (všeob.duševní zdraví – MH)	28	24	92	61,71	17,365
	SF36 (celkové vnímání zdraví – GHP)	28	25	90	53,39	14,660
	SF36 (health transition)	28	0	100	56,25	29,364
	Sociální self-efficacy	28	44	85	65,54	9,913
	Sociální other-efficacy	26	49	90	68,73	9,598
	Valid N (listwise)	26				
Ne	SQUALA (celková)	23	96	265	202,35	47,363
	DŽS (celkové)	23	107	188	158,83	19,474
	SF36 (fyzické funkce – PF)	23	0	100	62,83	30,816
	SF36 (fyzické omezení rolí – RP)	23	0	100	31,52	40,041
	SF36 (emoční omezení rolí – RE)	23	0	100	60,87	39,762
	SF36 (fyz./emoč. omezení soc .fcí – SF)	23	13	100	54,89	19,850
	SF36 (bolest – P)	23	0	100	63,15	30,266
	SF36 (vitalita – EV)	23	10	100	58,32	20,154
	SF36 (všeob.duševní zdraví – MH)	23	24	92	63,30	15,429
	SF36 (celkové vnímání zdraví – GHP)	23	20	85	55,65	18,848
	SF36 (health transition)	23	0	100	53,26	27,494
	Sociální self-efficacy	23	49	79	64,83	8,150
	Sociální other-efficacy	19	44	83	63,16	11,847
	Valid N (listwise)	19				

Tabulka 22 Základní hodnoty dotazníků SQUALA, SF-36, DŽ, SSE a SOE – rozdělení dle existence partnera

11.5 KVALITA ŽIVOTA, ŽIVOTNÍ SPOKOJENOST A SOCIÁLNÍ EFFICACY V ZÁVISLOSTI NA EXISTENCI DĚTÍ

Tato kapitola reflektuje celkovou kvalitu života, životní spokojenost i sociální *efficacy* z hlediska toho, zda má respondent se ZPM děti, či nikoli. Průměrná hodnota celkové kvality života, daná dotazníkem SQUALA, i celkové životní spokojenosti, daná dotazníkem DŽS, je vyšší u osob, které děti nemají. Lépe jsou na tom tito respondenti i v oblasti vnímání fyzických funkcí v dotazníku SF-36. Tento fakt může být dán tím, že péče o děti s sebou nese zvýšené nároky, které se potencují s nároky získaného poškození mozku. Velmi nízká a srovnatelná je u obou skupin spokojenost v oblasti fyzického omezení rolí. U skupiny respondentů, kteří mají děti, je vyšší spokojenost v oblasti emočního omezení rolí a rovněž sociální *self-efficacy* i *other-efficacy*. Péče o děti s sebou pravděpodobně nese vyšší nároky na oblast emočního a sociálního fungování, jenž tyto osoby posilují více než ty bezdětné. Více tabulka 23 níže.

Kvalita života, životní spokojenost, sociální efficacy a děti

Děti	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Ne					
SQUALA (celková)	27	96	265	203,89	39,128
DŽS (celkové)	27	107	211	164,81	22,643
SF36 (fyzické funkce – PF)	27	10	100	69,26	26,410
SF36 (fyzické omezení rolí – RP)	27	0	100	29,63	36,714
SF36 (emoční omezení rolí – RE)	27	0	100	50,62	39,625
SF36 (fyz./emoč. omezení soc .fcí – SF)	27	13	100	53,24	20,094
SF36 (bolest – P)	27	0	100	59,17	27,657
SF36 (vitalita – EV)	27	10	100	57,27	21,817
SF36 (všeob.duševní zdraví – MH)	27	24	88	62,37	16,277
SF36 (celkové vnímání zdraví – GHP)	27	20	90	57,59	16,605
SF36 (health transition)	27	0	100	55,56	28,022
Sociální self-efficacy	27	45	79	64,07	8,218
Sociální other-efficacy	23	44	83	63,00	11,131
Valid N (listwise)	23				
Ano					
SQUALA (celková)	23	96	333	185,26	61,213
DŽS (celkové)	23	116	214	161,13	21,634
SF36 (fyzické funkce – PF)	23	0	95	49,35	29,822
SF36 (fyzické omezení rolí – RP)	23	0	100	26,09	31,513
SF36 (emoční omezení rolí – RE)	23	0	100	57,97	39,206
SF36 (fyz./emoč. omezení soc .fcí – SF)	23	13	100	50,00	20,984
SF36 (bolest – P)	23	0	100	62,39	33,222
SF36 (vitalita – EV)	23	30	75	52,39	14,606
SF36 (všeob.duševní zdraví – MH)	23	32	92	61,74	16,791
SF36 (celkové vnímání zdraví – GHP)	23	20	80	50,22	16,130
SF36 (health transition)	23	0	100	53,26	29,488
Sociální self-efficacy	23	44	85	66,35	10,174
Sociální other-efficacy	22	53	90	69,91	9,531
Valid N (listwise)	22				

Tabulka 23 Základní hodnoty dotazníků SQUALA, SF-36, DŽ, SSE a SOE – rozdělení dle existence dětí

11.6 KVALITA ŽIVOTA, ŽIVOTNÍ SPOKOJENOST A SOCIÁLNÍ EFFICACY V ZÁVISLOSTI NA TYPU ZÍSKANÉHO POŠKOZENÍ MOZKU (ZPM)

Tato kapitola reflektuje celkovou kvalitu života, životní spokojenost i sociální *efficacy* z hlediska typu poškození mozku, přičemž se nabízejí tři různé kategorie (cévní poškození mozku – CMP, traumatické či úrazové poškození mozku – TBI a poškození mozku na základě chirurgického zásahu – BS). Nejvyšší míru celkové kvality života a životní spokojenosti, danou dotazníky SQUALA a DŽS, udávají osoby po chirurgických zákrocích, bez traumatického úrazového či cévního poškození mozku. Vyšší míru kvality života a životní spokojenosti vykazuje skupina osob s traumatickým poraněním mozku, oproti skupině s cévním poškozením mozku. Zde můžeme zvažovat úroveň náhledu na vlastní postižení a deficity u obou skupin. Podobně jako s celkovou kvalitou života a životní spokojeností je to i se spokojeností v oblasti fyzických funkcí.

Opět je velmi nízká spokojenost v oblasti fyzického omezení rolí (dotazník SF-36), a to u všech tří skupin. U osob po chirurgických zákrocích je navíc snižená spokojenost také v oblasti fyzického či emočního omezení sociálních funkcí a omezení na základě bolesti. Odůvodněním této informace může být to, že osoby po jednorázové operaci se nepotýkají s tak závažnými, multispektrálními a především dlouhodobými následky, které s sebou nesou především traumatická a cévní poškození. Ze stejného důvodu může být vysvětlitelné i vyšší sociální *self-efficacy* u této skupiny. Respondenti s TBI a po CMP mají sociální *self-efficacy* srovnatelné a mírně pod ideálním průměrem. Sociální *other-efficacy* je více méně vyrovnané a lehce podprůměrné u všech skupin. Více viz tabulka 24 dále.

Kvalita života, životní spokojenost, sociální efficacy a typ ZPM

Typ ZPM		N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
BS	SQUALA (celková)	5	181	276	240,20	35,273
	DŽS (celkové)	5	163	182	172,00	8,456
	SF36 (fyzické funkce – PF)	5	40	95	79,00	22,472
	SF36 (fyzické omezení rolí – RP)	5	0	75	35,00	33,541
	SF36 (emoční omezení rolí – RE)	5	0	67	46,67	29,814
	SF36 (fyz./emoč. omezení soc .fcí – SF)	5	25	50	40,00	10,458
	SF36 (bolest – P)	5	23	53	38,00	11,511
	SF36 (vitalita – EV)	5	35	70	53,00	12,550
	SF36 (všeob.duševní zdraví – MH)	5	48	92	73,60	20,120
	SF36 (celkové vnímání zdraví – GHP)	5	40	70	52,00	11,511
	SF36 (health transition)	5	50	100	60,00	22,361
	Sociální self-efficacy	5	65	79	71,20	5,805
	Sociální other-efficacy	5	49	82	63,80	12,235
	Valid N (listwise)	5				
CMP	SQUALA (celková)	26	98	333	185,27	50,744
	DŽS (celkové)	26	116	214	161,58	22,888
	SF36 (fyzické funkce – PF)	26	0	95	48,65	29,379
	SF36 (fyzické omezení rolí – RP)	26	0	100	26,92	30,760
	SF36 (emoční omezení rolí – RE)	26	0	100	57,69	37,187
	SF36 (fyz./emoč. omezení soc .fcí – SF)	26	13	88	47,12	19,140
	SF36 (bolest – P)	26	0	100	62,31	28,861
	SF36 (vitalita – EV)	26	30	100	54,62	18,271
	SF36 (všeob.duševní zdraví – MH)	26	24	84	57,23	14,523
	SF36 (celkové vnímání zdraví – GHP)	26	20	90	53,65	17,410
	SF36 (health transition)	26	0	100	53,85	33,684
	Sociální self-efficacy	26	44	84	64,50	9,390
	Sociální other-efficacy	25	44	90	67,92	11,332
	Valid N (listwise)	25				
TBI	SQUALA (celková)	20	96	265	197,15	48,361
	DŽS (celkové)	20	107	200	163,90	23,328
	SF36 (fyzické funkce – PF)	20	10	100	72,00	25,361
	SF36 (fyzické omezení rolí – RP)	20	0	100	26,25	39,299
	SF36 (emoční omezení rolí – RE)	20	0	100	51,67	43,896
	SF36 (fyz./emoč. omezení soc .fcí – SF)	20	25	100	61,88	20,469
	SF36 (bolest – P)	20	0	100	64,00	32,519
	SF36 (vitalita – EV)	20	10	85	56,56	21,045
	SF36 (všeob.duševní zdraví – MH)	20	24	92	66,40	16,021
	SF36 (celkové vnímání zdraví – GHP)	20	20	85	56,00	16,983
	SF36 (health transition)	20	0	100	55,00	22,361
	Sociální self-efficacy	20	50	85	64,65	9,126
	Sociální other-efficacy	15	52	83	64,67	9,832
	Valid N (listwise)	15				

Tabulka 24 Základní hodnoty dotazníků SQUALA, SF-36, DŽ, SSE a SOE – rozdělení dle typu ZPM

11.7 KVALITA ŽIVOTA, ŽIVOTNÍ SPOKOJENOST A SOCIÁLNÍ EFFICACY V ZÁVISLOSTI NA DÉLCE OD ZÍSKANÉHO POŠKOZENÍ MOZKU (ZPM)

Tato kapitola reflektuje celkovou kvalitu života, životní spokojenost i sociální *efficacy* z hlediska délky doby, která uplynula od okamžiku získaného poškození mozku, přičemž rozlišujeme opět tři kategorie (6-24 měsíců, 25-60 měsíců a 61-120 měsíců). Průměrná hodnota celkové kvality života (SQUALA) je nejvyšší u osob, jež žijí s následky ZPM 5-10 let. Celková životní spokojenost (DŽS) je naopak vyšší v průměru u osob, které žijí s následky ZPM od 6 měsíců do 5 let. Vysvětlením může být opět to, že kvalita života zahrnuje mnoho různorodých oblastí a vypovídá spíše o celkové adaptaci, kdežto Dotazník životní spokojenosti reflektuje jednotlivé oblasti života značně z hlediska sociálních vztahů, které jsou v brzkých a střednědobých fázích od ZPM většinou podpůrné (sociální opora funguje).

Podprůměrné a srovnatelné u všech skupin je vnímání fyzického omezení rolí, respektive spokojenosti s ním. Co se týče dotazníku SF-36, některé jeho škály (bolest, vitalita, všeobecné duševní zdraví a fyzické či emoční omezení sociálních funkcí) jsou v průměrných hodnotách spokojenosti vyšší u skupiny osob, které žijí s následky ZPM 2-5 let. Sociální *self-efficacy* i *other-efficacy* je u všech skupin více méně srovnatelné a v průměrných hodnotách lehce pod ideálním průměrem. Více viz tabulka 25 dále.

Kvalita života, životní spokojenost, sociální *efficacy* a délka od ZPM

Délka od ZPM		N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
6-24 měsíců	SQUALA (celková)	16	104	254	185,94	38,027
	DŽS (celkové)	16	145	211	167,25	19,801
	SF36 (fyzické funkce – PF)	16	5	100	57,81	29,096
	SF36 (fyzické omezení rolí – RP)	16	0	100	26,56	38,154
	SF36 (emoční omezení rolí – RE)	16	0	100	60,42	45,896
	SF36 (fyz./emoč. omezení soc .fcí – SF)	16	13	100	49,22	22,578
	SF36 (bolest – P)	16	0	100	52,81	33,051
	SF36 (vitalita – EV)	16	10	85	54,69	18,391
	SF36 (všeob.duševní zdraví – MH)	16	24	92	56,50	18,235
	SF36 (celkové vnímání zdraví – GHP)	16	20	90	55,00	18,708
	SF36 (health transition)	16	0	100	43,75	35,940
	Sociální self-efficacy	16	50	74	65,69	6,945
	Sociální other-efficacy	15	44	78	65,07	9,699
	Valid N (listwise)	15				
25-60 měsíců	SQUALA (celková)	15	96	333	194,33	68,370
	DŽS (celkové)	15	107	214	166,27	27,109
	SF36 (fyzické funkce – PF)	15	0	95	62,33	30,640
	SF36 (fyzické omezení rolí – RP)	15	0	100	28,33	32,550
	SF36 (emoční omezení rolí – RE)	15	0	100	46,67	39,441
	SF36 (fyz./emoč. omezení soc .fcí – SF)	15	25	100	58,33	20,412
	SF36 (bolest – P)	15	23	100	72,00	24,187
	SF36 (vitalita – EV)	15	35	85	53,00	15,095
	SF36 (všeob.duševní zdraví – MH)	15	32	84	65,60	15,103
	SF36 (celkové vnímání zdraví – GHP)	15	30	75	56,00	14,784
	SF36 (health transition)	15	50	100	68,33	22,093
	Sociální self-efficacy	15	45	85	66,20	12,565
	Sociální other-efficacy	12	49	90	66,08	13,324
	Valid N (listwise)	12				
61-120 měsíců	SQUALA (celková)	20	96	276	203,55	43,913
	DŽS (celkové)	20	116	188	158,45	19,416
	SF36 (fyzické funkce – PF)	20	10	95	62,00	30,582
	SF36 (fyzické omezení rolí – RP)	20	0	100	27,50	33,344
	SF36 (emoční omezení rolí – RE)	20	0	100	55,00	32,936
	SF36 (fyz./emoč. omezení soc .fcí – SF)	20	13	88	50,00	18,585
	SF36 (bolest – P)	20	0	100	58,25	29,648
	SF36 (vitalita – EV)	20	10	100	57,31	21,803
	SF36 (všeob.duševní zdraví – MH)	20	36	92	64,80	15,223
	SF36 (celkové vnímání zdraví – GHP)	20	25	85	52,75	16,660
	SF36 (health transition)	20	0	100	53,75	21,877
	Sociální self-efficacy	20	44	79	64,10	7,759
	Sociální other-efficacy	18	49	83	67,67	10,415
	Valid N (listwise)	18				

Tabulka 25 Základní hodnoty dotazníků SQUALA, SF-36, DŽ, SSE a SOE – rozdělení dle délky od ZPM

11.8 KVALITA ŽIVOTA, ŽIVOTNÍ SPOKOJENOST A SOCIÁLNÍ EFFICACY V ZÁVISLOSTI NA VÝSKYTU AFÁZIE

Tato kapitola reflektuje celkovou kvalitu života, životní spokojenost i sociální *efficacy* z hlediska toho, zda jsou respondenti afatici (pouze lehčí a střední závažnosti), či nikoli. Vyšší průměr ve vnímání celkové kvality života (SQUALA) a životní spokojenosti (DŽS) nalezneme u skupiny osob s lehčí a střední formou afázie. Spokojenost s fyzickými funkcemi (SF-36) je naopak vyšší u osob bez afázie. Srovnatelné u obou skupin a velmi nízké je subjektivní posouzení spokojenost v oblasti fyzického omezení rolí. Srovnatelné u obou skupin a lehce pod ideálním průměrem je subjektivní posouzení schopnosti fungovat v sociálních vztazích. Výsledky jsou srovnatelné pravděpodobně proto, že jsou do výzkumu zahrnuti respondenti pouze s lehčími a středními formami expresivní afázie. Skupina respondentů bez afázie má vyšší průměr v objektivním posouzení sociálního *efficacy*, zdůvodnění je nasnadě. Více viz tabulka 26 níže.

Kvalita života, životní spokojenost, sociální *efficacy* a afázie

Afázie	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Ne					
SQUALA (celková)	40	96	265	186,37	48,530
DŽS (celkové)	40	107	211	161,75	21,868
SF36 (fyzické funkce – PF)	40	0	100	62,63	30,149
SF36 (fyzické omezení rolí – RP)	40	0	100	27,50	35,265
SF36 (emoční omezení rolí – RE)	40	0	100	54,17	39,719
SF36 (fyz./emoč. omezení soc .fcí – SF)	40	13	100	53,75	21,595
SF36 (bolest – P)	40	0	100	61,94	30,600
SF36 (vitalita – EV)	40	10	85	52,91	18,302
SF36 (všeob.duševní zdraví – MH)	40	24	92	61,80	16,824
SF36 (celkové vnímání zdraví – GHP)	40	20	90	54,63	17,335
SF36 (health transition)	40	0	100	54,37	28,243
Sociální self- <i>efficacy</i>	40	44	85	65,30	9,324
Sociální other- <i>efficacy</i>	36	44	90	67,53	11,072
Valid N (listwise)	36				
Ano					
SQUALA (celková)	11	181	333	227,82	44,589
DŽS (celkové)	11	142	214	169,91	22,269
SF36 (fyzické funkce – PF)	11	25	95	54,09	27,822
SF36 (fyzické omezení rolí – RP)	11	0	100	27,27	30,526
SF36 (emoční omezení rolí – RE)	11	0	100	54,55	37,335
SF36 (fyz./emoč. omezení soc .fcí – SF)	11	13	75	46,59	14,886
SF36 (bolest – P)	11	0	100	55,68	27,297
SF36 (vitalita – EV)	11	35	100	63,64	18,451
SF36 (všeob.duševní zdraví – MH)	11	32	92	64,73	15,160
SF36 (celkové vnímání zdraví – GHP)	11	35	75	53,64	13,981
SF36 (health transition)	11	0	100	56,82	29,772
Sociální self- <i>efficacy</i>	11	45	79	64,91	8,538
Sociální other- <i>efficacy</i>	9	49	72	61,78	8,955
Valid N (listwise)	9				

Tabulka 26 Základní hodnoty dotazníků SQUALA, SF-36, DŽ, SSE a SOE – rozdělení dle výskytu afázie

11.9 KVALITA ŽIVOTA, ŽIVOTNÍ SPOKOJENOST A SOCIÁLNÍ EFFICACY V ZÁVISLOSTI NA VÝSKYTU POSTTRAUMATICKÉ AMNÉZIE (PTA)

Tato kapitola reflektuje celkovou kvalitu života, životní spokojenost i sociální *efficacy* z hlediska výskytu posttraumatické amnézie. Porovnáváme čtyři skupiny (PTA do 1 týdne, PTA v rozmezí 1-2 týdnů, PTA v rozmezí 2-4 týdnů a bez PTA). Sedm respondentů neudalo přesnou délku PTA (přičemž netrvala déle než 4 týdny), tito nejsou zahrnuti do statistiky. S prodlužující se dobou PTA evidentně klesá průměrná hodnota celkové kvality života (SQUALA) i životní spokojenosti (DŽS). Fyzické omezení rolí má opět velmi nízký průměr napříč všemi skupinami. U obou skupin respondentů, kteří měli PTA déle než 1 týden (ale kratší než 4 týdny) je vyšší průměr spokojenosti v oblasti emočního omezení rolí a fyzického či emočního omezení sociálních funkcí. Pokud by platila zjištění, že s delší dobou PTA roste i pravděpodobnost stagnace nápravy deficitů, mohl by být příčinou této vyšší spokojenosti snížený náhled osob se ZPM.

Srovnatelné u skupin osob bez PTA a osob s PTA do 2 týdnů je sociální *self-efficacy*, které je lehce pod ideálním průměrem. Nejvyšší průměrná hodnota sociálního *self-efficacy* se objevuje u osob s PTA v rozmezí 2-4 týdnů, nejvyšší průměrná hodnota sociálního *other-efficacy*, blíží se ideálnímu průměru, pak u skupiny osob s PTA do 1 týdne nebo od 2 do 4 týdnů. Extrémně nízké sociální *other-efficacy* je u osob s PTA v rozmezí 1-2 týdnů. Přítomnost PTA, zdá se, dokonale nevysvětluje rozsah následků a jejich kompenzací, protože skupina osob bez PTA nevyšla jako skupina s nejlepší kvalitou života a nejvyšší spokojeností v něm. V tomto oddílu je třeba brát v potaz nerovnoměrné zastoupení jednotlivých respondentů ve skupinách. Skupina „PTA 1-2 týdny“ zahrnuje pouze dva respondenty a skupina „PTA 2-4 týdny“ respondentů pouze pět, tento fakt mohl zajisté ovlivnit a zkreslit uvedené výsledky. Více viz tabulka 27 dále.

Kvalita života, životní spokojenost, sociální efficacy a PTA

Délka PTA		N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Bez PTA	SQUALA (celková)	26	96	276	193,31	47,107
	DŽS (celkové)	26	116	197	161,08	18,150
	SF36 (fyzické funkce – PF)	26	5	95	58,08	30,597
	SF36 (fyzické omezení rolí – RP)	26	0	100	24,04	29,564
	SF36 (emoční omezení rolí – RE)	26	0	100	50,00	35,590
	SF36 (fyz./emoč. omezení soc .fcí – SF)	26	13	88	44,23	17,404
	SF36 (bolest – P)	26	0	100	60,10	26,129
	SF36 (vitalita – EV)	26	30	100	55,58	18,832
	SF36 (všeob.duševní zdraví – MH)	26	24	92	58,77	15,789
	SF36 (celkové vnímání zdraví – GHP)	26	20	80	52,50	16,628
	SF36 (health transition)	26	0	100	52,88	30,271
	Sociální self-efficacy	26	44	84	64,65	8,428
	Sociální other-efficacy	23	44	83	65,83	11,268
	Valid N (listwise)	23				
	PTA do 1 týdne	SQUALA (celková)	11	145	333	219,00
DŽS (celkové)		11	146	214	178,82	23,744
SF36 (fyzické funkce – PF)		11	25	95	65,00	27,477
SF36 (fyzické omezení rolí – RP)		11	0	100	34,09	37,538
SF36 (emoční omezení rolí – RE)		11	0	100	54,55	40,202
SF36 (fyz./emoč. omezení soc .fcí – SF)		11	25	88	55,68	19,656
SF36 (bolest – P)		11	0	100	53,41	34,265
SF36 (vitalita – EV)		11	10	85	53,64	25,208
SF36 (všeob.duševní zdraví – MH)		11	32	84	65,82	15,734
SF36 (celkové vnímání zdraví – GHP)		11	30	90	59,09	17,294
SF36 (health transition)		11	25	100	65,91	30,151
Sociální self-efficacy		11	53	79	66,36	8,406
Sociální other-efficacy		10	53	90	70,20	12,282
Valid N (listwise)		10				
PTA v rozmezí 1-2 týdnů		SQUALA (celková)	2	175	254	214,50
	DŽS (celkové)	2	158	188	173,00	21,213
	SF36 (fyzické funkce – PF)	2	10	100	55,00	63,640
	SF36 (fyzické omezení rolí – RP)	2	0	100	50,00	70,711
	SF36 (emoční omezení rolí – RE)	2	33	100	66,67	47,140
	SF36 (fyz./emoč. omezení soc .fcí – SF)	2	63	100	81,25	26,517
	SF36 (bolest – P)	2	50	100	75,00	35,355
	SF36 (vitalita – EV)	2	55	80	67,50	17,678
	SF36 (všeob.duševní zdraví – MH)	2	48	84	66,00	25,456
	SF36 (celkové vnímání zdraví – GHP)	2	70	85	77,50	10,607
	SF36 (health transition)	2	50	100	75,00	35,355
	Sociální self-efficacy	2	50	79	64,50	20,506
	Sociální other-efficacy	2	0	74	37,00	52,326
	Valid N (listwise)	2				
	PTA v rozmezí 2-4 týdnů	SQUALA (celková)	5	118	254	183,40
DŽS (celkové)		5	145	197	163,20	19,804
SF36 (fyzické funkce – PF)		5	25	85	61,00	22,749
SF36 (fyzické omezení rolí – RP)		5	0	25	15,00	13,693
SF36 (emoční omezení rolí – RE)		5	0	100	73,33	43,461
SF36 (fyz./emoč. omezení soc .fcí – SF)		5	50	100	70,00	20,917
SF36 (bolest – P)		5	10	100	56,50	32,433
SF36 (vitalita – EV)		5	35	75	52,00	15,652
SF36 (všeob.duševní zdraví – MH)		5	64	92	76,00	10,954
SF36 (celkové vnímání zdraví – GHP)		5	20	55	40,00	14,577
SF36 (health transition)		5	0	75	40,00	28,504
Sociální self-efficacy		5	50	85	70,40	12,700
Sociální other-efficacy		5	62	79	70,00	7,649
Valid N (listwise)		5				

Tabulka 27 Základní hodnoty dotazníků SQUALA, SF-36, DŽ, SSE a SOE – rozdělení dle výskytu PTA

11.10 KVALITA ŽIVOTA, ŽIVOTNÍ SPOKOJENOST A SOCIÁLNÍ EFFICACY V ZÁVISLOSTI NA TYPU BYDLENÍ

Tato kapitola reflektuje celkovou kvalitu života, životní spokojenost i sociální *efficacy* z hlediska toho, s kým respondent se ZPM bydlí. Zde budeme sledovat tři skupiny (sám/sama, s rodiči a s partnerem). Celková kvalita života (SQUALA) i životní spokojenost (DŽS) a škály Dotazníku o zdravotním stavu (SF-36) jsou u všech skupin více méně srovnatelné. Nejvyšší průměrnou hodnotu celkové kvality života má přesto skupina osob, které žijí samy. Samostatné bydlení zaručuje také vyšší průměr, co se týče spokojenosti v oblasti fyzického a emočního omezení rolí.

Sociální *self-efficacy* je vyrovnané u všech skupin a je lehce pod ideálním průměrem. Sociální *other-efficacy* je v průměru vyšší u osob, žijících s partnerem či samostatně, je také blíže ideálnímu průměru než u osob, žijících s rodiči. Rodiče mohou klást na své děti vyšší nároky, kromě toho osoby, které žijí s rodiči nemusejí být pravděpodobně schopné fungovat v sociálních vztazích tak dobře jako osoby, které mohou žít samy či žijí s partnerem. Více viz tabulka 28 dále.

Kvalita života, životní spokojenost, sociální efficacy a bydlení

Bydlení		N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Jiné	SQUALA (celková)	1	199	199	199,00	.
	DŽS (celkové)	1	167	167	167,00	.
	SF36 (fyzické funkce – PF)	1	20	20	20,00	.
	SF36 (fyzické omezení rolí – RP)	1	50	50	50,00	.
	SF36 (emoční omezení rolí – RE)	1	100	100	100,00	.
	SF36 (fyz./emoč. omezení soc .fcí – SF)	1	38	38	37,50	.
	SF36 (bolest – P)	1	58	58	57,50	.
	SF36 (vitalita – EV)	1	35	35	35,00	.
	SF36 (všeob.duševní zdraví – MH)	1	24	24	24,00	.
	SF36 (celkové vnímání zdraví – GHP)	1	20	20	20,00	.
	SF36 (health transition)	1	50	50	50,00	.
	Sociální self-efficacy	1	62	62	62,00	.
	Sociální other-efficacy	1	62	62	62,00	.
	Valid N (listwise)	1				
S partnerem/ partnerkou	SQUALA (celková)	25	96	333	189,44	55,505
	DŽS (celkové)	25	134	214	169,08	21,286
	SF36 (fyzické funkce – PF)	25	5	95	59,20	30,231
	SF36 (fyzické omezení rolí – RP)	25	0	100	25,00	28,868
	SF36 (emoční omezení rolí – RE)	25	0	100	53,33	37,268
	SF36 (fyz./emoč. omezení soc .fcí – SF)	25	13	100	50,50	22,091
	SF36 (bolest – P)	25	0	100	61,90	28,498
	SF36 (vitalita – EV)	25	35	80	54,00	13,994
	SF36 (všeob.duševní zdraví – MH)	25	24	92	62,24	17,515
	SF36 (celkové vnímání zdraví – GHP)	25	30	90	53,60	13,733
	SF36 (health transition)	25	0	100	57,00	27,500
	Sociální self-efficacy	25	44	85	65,36	10,327
	Sociální other-efficacy	23	49	90	68,70	10,173
	Valid N (listwise)	23				
S rodiči	SQUALA (celková)	17	96	265	199,41	51,229
	DŽS (celkové)	17	107	197	160,24	23,517
	SF36 (fyzické funkce – PF)	17	0	95	63,24	30,359
	SF36 (fyzické omezení rolí – RP)	17	0	100	22,06	34,098
	SF36 (emoční omezení rolí – RE)	17	0	100	45,10	38,982
	SF36 (fyz./emoč. omezení soc .fcí – SF)	17	13	75	51,47	17,613
	SF36 (bolest – P)	17	0	100	60,59	27,294
	SF36 (vitalita – EV)	17	10	85	54,78	22,414
	SF36 (všeob.duševní zdraví – MH)	17	48	84	65,41	11,742
	SF36 (celkové vnímání zdraví – GHP)	17	30	85	57,94	14,902
	SF36 (health transition)	17	0	100	55,88	32,511
	Sociální self-efficacy	17	49	79	65,06	8,197
	Sociální other-efficacy	14	44	75	61,93	10,080
	Valid N (listwise)	14				
Sám/sama	SQUALA (celková)	8	140	254	204,50	35,424
	DŽS (celkové)	8	116	178	152,63	19,056
	SF36 (fyzické funkce – PF)	8	25	100	65,63	27,050
	SF36 (fyzické omezení rolí – RP)	8	0	100	43,75	47,716
	SF36 (emoční omezení rolí – RE)	8	0	100	70,83	41,547
	SF36 (fyz./emoč. omezení soc .fcí – SF)	8	38	100	60,94	21,586
	SF36 (bolest – P)	8	0	100	56,88	42,652
	SF36 (vitalita – EV)	8	30	100	62,50	23,452
	SF36 (všeob.duševní zdraví – MH)	8	36	92	61,50	17,752
	SF36 (celkové vnímání zdraví – GHP)	8	20	80	53,75	24,458
	SF36 (health transition)	8	0	75	46,88	24,776
	Sociální self-efficacy	8	50	73	65,50	8,229
	Sociální other-efficacy	7	49	83	68,29	13,708
	Valid N (listwise)	7				

Tabulka 28 Základní hodnoty dotazníků SQUALA, SF-36, DŽ, SSE a SOE – rozdělení dle bydlení

11.11 VZTAH MEZI KVALITOU ŽIVOTA, ŽIVOTNÍ SPOKOJENOSTÍ A SOCIÁLNÍM SELF-EFFICACY A SOCIÁLNÍM OTHER-EFFICACY

Tato kapitola přináší informace o síle vztahu mezi kvalitou života, životní spokojeností a sociálním *self-efficacy* a *other-efficacy* a jejím úkolem je odpovědět na korelační výzkumné otázky. V první řadě je třeba říci, že dotazníky SSE a SOE spolu korelují s korelačním koeficientem 0,342, což naznačuje střední až podstatnou sílu vztahu. Vztah není ale natolik silný, aby sociální *self-efficacy* a *other-efficacy* souvisely se zkoumanými proměnnými stejně. Následující tabulka číslo 29 ukazuje, že sociální *self-efficacy* má silný pozitivní vztah s celkovou kvalitou života (0,53) a škálou Volný čas (0,524). Středně silný pozitivní vztah je pak mezi *self-efficacy* a všemi ostatními škálami dotazníku SQUALA (od 0,32 do 0,429). Sociální *other-efficacy* však silné vztahy neproказuje. Mírná korelace se objevuje u škály Abstraktní hodnoty (0,134). U ostatních škál a celkové kvality života vztah prokázáný není.

Korelace SQUALA a SSE/SOE

		SSE	SOE	SQUALA (celková)	SQUALA (zdraví)	SQUALA (zákl. potřeby)	SQUALA (abs. Hodnoty)	SQUALA (blízké vztahy)	SQUALA (volný čas)
SSE	Pearson Cor.	1	,342	,530	,336	,320	,427	,409	,524
	Sig. (2-tailed)		,021	,000	,016	,022	,002	,003	,000
	N	51	45	51	51	51	51	51	51
SOE	Pearson Cor.	,342	1	,092	,006	,094	,134	,013	,067
	Sig. (2-tailed)	,021		,546	,970	,541	,382	,935	,662
	N	45	45	45	45	45	45	45	45
SQUALA (celková)	Pearson Cor.	,530	,092	1	,648	,764	,844	,640	,727
	Sig. (2-tailed)	,000	,546		,000	,000	,000	,000	,000
	N	51	45	51	51	51	51	51	51
SQUALA (zdraví)	Pearson Cor.	,336	,006	,648	1	,413	,325	,249	,464
	Sig. (2-tailed)	,016	,970	,000		,003	,020	,079	,001
	N	51	45	51	51	51	51	51	51
SQUALA (zákl. potřeby)	Pearson Cor.	,320	,094	,764	,413	1	,650	,290	,445
	Sig. (2-tailed)	,022	,541	,000	,003		,000	,039	,001
	N	51	45	51	51	51	51	51	51
SQUALA (abs. hodnoty)	Pearson Cor.	,427	,134	,844	,325	,650	1	,429	,456
	Sig. (2-tailed)	,002	,382	,000	,020	,000		,002	,001
	N	51	45	51	51	51	51	51	51
SQUALA (blízké vztahy)	Pearson Cor.	,409	,013	,640	,249	,290	,429	1	,464
	Sig. (2-tailed)	,003	,935	,000	,079	,039	,002		,001
	N	51	45	51	51	51	51	51	51
SQUALA (volný čas)	Pearson Cor.	,524	,067	,727	,464	,445	,456	,464	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,662	,000	,001	,001	,001	,001	
	N	51	45	51	51	51	51	51	51

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Tabulka 29 Korelační matice – Pearsonův korelační koeficient pro určení těsnosti vztahu SSE, SOE a SQUALA

V korelační matici (tabulka číslo 30 níže) s Dotazníkem životní spokojenosti se objevují pozitivní středně silné vztahy mezi sociálním *self-efficacy* a celkovou životní spokojeností (0,448) a také mezi sociálním *self-efficacy* a škálami Práce a zaměstnání (0,362), Volný čas (0,346), Vlastní osoba (0,395), Sexualita (0,375) a Přátelé a známí (0,452). Síla vztahu se škálami Rodina a příbuzní (0,215) a Partnerský život (0,265) je spíše nízká až střední. Ty nejbližší vztahy s sebou nesou pravděpodobně lepší míru adaptace a kompenzace potenciálně deficitních sociálních schopností, a proto je sociální *self-efficacy* ovlivní méně než vztahy širší (pracovní, přátelské či milostné).

Co se týče sociálního *other-efficacy*, objevuje se pozitivní silnější vztah se škálou Rodina a příbuzní (0,334), což pravděpodobně souvisí s tím, že dotazník sociálního *other-efficacy* vyplňovala osoba blízká, nejčastěji rodinný příslušník. Ostatní vztahy korelují spíše slabě. Jediná záporná korelace, avšak bezvýznamného charakteru se objevila se škálou Finance a bydlení.

Korelace DŽS a SSE/SOE

		SSE	SOE	DŽS (celk.)	DŽS (zdraví)	DŽS (práce)	DŽS (fin/byd)	DŽS (volný čas)	DŽS (rodina a přib.)	DŽS (partn. život)	DŽS (vlastní osoba)	DŽS (sex)	DŽS (přátelé známí)
SSE	Pearson Cor.	1	,342 [*]	,448 ^{**}	,070	,362 ^{**}	,049	,346 [*]	,215	,265	,395 ^{**}	,375 ^{**}	,452 ^{**}
	Sig. (2-tailed)		,021	,001	,623	,009	,732	,013	,130	,060	,004	,007	,001
	N	51	45	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51
SOE	Pearson Cor.	,342 [*]	1	,139	,086	,045	-,018	,133	,334 [*]	,089	,062	,036	,131
	Sig. (2-tailed)	,021		,364	,573	,771	,906	,385	,025	,561	,685	,817	,391
	N	45	45	45	45	45	45	45	45	45	45	45	45
DŽS (celk.)	Pearson Cor.	,448 ^{**}	,139	1	,698 ^{**}	,777 ^{**}	,604 ^{**}	,716 ^{**}	,322 [*]	,457 ^{**}	,728 ^{**}	,705 ^{**}	,666 ^{**}
	Sig. (2-tailed)	,001	,364		,000	,000	,000	,000	,021	,001	,000	,000	,000
	N	51	45	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51
DŽS (zdraví)	Pearson Cor.	,070	,086	,698 ^{**}	1	,595 ^{**}	,532 ^{**}	,418 ^{**}	-,060	,146	,426 ^{**}	,382 ^{**}	,470 ^{**}
	Sig. (2-tailed)	,623	,573	,000		,000	,000	,002	,675	,308	,002	,006	,001
	N	51	45	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51
DŽS (práce)	Pearson Cor.	,362 ^{**}	,045	,777 ^{**}	,595 ^{**}	1	,472 ^{**}	,568 ^{**}	,084	,090	,592 ^{**}	,452 ^{**}	,482 ^{**}
	Sig. (2-tailed)	,009	,771	,000	,000		,000	,000	,556	,531	,000	,001	,000
	N	51	45	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51
DŽS (fin/byd)	Pearson Cor.	,049	-,018	,604 ^{**}	,532 ^{**}	,472 ^{**}	1	,452 ^{**}	,234	-,008	,428 ^{**}	,234	,191
	Sig. (2-tailed)	,732	,906	,000	,000	,000		,001	,099	,957	,002	,099	,179
	N	51	45	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51
DŽS (volný čas)	Pearson Cor.	,346 [*]	,133	,716 ^{**}	,418 ^{**}	,568 ^{**}	,452 ^{**}	1	,180	,187	,538 ^{**}	,467 ^{**}	,349 [*]
	Sig. (2-tailed)	,013	,385	,000	,002	,000	,001		,207	,190	,000	,001	,012
	N	51	45	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51
DŽS (rodina a přib.)	Pearson Cor.	,215	,334 [*]	,322 [*]	-,060	,084	,234	,180	1	,336 [*]	,153	,057	,159
	Sig. (2-tailed)	,130	,025	,021	,675	,556	,099	,207		,016	,285	,689	,265
	N	51	45	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51
DŽS (partn. život)	Pearson Cor.	,265	,089	,457 ^{**}	,146	,090	-,008	,187	,336 [*]	1	,073	,535 ^{**}	,215
	Sig. (2-tailed)	,060	,561	,001	,308	,531	,957	,190	,016		,609	,000	,130
	N	51	45	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51
DŽS (vlastní osoba)	Pearson Cor.	,395 ^{**}	,062	,728 ^{**}	,426 ^{**}	,592 ^{**}	,428 ^{**}	,538 ^{**}	,153	,073	1	,358 ^{**}	,475 ^{**}
	Sig. (2-tailed)	,004	,685	,000	,002	,000	,002	,000	,285	,609		,010	,000
	N	51	45	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51
DŽS (sex)	Pearson Cor.	,375 ^{**}	,036	,705 ^{**}	,382 ^{**}	,452 ^{**}	,234	,467 ^{**}	,057	,535 ^{**}	,358 ^{**}	1	,421 ^{**}
	Sig. (2-tailed)	,007	,817	,000	,006	,001	,099	,001	,689	,000	,010		,002
	N	51	45	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51
DŽS (přátelé známí)	Pearson Cor.	,452 ^{**}	,131	,666 ^{**}	,470 ^{**}	,482 ^{**}	,191	,349 [*]	,159	,215	,475 ^{**}	,421 ^{**}	1
	Sig. (2-tailed)	,001	,391	,000	,001	,000	,179	,012	,265	,130	,000	,002	
	N	51	45	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Tabulka 30 Korelační matice – Pearsonův korelační koeficient pro určení těsnosti vztahu SSE, SOE a SF-36

Tabulka číslo 31 ukazuje, že sociální *efficacy* příliš silně nekoreluje se škálami dotazníku SF-36. Nízká až potenciálně střední pozitivní korelace se objevuje mezi sociálním *self-efficacy* a škálou Celkové vnímání zdraví (GHP – 0,298) a posouzením změny zdravotního stavu oproti roku předchozímu (0,286). Ostatní korelace jsou spíše bezvýznamné.

Korelace SF-36 a SSE/SOE

		SSE	SOE	SF36 (PF)	SF36 (RP)	SF36 (RE)	SF36 (SF)	SF36 (P)	SF36 (EV)	SF36 (MH)	SF36 (GHP)	SF36 (health trans.)
SSE	Pearson Cor.	1	,342*	,013	-,123	,017	,011	-,148	,182	,265	,298*	,286*
	Sig. (2-tailed)		,021	,929	,389	,905	,940	,301	,201	,060	,034	,042
	N	51	45	51	51	51	51	51	51	51	51	51
SOE	Pearson Cor.	,342*	1	-,155	,120	,019	,190	,047	,040	,138	,122	,045
	Sig. (2-tailed)	,021		,309	,433	,901	,212	,758	,794	,366	,426	,771
	N	45	45	45	45	45	45	45	45	45	45	45
SF36 (PF)	Pearson Cor.	,013	-,155	1	,045	-,299*	,276*	,043	,046	,076	,026	,130
	Sig. (2-tailed)	,929	,309		,753	,033	,050	,764	,747	,596	,854	,365
	N	51	45	51	51	51	51	51	51	51	51	51
SF36 (RP)	Pearson Cor.	-,123	,120	,045	1	,478**	,370**	,357**	,203	,187	,056	-,026
	Sig. (2-tailed)	,389	,433	,753		,000	,008	,010	,154	,190	,697	,858
	N	51	45	51	51	51	51	51	51	51	51	51
SF36 (RE)	Pearson Cor.	,017	,019	-,299*	,478**	1	,224	,358**	,111	,178	-,063	-,050
	Sig. (2-tailed)	,905	,901	,033	,000		,114	,010	,440	,211	,658	,729
	N	51	45	51	51	51	51	51	51	51	51	51
SF36 (SF)	Pearson Cor.	,011	,190	,276*	,370**	,224	1	,313*	,170	,253	,296*	,316*
	Sig. (2-tailed)	,940	,212	,050	,008	,114		,025	,233	,074	,035	,024
	N	51	45	51	51	51	51	51	51	51	51	51
SF36 (P)	Pearson Cor.	-,148	,047	,043	,357**	,358**	,313*	1	,181	,101	,145	,243
	Sig. (2-tailed)	,301	,758	,764	,010	,010	,025		,205	,482	,310	,086
	N	51	45	51	51	51	51	51	51	51	51	51
SF36 (EV)	Pearson Cor.	,182	,040	,046	,203	,111	,170	,181	1	,380**	,275	,026
	Sig. (2-tailed)	,201	,794	,747	,154	,440	,233	,205		,006	,050	,855
	N	51	45	51	51	51	51	51	51	51	51	51
SF36 (MH)	Pearson Cor.	,265	,138	,076	,187	,178	,253	,101	,380**	1	,106	,051
	Sig. (2-tailed)	,060	,366	,596	,190	,211	,074	,482	,006		,460	,720
	N	51	45	51	51	51	51	51	51	51	51	51
SF36 (GHP)	Pearson Cor.	,298*	,122	,026	,056	-,063	,296*	,145	,275	,106	1	,439**
	Sig. (2-tailed)	,034	,426	,854	,697	,658	,035	,310	,050	,460		,001
	N	51	45	51	51	51	51	51	51	51	51	51
SF36 (health trans.)	Pearson Cor.	,286*	,045	,130	-,026	-,050	,316*	,243	,026	,051	,439**	1
	Sig. (2-tailed)	,042	,771	,365	,858	,729	,024	,086	,855	,720	,001	
	N	51	45	51	51	51	51	51	51	51	51	51

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Tabulka 31 Korelační matice – Pearsonův korelační koeficient pro určení těsnosti vztahu SSE, SOE a DŽS

Pro úplnost jsme provedli také srovnání jednotlivých testů, které mají posuzovat kvalitu života a životní spokojenost, respektive jsme vytvořili korelační matici mezi nimi. Konkrétní hodnoty udává tabulka číslo 32.

Nebudeme zkoumat sílu vztahů mezi jednotlivými škálami téhož testu (k tomu je určen jeho manuál), podíváme se ale alespoň zběžně na síly vztahů oněch tří použitých testů. SQUALA pozitivně a středně silně koreluje s DŽS, SF-36 (EV, MH a *Health Transition*) a negativně, leč středně silně s SF-36 (P). DŽS navíc středně silně až silně a pozitivně koreluje

s SF-36 (EV, MH, GHP a *Health Transition*). Ostatní vztahy jsou spíše slabé až bezvýznamné. Toto zjištění poukazuje na smysluplnost využití vícero nástrojů pro zkoumání kvality života, a to z důvodů posouzení této proměnné z více úhlů pohledu, dokud nebude vytvořen (a u nás ověřen) dostatečný nástroj, který bude měřit kvalitu života komplexněji než nástroje dosavadní.

Korelace mezi testy kvality života a životní spokojenosti

		SQUALA A (celk.)	DŽS (celk.)	SF36 (PF)	SF36 (RP)	SF36 (RE)	SF36 (SF)	SF36 (P)	SF36 (EV)	SF36 (MH)	SF36 (GHP)	SF36 (health trans.)
SQUALA (celk.)	Pearson Cor.	1	,358**	,182	,099	-,028	,074	-,231*	,303*	,228	,126	,213
	Sig. (2-tailed)		,010	,201	,490	,847	,604	,103	,030	,108	,379	,134
	N	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51
DŽS (celk.)	Pearson Cor.	,358**	1	,099	,161	,059	,188	,092	,408**	,203	,291*	,309*
	Sig. (2-tailed)	,010		,490	,258	,681	,187	,521	,003	,153	,038	,027
	N	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51
SF36 (PF)	Pearson Cor.	,182	,099	1	,045	-,299*	,276	,043	,046	,076	,026	,130
	Sig. (2-tailed)	,201	,490		,753	,033	,050	,764	,747	,596	,854	,365
	N	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51
SF36 (RP)	Pearson Cor.	,099	,161	,045	1	,478**	,370*	,357	,203	,187	,056	-,026
	Sig. (2-tailed)	,490	,258	,753		,000	,008	,010	,154	,190	,697	,858
	N	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51
SF36 (RE)	Pearson Cor.	-,028	,059	-,299*	,478**	1	,224	,358**	,111	,178	-,063	-,050
	Sig. (2-tailed)	,847	,681	,033	,000		,114	,010	,440	,211	,658	,729
	N	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51
SF36 (SF)	Pearson Cor.	,074	,188	,276	,370*	,224	1	,313	,170	,253	,296*	,316*
	Sig. (2-tailed)	,604	,187	,050	,008	,114		,025	,233	,074	,035	,024
	N	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51
SF36 (P)	Pearson Cor.	-,231*	,092	,043	,357	,358**	,313	1	,181	,101	,145	,243
	Sig. (2-tailed)	,103	,521	,764	,010	,010	,025		,205	,482	,310	,086
	N	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51
SF36 (EV)	Pearson Cor.	,303*	,408**	,046	,203	,111	,170	,181	1	,380**	,275	,026
	Sig. (2-tailed)	,030	,003	,747	,154	,440	,233	,205		,006	,050	,855
	N	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51
SF36 (MH)	Pearson Cor.	,228	,203	,076	,187	,178	,253	,101	,380**	1	,106	,051
	Sig. (2-tailed)	,108	,153	,596	,190	,211	,074	,482	,006		,460	,720
	N	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51
SF36 (GHP)	Pearson Cor.	,126	,291*	,026	,056	-,063	,296*	,145	,275	,106	1	,439**
	Sig. (2-tailed)	,379	,038	,854	,697	,658	,035	,310	,050	,460		,001
	N	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51
SF36 (health trans.)	Pearson Cor.	,213	,309*	,130	-,026	-,050	,316*	,243	,026	,051	,439**	1
	Sig. (2-tailed)	,134	,027	,365	,858	,729	,024	,086	,855	,720	,001	
	N	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Tabulka 32 Korelační matice – Pearsonův korelační koeficient pro určení těsnosti vztahu SQUALA, DŽS a SF-36

Představili jsme si základní výsledky, jejich výčet samozřejmě není vyčerpávající. S ohledem na povahu této práce však není možné podat obsáhlejší analýzu, ačkoli existence sesbíraných dat je k ní více než dostatečná. Další výstupy a zkoumání proto ponechme budoucím textům a přesuňme se do důležitého oddílu interpretace a srovnání výzkumných zjištění.

12. DISKUSE

Cílem výzkumné části práce bylo podat základní a vstupní informaci o problematice kvality života, životní spokojenosti, sociálního *self-efficacy* a sociálního *other-efficacy* v kontextu získaného poškození mozku a respondentů, pocházejících z ČR. Několikrát opakovaným důvodem se stala skutečnost, že pro ČR není v tomto ohledu příliš výzkumných podkladů k dispozici, ačkoli si tato problematika zaslouhuje více prostoru.

V našem výzkumu byla využita kombinace dotazníků, které určují kvalitu života a životní spokojenost, a to z toho důvodů, že každý byl zacílen na jinou oblast kvality života. Dotazník SF-36 zohledňoval především zdravotní důsledky a omezení, dotazník SQUALA bral v potaz velkou šíři oblastí v životě, včetně spirituálních, abstraktních a společensko-politických souvislostí a Dotazník životní spokojenosti sledoval vybrané oblasti v životě především optikou sociálních vztahů.

V rámci statistické analýzy také vyšlo, že těsnější vztah nalezneme mezi dotazníky SQUALA a DŽS (0,358), se škálami dotazníku SF-36 oba nástroje korelovaly pouze sporadicky (pouze ve škálách Vitalita, Všeobecné duševní zdraví, Celkové vnímání zdraví a *Health transition*), přičemž se korelace vůbec nedotkla oblastí, které dotazník SF-36 spojuje se sociálními rolemi a sociálním fungováním. Vystává tedy otázka, zda je tento měřicí nástroj (bez ohledu na jeho potenciál srovnání s mezinárodními studiemi) vhodný pro zjišťování sociálně-emočních konotací. Findlerová s kolegy (2001) i Hampton (2000) prokázali sice, že SF-36 je vhodným nástrojem pro měření kvality života u lidí s poškozením mozku (avšak v jiném kulturním kontextu), ale pokud chceme více zohlednit sociální oblast, nebylo by lepší porozhlédnout se jinde?

Kromě existujících metod jsme byli nuceni zkonstruovat také dotazník, který byl určen k měření vnímání účinnosti a schopnosti fungovat v sociálních vztazích, a to jak ze subjektivního tak objektivního pohledu. Na základě již existujících metod (Zullig, Teoli & Valois, 2011; Preece & Mellor, 2009) tak vznikly Dotazník sociálního *self-efficacy* a Dotazník sociálního *other-efficacy*, jejichž vnitřní konzistence (Cronbachovo alfa 0,88 a 0,92) je vysoká a odpovídá vnitřní konzistenci používaných dotazníků. S vědomím nedokonalosti u stávajících nástrojů, můžeme tento pilotní považovat za vhodný prostředek zkoumání sociálního *efficacy*, přičemž jeho validita i reliabilita se ukáže s počtem dalších výzkumů.

Výzkum byl pojat dvojím způsobem, deskriptivně a induktivně. V prvním případě jsme posuzovali kvalitu života (SF-36 a SQUALA), životní spokojenost (DŽS) a subjektivní i objektivní sociální *efficacy* (SSE a SOE) výzkumného souboru jako celku i jeho podskupin,

vzniklých rozdělení dle demografických a diagnostických kritérií. Ve druhém případě jsme zkoumali korelace, respektive těsnosti vztahů mezi kvalitou života, životní spokojeností, sociálním *self-efficacy* a sociálním *other-efficacy* navzájem.

Pojďme si nejprve odpovědět na deskriptivní výzkumné otázky. Co se týče kvality života a životní spokojenosti, rozložení výsledků všech dotazníků se jevila jako normální (střední hodnoty byly srovnatelné a histogramy odpovídaly více méně klasické Gaussově křivce). V tomto bodě však doporučujeme provést přesnější statistické testy normality v navazujících výzkumech. Normální rozdělení vypovídá o širokém spektru pojetí subjektivního posouzení kvality života a životní spokojenosti i v rámci získaného poškození mozku.

V dotazníku SQUALA se v rámci celého souboru jevily jako nejspokojivější rodinné vztahy a vztahy s příbuznými, naopak nespokojenost se objevila v oblasti práce, financí, sexuálního života a krásy, což potvrzují dílčí zjištění dalších výzkumů (Hampton, 2000; Andelic, Hambergren, Bautz-Holter, Sveen, Brunborg & Roe, 2009; Tsousides, Warchowsky, Ashman, Cantor, Spielman & Gordon, 2009).

Výsledky dotazníku SF-36 poukazují na silnou nespokojenost s omezováním rolí na základě fyzického postižení (pouze 27% spokojenost), také emoční či fyzické omezení sociálních rolí a emoční omezení rolí je spíše průměrné (50-55% spokojenost). Respondenti se cítí být spíše nespokojeni s možnostmi běžně vykonávat každodenní činnosti, které jsou omezovány fyzickým stavem, únavou a emočními problémy. Právě tyto výsledky jsou podstatně horší v porovnání s pacienty z USA, kteří mají hodnoty fyzického omezení rolí v průměru kolem 43% a emoční omezení rolí a fyzické či emoční omezení sociálních funkcí mezi 55-59% (Findler, Cantor, Haddad, Gordon & Ashman, 2001).

Dotazník DŽS přináší zjištění, že lidé se získaným poškozením mozku jsou nejvíce spokojeni opět s rodinnými a příbuzenskými vztahy, s přátelskými vztahy, v partnerském životě a ve volném čase (průměr se pohybuje v rozpětí 18-21 bodů na škále 5-25 bodů). Sociální opora je u osob se získaným poškozením mozku tedy vysoká. Srovnatelné výzkumy v oblasti životní spokojenosti jsme neměli k dispozici. Naopak nespokojeni jsou respondenti opět v oblasti zaměstnání (průměr je 14,5 bodu na škále 5-25 bodů), jak už prokázal výzkum Tsousidese a kolegů (2009).

Kvalita života i životní spokojenost byly zohledňovány také v souvislostech demografických údajů a diagnostických specifik. Srovnávání jsou opět pouze okometrická (porovnáváme na základě průměrných hodnot), data by zasluhovala statistická porovnání nezávislých výběrů, na něž v této práci nezbyl prostor. Proto jsou i naše závěry spíše

orientační. Některé podskupiny byly navíc početně nevyvážené, úkolem dalších výzkumů je tyto nedostatky napravit.

Celková kvalita života i životní spokojenost (SQUALA a DŽS) je v průměru vyšší u mužů než u žen. Ženy se zase na rozdíl od mužů cítí být méně omezovány v sociálních rolích a funkcích (SF-36). Také Andelicová s kolegy (2009; 2010) podporují zjištění, že muži jsou více spokojeni s celkovým svým zdravotním stavem a kvalitou života, avšak rozporují zjištění, že by ženy byly spokojenější z hlediska sociálních rolí a funkcí, naopak mají dle autorů velké problémy se zvládnutím běžných rolí.

Nejvyšší celková nespokojenost (SQUALA a DŽS) se životem se objevuje u věkové skupiny 36-50 let, tedy u osob v produktivním věku. To může souviset s omezenou možností, či dokonce nemožností pracovat. Zaměstnaní respondenti totiž také vypovídají o celkově vyšší kvalitě života i životní spokojenosti (SQUALA a DŽS), podobně jako tomu je ve výzkumu Andelicové a kolegů (2009) či Tsaousidese a jeho spolupracovníků (2009). Opačné závěry učinil čínský výzkum (Hampton, 2000) u osob s poraněním míchy.

Spokojenost s fyzickými funkcemi (SF-36) nejvíce prokazuje skupina ve věku 22-35 let, což může souviset s lepšími adaptačními a kompenzačními schopnostmi u mladších osob, srovnejme např. s podobnými výsledky Galbatiiové a kolegů (2009). Andelicová se svým týmem (2009) však přicházejí se zjištěními, že lépe je na tom skupina starších osob.

Co se týče sociálních vztahů, je to s kvalitou života i životní spokojeností složitější. Vyšší celkovou životní spokojenost (DŽS) vykazují osoby, které žijí s partnerem, ale zároveň ty, které nemají děti. Nabízí se vysvětlení, že péče o děti je v souvislosti s následky ZPM náročným sociálním úkolem, přítomnost partnera je pak protektivním a podpůrným elementem při vyrovnávání se s následky ZPM. Zullig, Teoli a Valois (2011) dodávají, že sociální *self-efficacy* klesá, pokud se lidé vyhýbají sociálním vztahům.

Vyšší míru kvality života a životní spokojenosti (SQUALA a DŽS) projevují osoby s TBI oproti osobám s CMP, což potvrzují i výsledky italských výzkumníků (Intiso et al., 2011). To může souviset se sníženým náhledem na míru vlastního postižení u osob s TBI, jak o něm píše Pella, Kendra, Hill a Gouvier (2008). Z hlediska délky od ZPM je kvalita života (SQUALA) v průměrných hodnotách vyšší u osob 5-10 let od poranění a životní spokojenost (DŽS) vyšší u osob 6 měsíců – 5 let od poranění. Jako vysvětlení můžeme brát to, že SQUALA reflektuje spíše celkovou adaptaci a DŽS vypovídá spíše o sociální opoře, která je v ranných fázích rehabilitace nejširší. Porovnání těchto skupin jinými výzkumy nebylo dostupné.

Výskyt afázie není v našem případě výrazným činitelem ve vnímání kvality života a životní spokojenosti. Pouze v dotazníku SQUALA, který pojmáme jako celkovou adaptaci, se skupina afatiků těší vyšší míře spokojenosti. Je tomu zřejmě proto, že se jedná pouze o lehčí až střední formy afázie, které mohly být navíc úspěšně kompenzovány. S prodlužující se dobou PTA také klesá průměrná hodnota SQUALA i DŽS. Delší PTA by mělo znamenat horší následky poranění, v tomto případě o podobných souvislostech hovoří výzkum Uomota a Fanna (2004).

Dotazník SF-36 neprokazoval tak výrazné rozdíly mezi skupinami, spíše se jednalo o všeobecné snížení spokojenosti s vlastními fyzickými schopnostmi. Vyšší spokojenost v této oblasti vykazovali respondenti nejmladší věkové kategorie, což pravděpodobně souvisí s jejich lepší a rychlejší schopností uzdravy (Pella, Kendra, Hill & Gouvier, 2008). Nižší spokojenost projevovali nepracující, což může být ovlivněno právě fyzickým omezením pro návrat do zaměstnání, osoby s partnerem, což může být dáno přítomností zpětné vazby k pokrokům a stagnaci od partnerů, a osoby do 2 let a nad 5 let od ZPM. Osoby, které mají děti, mají navíc vyšší spokojenost, co se týče emočního omezení rolí (cítí se méně omezovány) než osoby bezdětné.

Nižší spokojenost v oblasti emočního omezení rolí a fyzického či emočního omezení sociálních rolí vykazují respondenti s PTA 1-4 týdny, oproti skupině osob s PTA do 1 týdne. Pokud bychom hledali srovnání v zahraničí, nabízí Andelicová s kolegy (2010) lepší kvalitu života (vyplývající z SF-36) u osob s těžšími formami poškození, tzn. u osob s horší prognózou (delším PTA a spíše TBI než CMP). Tato zjištění částečně odpovídají našim výsledkům.

Ačkoli nalezneme v dotaznících kvality života a životní spokojenosti oblasti, s nimiž jsou respondenti spokojeni, celkově jsou průměrné hodnoty nízké (většinou průměrné či lehce pod ideálním průměrem). Kvalita života a životní spokojenost se jeví jako snížená, o čemž vypovídají zjištění např. Andelicové a kolegů (2010), Fidlerové a spolupracovníků (2001), Intisa a jeho týmu (2011). Je jistě zapotřebí dalšího statistického zkoumání, které by prokázalo signifikantní rozdíl v subjektivním hodnocení kvality života a životní spokojenosti lidmi se získaným poškozením mozku a lidmi bez něj (zahrnutí kontrolní skupiny se již do našeho výzkumného designu nevešlo).

Presuňme se nyní k sociálním dovednostem a důvěře v ně. Výsledky dotazníků sociálního *self-efficacy* a *other-efficacy* ukazují, že osoby se získaným poškozením mozku skórují v průměru lehce pod ideálním průměrem. Subjektivní, stejně jako ta objektivní, důvěra ve schopnost fungovat a orientovat se v sociálních vztazích může být v kontextu

získaného poškození mozku pravděpodobně nižší než v širší populaci. K postulaci takovýchto zjištění by bylo jistě zapotřebí statistického porovnání s kontrolní skupinou, které tímto postupujeme dalším navazujícím výzkumům. Pokud by byl statisticky významný rozdíl prokázán, odpovídala by naše zjištění výsledkům práce, která však zkoumala *self-efficacy* v rámci paměťových schopností (Kit, Mateer & Graves, 2007).

V rámci celého výzkumného vzorku odpovídaly osoby se získaným poškozením mozku (*self-efficacy*) i jejich osoby blízké (*other-efficacy*) na schopnost fungovat se získaným poškozením mozku v sociálním kontextu obdobně. Stejně tak tomu bylo v australském výzkumu, který porovnával výpovědi vlastní a výpovědi signifikantních druhých v rámci exekutivních funkcí, které se sociálními vztahy souvisejí (Port, Willmott & Charlton, 2002).

Co se týče vyšší míry sociálního *self-efficacy*, našli bychom ji u žen spíše než u mužů (podobně i Willemse, Smith & Van Wyk, 2011), u lidí s dětmi (podobně Harrell, Mercer & DeRosier, 2009) a u osob ve věku 51-65 let (nejstarší věkové kategorie). Vyšší míra sociálního *other-efficacy* se vyskytuje u žen, osob majících děti či partnera a žijících s ním, popřípadě u osob žijících samostatně, dále pak u zaměstnaných. V rámci diagnostických aspektů je lepší míra sociálního *other-efficacy* u osob bez afázie a s PTA do 1 až 2 týdnů od poranění. V rámci délky doby od získaného poškození či typu poškození se skupiny výrazně neliší. Výzkumná podpora pro sociální *other-efficacy* nebyla v tomto ohledu k dispozici.

Konečně se dostáváme k posledním výzkumným otázkám, otázkám korelačním. Na otázku, zda má sociální *self-efficacy* silný vztah k celkové kvalitě života (SQUALA) a životní spokojenosti (DŽS), můžeme odpovědět, že ano (Pearsonův korelační koeficient je 0,53 a 0,45). Středně silný až silný vztah má *self-efficacy* také s některými samostatnými škálami dotazníku SQUALA (volný čas, blízké vztahy či abstraktní hodnoty) a dotazníku DŽS (práce a zaměstnání, volný čas, vlastní osoba, sexualita, přátelé a známí). Podobná zjištění podporuje např. Bradenová s kolegy (2010). V otázce klasického *self-efficacy* jsou pro stejné výsledky Paxton s kolegy (2010) či u kardiologických pacientů Joekešová a Elderenová (2007).

Sociální *other-efficacy* neprokazuje žádné silné vztahy, pouze u DŽS se objevuje středně silná korelace (0,33) pro oblast rodinných vztahů. U dotazníku SF-36 nemůžeme prokázat žádné silné vztahy se sociální *self-efficacy*, ani se sociální *other-efficacy*. Jackson a ostatní (2007) také nenašli souvislost sociální oblasti a se zdravím spojené kvality života. Sociální *self-efficacy* a sociální *other-efficacy* mají mezi sebou navíc jen středně silný vztah (0,34), rozličné vztahy s dotazníky kvality života a životní spokojenosti nejsou proto příliš překvapivé. Jistou míru ovlivnění sociálního *self-efficacy* sociálním *other-efficacy* připouští Dunlop s kolegy (2011), avšak my tento závěr učinit nemůžeme.

Kdybychom to měli shrnout, můžeme říci, že těsné vztahy má s kvalitou života a životní spokojeností pouze sociální *self-efficacy*, přičemž je má těsné pouze v případě měřicích nástrojů, které sociální oblast a sociální vztahy zohledňují (není tomu tak v případě dotazníku SF-36). Toto je v rozporu se zjištěními Johnstona, Yoona, Ruprighta a Reid-Arndtové (2009), kteří prokázali těsný vztah mezi sociálními vztahy, sociální oporou i dotazníkem SF-36. Může to být ovšem z důvodu toho, že do sociální opory zahrnovali také vztahy v rámci spirituality.

Sociální *self-efficacy* pozitivně koreluje spíše s oblastmi širších sociálních vztahů (přátelé, pracovní vztahy, vztahy spjaté s volnočasovými aktivitami). Sociální *other-efficacy* není spjata s celkovou kvalitou života či životní spokojeností, ale koreluje s oblastí blízkých vztahů (rodina a příbuzní). Jako vysvětlení můžeme brát v potaz jistou schopnost domácího prostředí blízkých osob vykompenzovat sociální a komunikační deficity osoby se získaným poškozením mozku, která si své nedostatky uvědomuje spíše při konfrontaci s širším sociálním okolím.

Také sociální *other-efficacy* a jeho těsnost se spokojeností v blízkých vztazích vypovídá o určité roli blízkých osob, které jsou sociální oporou při uplatňování sociálních dovedností a jsou schopné posoudit domnělé či skutečné pokroky v sociálním fungování následky poranění stížených rodinných příslušníků. Harmonie sociálního fungování se pak odráží ve spokojenosti osob se ZPM v oblasti rodinných vztahů.

Přehled výsledků jistě není vyčerpávající. Na tuto práci návazné a ze stejných dat vycházející potenciální výzkumy, jež by detailněji zkoumaly směr zjištěných vztahů kvality života, životní spokojenosti a sociálního *efficacy*, význam terapie sociálních dovedností, metakognice a náhledu pro navýšení míry kvality života, životní spokojenosti a sociálního *efficacy* a hlubší souvislosti sociálního *self-* a *other-efficacy*, jsou popsány v kapitole 10.

Neméně zajímavá by byla také např. tematika mezinárodního porovnání sociálního *self-efficacy* a *other-efficacy* se zohledněním různých přístupů k následné péči v různých zemích. Otazník zůstává i nad problematikou náhledu na své omezení v sociálních kompetencích, kterou jsme v našem výzkumu pouze naznačili. Velmi zajímavá zjištění by byla, pokud bychom se zaměřili na jednotlivé spektry sociálního *self-efficacy* a to, v čem přesně osoby se ZPM slehávají a v čem nikoli, podobně jako to bylo provedeno u zdravých adolescentů (Zullig, Teoli & Valois, 2011).

Vzhledem k tomu, že je tematika získaného poškození mozku v ČR výzkumně spíše v plenkách, nabízí se široké spektrum možných výzkumných záměrů. Nemá smysl je zde

všechny vyjmenovávat. Proto jsme uvedli pouze ty, které by mohly mít oporu v této práci a které souvisejí se schopnostmi fungovat v sociálních vztazích.

Po této prezentaci námi zjištěných a více či méně orientačních výsledků a doporučení několika dalších výzkumných motivů nezbyvá než se přesunout k limitům této práce. V první řadě je nutné zmínit metodologické nedostatky. Z důvodu narážení na praktická úskalí byl výzkumný vzorek vybírán nenáhodně. Zahrnuti byli pouze ti respondenti, kteří splňovali určitá kritéria a kteří se dobrovolně chtěli zúčastnit výzkumu, což může mít za následek určité zkreslení výsledků.

Také použité metody (především dotazníkové nástroje) nejsou plně spolehlivým a ideálním nástrojem. Ačkoli nám šlo především o subjektivní posuzování, musíme se spoléhat na to, že respondenti odpovídali pravdivě, a brát v potaz to, že odpovědi mohly být ovlivněny okolnostmi, v rámci nichž byly dotazníky vyplňovány. Ne všechny nástroje byly navíc standardizované a vyhovující vybrané skupině zkoumaných osob. Co se týče validizace nových nástrojů měření, neproběhla z toho důvodů, že nejsou k dispozici (v českém prostředí obzvlášť) prostředky, které by měřily srovnatelné aspekty sociálního fungování. Téma validizace tak zůstává otázkou do příštích výzkumů.

Jisté deficity můžeme nalézt také v rámci analýzy dat. Deskriptivní část není dopodrobna propracovaná a jak již bylo uvedeno výše, bylo by zapotřebí provést skutečné statistické ověření normality rozdělení i srovnání jednotlivých podskupin tak, abychom nevycházeli pouze z okometrického porovnání průměrných hodnot, v horším případě navíc početně nevyvážených skupin.

Naše výsledky nemohou být samozřejmě plně generalizovatelné na celou populaci osob se získaným poškozením mozku s ohledem na všechna uvedená omezení. Zmínit musíme také nižší ekologickou validitu, protože data byla sebrána v dotazníkovém šetření a nikoli na základě pozorování skutečnosti v přirozeném prostředí. Pokud budou podobná výzkumná šetření v budoucnu využívat stejných výzkumných nástrojů, měli bychom předeslat nutnost ověření spolehlivosti využitých dotazníků (test-retestová reliabilita čeká teprve na své stanovení).

Ideální výzkumný plán je spíše nereálným přáním výzkumníků. Naším cílem je spíše než bezchybný výzkumný design praktická stránka věci. Doufáme, že naše poukázání na sílu vztahu mezi sociálním *self-efficacy* a kvalitou života, respektive životní spokojeností, či další detailnější a hlubší navazující šetření napomohou odhodlání k začlenění terapie sociálních kompetencí, náhledu, metakognice a komunikačních dovedností ke klasickému tréninku

kognitivních funkcí, který je jen malým zlomkem základní následné péče o osoby se získaným poškozením mozku.

ZÁVĚR

Tato diplomová práce byla napsána, aby rozšířila povědomí a dodala další a v současné době v ČR zřetelně chybějící údaje a fakta tematiky získaného poškození mozku. Osoby, které s následky získaného poškození žijí (a to mluvíme nejen o samotných pacientech, ale i jejich blízkém sociálním okolí, které dodává podporu), se v českém prostředí dostávají do situací, kdy jim nedostatek informací brání ve výběru vhodného rehabilitačního či terapeutického postupu dle individuálního plánu. Také odborníci netvoří multidisciplinární a spolupracující týmy, které by vytvořily vyhovující penzum různorodých terapeutických intervencí. Tyto komplexní intervence však mohou napomoci začlenění těchto osob do běžného života.

Problematika sociálního *efficacy* i kvality života a životní spokojenosti poodkrývá sociální stránku získaného poškození a poukazuje na potřebu tuto oblast opečovat stejně jako somatické následky. Vlastní komunikační dovednosti i sociální kompetence a vědomí, že je umím používat, jsou u lidí se získaným poškozením postižené a často omezené. Komunikační bariéry mohou narušovat sociální vztahy, které jsou velmi podstatné pro subjektivně vnímanou kvalitu života i životní spokojenost.

Naše výsledky ukázaly, že víra ve vlastní sociální dovednosti byla u respondentů narušena. Nepřímo jsme také prokázali, že blízké sociální vztahy by měly být u těchto osob v pořádku, ovšem mnohem hlubší zkoumání by mohlo odhalit skryté obtíže, navíc osoby žijící s následky poranění hovořily o horších širších sociálních vztazích a schopnosti fungovat ve společnosti. Už jen z toho důvodu je nutné se zamyslet, jakými dostupnými prostředky napomoci integraci do běžného života v rámci možností osob se získaným poškozením mozku a jejich rodin. Jako řešení se nabízí mnohé sociální programy, nácviky sociálních dovedností, metakognice, exekutivních funkcí a náhledu.

O všech možných souislotech v rámci sociálních dovedností a potenciálního navýšení kvality života v kontextu získaného poškození mozku pojednávala teoretická část této práce. Výzkumné části pak přinesly základní zjištění o síle vztahů mezi kvalitou života, životní spokojeností a sociálním *efficacy*. To, jakým způsobem budou naše zjištění využita, rozpracována a do praxe převedena je otázkou budoucích výzkumných šetření. Doufejme však, že přinesou nemálo právě osobám se získaným poškozením mozku i jejich rodinám především.

POUŽITÉ ZDROJE

1. Akin, A. & Kurbanoglu, I.N. (2011). The relationships between math anxiety, math attitudes and self-efficacy: a structural equation model [elektronická verze]. *Studia Psychologica*, 53(3), 263-273.
2. Ambler, Z. (2006). *Základy neurologie*. Praha: Galén, Karolinum.
3. Andelic, N., Hamnergren, N., Bautz-Holter, E., Sveen, U., Brunborg, C. & Roe, C. (2009). Functional outcome and health-related quality of life 10 years after moderate-to-severe traumatic brain injury [elektronická verze]. *Acta Neurologica Scandinavica*, 120, 16-23.
4. Andelic, N., Sigurdardottir, S., Schanke, A.-K., Sandvik, L., Sveen, U. & Roe, C. (2010). Disability, physical health and mental health 1 year after traumatic brain injury [elektronická verze]. *Disability and Rehabilitation*, 32(13), 1122-1131.
5. Anderson, V., Brown, S., Newitt, H. & Hoile, H. (2011). Long-term outcome from childhood traumatic brain injury: intellectual ability, personality and quality of life [elektronická verze]. *Neuropsychology*, 25(2), 176-184.
6. Ball, K. & Martin, J. (2011). Self-defense training and traditional martial arts: influences on self-efficacy and fear related to sexual victimization [elektronická verze]. *Sport, Exercise and Performance Psychology*, 14, 1-10.
7. Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change [elektronická verze]. *Psychological Review*, 84, 191-215.
8. Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency [elektronická verze]. *American Psychologist*, 37(2), 122-147.
9. Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
10. Bandura, A. (1994) Self-efficacy. In V.S.Ramachandran (Ed.), *Encyclopedia of human behavior*, 4, 71-81. New York: Academic Press.
11. Bandura, A. (1995). Exercise of personal and collective efficacy in changing societies. In A.Bandura (Ed.), *Self-efficacy in changing societies* (1-45). Cambridge University Press.
12. Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W.H.Freeman and Company.
13. Bartoš, A., Martínek, P., Bezdíček, O., Buček, A. & Řířpová, D. (2008). Dotazník funkčního stavu FAQ-CZ – česká verze pro zhodnocení každodenních aktivit pacientů s Alzheimerovou nemocí. *Psychiatrie pro praxi*, 9(1), 31-34.
14. Bartoš, A., Martínek, P. & Řířpová, D. (2010). Dotazník Bristolská škála aktivit denního života BADLS-CZ pro hodnocení pacientů s demencí. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie*, 73/106(6), 673-677.

15. Beaufortová, K. (2002). *Videotrénink interakcí (základy metody a její využití)*. Praha: SPIN.
16. Behan, L.-A. & Agha, A. (2011). The management of endocrine dysfunction in traumatic brain injury. In F.S. Zollman (Ed.), *Manual of traumatic brain injury management* (323-329). New York: Demos Medical Publishing.
17. Bennett, T.L. & Raymond, M.J. (2008). The neuropsychology of traumatic brain injury. In A.M. Horton & D. Wedding (Eds.), *The Neuropsychology Handbook* (533-570). New York: Springer Publishing Company.
18. Bonar, E. E., Rosenberg, H., Hoffman, E., Kraus, S. W., Kryszak, E., Young et al. (2011). Measuring university students' self-efficacy to use drinking self-control strategies [elektronická verze]. *Psychology of Addictive Behavior*, 25(1), 155-161.
19. Braden, C., Hawley, L., Newman, J., Morey, C., Gerber, D. & Harrison-Felix, C. (2010). Social communication skills group treatment: a feasibility study for persons with traumatic brain injury and comorbid conditions [elektronická verze]. *Brain Injury*, 24(11), 1298-1310.
20. Brenner, L.A., Vanderploeg, R.D. & Terrio, H. (2009). Assessment and diagnosis of mild traumatic brain injury, posttraumatic stress disorder and other polytrauma conditions: burden of adversity hypothesis [elektronická verze]. *Rehabilitation Psychology*, 54(3), 239-246.
21. Brown, M., Gordon, W.A. & Spielman, L. (2003). Participation in social and recreational activity in the community by individuals with traumatic brain injury [elektronická verze]. *Rehabilitation Psychology*, 48(4), 266-274.
22. Buckley, J. & Cameron, L.D. (2011). Automacity of exercise self-regulatory efficacy beliefs in adults with high and low experience in exercise self-regulation [elektronická verze]. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 33, 325-348.
23. Cappa, K.A., Conger, J.C. & Conger, A.J. (2011). Injury severity and outcome: a meta-analysis of prospective studies on TBI outcome [elektronická verze]. *Health Psychology*, 30(5), 542-560.
24. Caprara, G.V., Alessandri, G. & Eisenberg, N. (2011). Prosociality: the contribution of traits, values and self-efficacy beliefs [elektronická verze]. *Journal of Personality and Social Psychology*, 26, 1-15.
25. Carr, A. & Pike, A. (2011). Maternal scaffolding behavior: links with parenting style and maternal education. *Developmental Psychology*, 1-9. Dostupné k 2.1.2012 na <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&hid=7&sid=b7c2400c-5d61-4f95-be2d-c03b9a130b57%40sessionmgr11>.
26. Corrigan, J.D., Bogner, J., Lamb-Hart, G., Heineman, A.W. & Moore, D. (2005). Increasing substance abuse treatment compliance for persons with traumatic brain injury [elektronická verze]. *Psychology of Addictive Behaviors*, 19(2), 131-139.
27. Čihák, R. (2004). *Anatomie 3*. Praha: Grada.
28. Disman, M. (1993). *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Praha: Karolinum.

29. Dragomerická, E., Bartoňová, J., Motlová, L. et al. (2006). *SQUALA: příručka pro uživatele české verze Dotazníku subjektivní kvality života SQUALA*. Praha: Psychiatrické centrum.
30. Draper, K. & Ponsford, J. (2008). Cognitive functioning ten years following traumatic injury and rehabilitation [elektronická verze]. *Neuropsychology*, 22(5), 618-625.
31. Dreer, L.E., DeVivo, M.J., Novack, T.A., Krzywanski, S. & Marson, D.C. (2008). Cognitive predictors of medical decision-making capacity in traumatic brain injury [elektronická verze]. *Rehabilitation Psychology*, 53(4), 486-497.
32. Dunlop, W.L., Beatty, D.J & Beauchamp, M.R. (2011). Examining the influence of other-efficacy and self-efficacy on personal performance [elektronická verze]. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 33, 586-593.
33. Erikson, E.H. (2002). *Dětství a společnost*. Praha: Argo.
34. Fahrenberg, J., Myrtek, M., Schumacher, J. & Brähler, E. (2001). *Dotazník životní spokojenosti*. Praha: Testcentrum.
35. Ferjenčík, J. (2000). *Úvod od metodologie psychologického výzkumu*. Praha: Portál.
36. Findler, M., Cantor, J., Haddad, L., Gordon, W. & Ashman, T. (2001). The reliability and validity of the SF-36 health survey questionnaire for use with individuals with traumatic brain injury [elektronická verze]. *Brain Injury*, 15(8), 715-723.
37. Folstein, M.F., Folstein, S.E. & McHugh, P.R. (1975). „Mini-Mental State“. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), 189-198.
38. Galbiati, S., Recla, M., Pastore, V., Liscio, M., Bardoni, A., Castelli, E. et al. (2009). Attention remediation following traumatic brain injury in childhood and adolescence [elektronická verze]. *Neuropsychology*, 23(1), 40-49.
39. Ganesalingam, K., Yeates, K.O., Walz, N.Ch., Taylor, H.G., Stancin, T. & Wade, S. (2011). Executive functions and social competence in young children 6 months following traumatic brain injury [elektronická verze]. *Neuropsychology*, 25(4), 466-476.
40. Gurková, E. (2011). *Hodnocení kvality života. Pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada.
41. Hammond, S.I., Carpendale, J.I.M., Bibok, M.B., Müller, U. & Liebermann-Finestone, D.P. (2012). The effects of parental scaffolding on preschoolers' executive functioning [elektronická verze]. *Developmental Psychology*, 48(1), 271-281.
42. Hampton, N.Z. (2000). Self-efficacy and quality of life in people with spinal cord injuries in China [elektronická verze]. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 43(2), 66-74.
43. Hanten, G., Wilde, E.A., Menefee, D.S., Li, X., Vasquez, C., Swank, P. et al. (2008). Correlates of social problem solving during the first year after traumatic brain injury in children [elektronická verze]. *Neuropsychology*, 22(3), 357-370.

44. Harrell, A.W., Mercer, S.H. & DeRosier, M.E. (2009). Improving the social-behavioral adjustment of adolescents: the effectiveness of social skills group intervention [elektronická verze]. *Journal of Children and Family Study*, 18, 378-387.
45. Hart, T., Hanks, R., Bogner, J.A., Millis, S. & Esselman, P. (2007). Blame attribution in intentional and unintentional traumatic brain injury: longitudinal changes and impact on subjective well-being [elektronická verze]. *Rehabilitation Psychology*, 52(2), 152-161.
46. Henry, J.D. & Crawford, J.R. (2004). A meta-analytic review of verbal fluency performance in patients with traumatic brain injury [elektronická verze]. *Neuropsychology*, 18(4), 621-628.
47. Hnilicová, H. (2005). Kvalita života a její význam pro medicínu a zdravotnictví. In J. Payne et al. (Eds.), *Kvalita života a zdraví* (205-216). Praha: Triton.
48. Hopkins, R.O., Tate, D.F. & Bigler, E.D. (2005). Anoxic versus traumatic brain injury: amount of tissue loss, not etiology, alters cognitive and emotional function [elektronická verze]. *Neuropsychology*, 19(2), 233-242.
49. Hort, J., Rusina, R. et al. (2007). *Paměť a její poruchy. Paměť z hlediska neurovědního a klinického*. Praha: Jessenius/Maxdorf.
50. Hoskovcová, S. (2006). *Psychická odolnost předškolního dítěte*. Praha: Grada.
51. Hutchinson, S.L., Doble, S., Warner, G. & McPhee, C. (2011). Lessons learned from take care. A brief leisure education intervention for caregivers [elektronická verze]. *Therapeutic Recreation Journal*, 45(2), 121-134.
52. Chronister, J. & Chan, F. (2006). A stress process model of caregiving for individuals with traumatic brain injury [elektronická verze]. *Rehabilitation Psychology*, 51(3), 190-201.
53. Chino, B., Nemoto, T. Fujii, Ch. & Mizuno, M. (2009). Subjective assessments of the quality of life, well-being and self-efficacy in patients with schizophrenia [elektronická verze]. *Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 63, 521-528.
54. Intiso, D., Lombardi, T., Grimaldi, G., Iarossi, A., Tolfa, M., Russo, M. et al. (2011). Long-term outcome and health status in decompressive craniectomized patients with intractable intracranial pressure after severe brain injury [elektronická verze]. *Brain Injury*, 25(4), 379-386.
55. Iskender, M. (2009). The relationship between self-compassion, self-efficacy and control belief about learning in Turkish University students [elektronická verze]. *Social Behavior and Personality*, 37(5), 711-720.
56. Jackson, E.S., Tucker, C.M. & Herman, K.C. (2007). Health value, perceived social support and health efficacy as factors in a health-promoting lifestyle [elektronická verze]. *Journal of American College Health*, 56(1), 69-74.
57. Janečková, H. (2005). Úloha komunikace při zlepšování kvality péče ve zdravotnictví. In J. Payne et al. (Eds.), *Kvalita života a zdraví* (181-195). Praha: Triton.

58. Janečková, M. (2009). *Poranění mozku: a co dál?* Praha: Cerebrum.
59. Janečková, M. & Vepřková, R. (2010a). *Výzkum dostupnosti vybrané zdravotní péče a rehabilitace pro osoby po získaném poškození mozku v ČR*. Dostupné k 8.4.2012 na <http://www.poranenimozku.cz/zajimavosti-vyzkum/vyzkumne-clanky/vyzkum-dostupnosti-vybrane-zdravotni-pece-a-rehabilitace-pro-osoby-po-ziskanem-poskozeni-mozku-v-ceske-republice-2878.html>.
60. Janečková, M. & Vepřková, R. (2010b). *Přehled dostupnosti vybraných zdravotních a sociálních služeb, multidisciplinarity rehabilitačních zařízení a inkluзивních/exkluzivních kritérií pro přijímání pacientů po získaném poškození mozku do rehabilitačních zařízení v jednotlivých krajích ČR*. Dostupné k 8.4.2012 na <http://www.poranenimozku.cz/zajimavosti-vyzkum/vyzkumne-clanky/prehled-dostupnosti-vybranych-zdravotnich-a-socialnich-sluzeb-a-kriterii-pro-prijimani-pacientu-po-zpm-do-rehabilitacnich-zarizeni-v-krajich-cr.html>.
61. Janoušek, J. (1992). Sociálně kognitivní teorie Alberta Bandury. *Československá psychologie*, 36(5), 385-398.
62. Johnson, C.L., Resch, J.A., Elliott, T.R., Villarreal, V., Kwok, O.M., Berry, J.W. et al. (2010). Family satisfaction predicts life satisfaction trajectories over the first 5 years after traumatic brain injury [elektronická verze]. *Rehabilitation Psychology*, 55(2), 180-187.
63. Johnstone, B. & Yoon, D.P. (2009). Relationships between the brief multidimensional measure of religiousness/spirituality and health outcomes for a heterogeneous rehabilitation population [elektronická verze]. *Rehabilitation Psychology*, 54(4), 422-432.
64. Johnstone, B., Yoon, D.P., Rupright, J. & Reid-Arndt, S. (2009). Relationships among spiritual beliefs, religious practises, congregational support and health for individuals with traumatic brain injury [elektronická verze]. *Brain Injury*, 23(5), 411-419.
65. Jorgensen, M. & Togher, L. (2009). Narrative after traumatic brain injury: a comparison of monologic and jointly-produced discourse [elektronická verze]. *Brain Injury*, 23(9), 727-740.
66. Kit, K.A., Mateer, C.A. & Graves, R.E. (2007). The influence of memory beliefs in individuals with traumatic brain injury [elektronická verze]. *Rehabilitation Psychology*, 52(1), 25-32.
67. Koběřská, P. et al.(2004). *Společnou cestou. Jak mohou pečovatelé komunikovat s lidmi trpícími demencí*. Praha: Portál.
68. Kolář, P. et al. (2009). *Rehabilitace v klinické praxi*. Praha: Galén.
69. Kostka, T. & Jachimowicz, V. (2010). Relationship of quality of life to dispositional optimism, health locus of kontrol and self-efficacy in older subjects living in different environments [elektronická verze]. *Quality of Life Research*, 19, 351-361.
70. Koukolík, F. (2012). *Lidský mozek*. Praha: Galén.

71. Křížová, E. (2005). Kvalita života v kontextu všedního dne. In J. Payne et al. (Ed.), *Kvalita života a zdraví* (217-233). Praha: Triton.
72. Kulišťák, P. (2006). Kognitivní deficit u traumatického poškození mozku. In M. Preiss & H. Kučerová (Eds.), *Neuropsychologie v neurologii* (87-121). Praha: Grada.
73. Kulišťák, P. (2011). *Neuropsychologie*. Praha: Portál.
74. Landau, J. & Hissett, J. (2008). Mild traumatic brain injury: impact on identity and ambiguous loss of the family [elektronická verze]. *Families, Systems & Health*, 26(1), 69-85.
75. Langlois, J., Rutland-Brown, W. & Wald, M. (2006). The epidemiology and impact of traumatic brain injury: a brief overview [elektronická verze]. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 21(5), 375-378.
76. Levin, H.S., Hanten, G., Zhang, L., Dennis, M., Barnes, M.A., Schachar et al. (2004). Changes in working memory after traumatic brain injury in children [elektronická verze]. *Neuropsychology*, 18(2), 240-247.
77. Lippertová-Grünerová, M. (2009). *Trauma mozku a jeho rehabilitace*. Praha: Galén.
78. Lipscomb, L., Swanson, J. & West, A. (2001). Tools for teaching and learning: changing or encouraging human behaviors. Scaffolding. In M. Orey (Ed.), *Emerging perspectives on learning, teaching and technology*. Dostupné k 3.6.2012 na <http://projects.coe.uga.edu/epltt/index.php?title=Scaffolding>.
79. Malec, J.F., Brown, A.W. & Moessner, A.M. (2004). Personality factors and injury severity in the prediction of early and late traumatic brain injury outcomes [elektronická verze]. *Rehabilitation Psychology*, 49(1), 55-61.
80. Malia, K. & Brannagan, A. (2010). *Jak provádět trénink kognitivních funkcí. Praktická příručka pro každého*. Praha: Cerebrum.
81. McCauley, S.R., Pedroza, C., McDaniel, M.A., Chapman, S.B. & Levin, H.S. (2009). Incentive effects on event-based prospective memory performance in children and adolescents with traumatic brain injury [elektronická verze]. *Neuropsychology*, 23(2), 201-209.
82. McDonald, S. & Flanagan, S. (2004). Social perception deficits after traumatic brain injury: interaction between emotion recognition, mentalizing ability and social communication [elektronická verze]. *Neuropsychology*, 18(3), 572-579.
83. Milders, M., Ietswaart, M., Crawford, J.R. & Currie, D. (2006). Impairments in theory of mind shortly after traumatic brain injury and at 1-year follow-up [elektronická verze]. *Neuropsychology*, 20(4), 400-408.
84. Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada.
85. Motl, R.W., McAuley, E., Snook, E.M. & Gliottoni, R.C. (2009). Physical activity and quality of life in multiple sclerosis: intermediary role of disability, fatigue, mood, pain,

- self-efficacy and social support [elektronická verze]. *Psychology, Health & Medicine*, 14(1), 111-124.
86. Muris, P. (2001). A brief questionnaire for measuring self-efficacy in youth [elektronická verze]. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 23, 145-149.
 87. Murphy, H. & Murphy, E.K. (2006). Comparing quality of life using the World Health Organization Quality of Life measure (WHOQOL-100) in a clinical and non-clinical sample: exploring the role of self-esteem, self-efficacy and social functioning [elektronická verze]. *Journal of Mental Health*, 15(3), 289-300.
 88. Murru, E.C. & Ginis, A.M. (2010). Imaging the possibilities: the effects of a possible selves intervention on self-regulatory efficacy and exercise behavior [elektronická verze]. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 32, 537-554.
 89. Newsome, M.R., Scheibel, R.S., Troyanskaya, M., Hanten, G., Lin, X., Vasquez, C. et al. (2008). Effects of traumatic brain injury on working memory-related brain activation in adolescents [elektronická verze]. *Neuropsychology*, 22(4), 419-425.
 90. Newsome, M.R., Scheibel, R.S., Hanten, G., Steinberg, J.L., Lu, H., Cook, L. et al. (2010). Brain activation while thinking about the self from another person's perspective after traumatic brain injury in adolescent [elektronická verze]. *Neuropsychology*, 24(2), 139-147.
 91. Oei, T.P.S., Hasking, P. & Phillips, L. (2007). A comparison of general self-efficacy and drinking rousal self-efficacy in predicting drinking behavior [elektronická verze]. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 33, 833-841.
 92. O'Phelan, K. (2011). Traumatic brain injury: definitiv and nomenclature. In F.S. Zollman (Ed.), *Manual of traumatic brain injury management* (3-9). New York: Demos Medical Publishing.
 93. Ouellet M.-Ch. & Morin, CH.M. (2006). Fatigue following traumatic brain injury: frequency, characteristics and associated factors [elektronická verze]. *Rehabilitation Psychology*, 51(2), 140-149.
 94. Papoušek, H. & Papoušek, M. (1987). Intuitive parenting: A didactic counterpart to the infant's precocity in integrative capacities. In J.D. Osofsky (Ed.), *Handbook of infant development*. New York: John Wiley.
 95. Paxton, R.J., Motl, R.W., Aylward, A. & Nigg, C.R. (2009). Physical activity and quality of life – the complementary influence of self-efficacy for physical activity and mental health difficulties [elektronická verze]. *International Journal of Behavioral Medicine*, 17, 255-263.
 96. Payne, J. et al. (2005). *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton.
 97. Pegg, P.O., Auerbach, S.M., Seel, R.T., Buenaver, L.F., Kiesler, D.J. & Plybon, L.E. (2005). The impact of patient-centered information on patients' treatment satisfaction and outcomes in traumatic brain injury rehabilitation [elektronická verze]. *Rehabilitation Psychology*, 50(4), 366-374.

98. Pella, R.D., Kendra, K., Hill, B.D. & Gouvier, W.D. (2008). Cognitive rehabilitation with brain-damaged patients. In A.M. Horton & D. Wedding (Eds.), *The Neuropsychology Handbook* (419-468). New York: Springer Publishing Company.
99. Peterson, J.J., Lowe, J.B., Peterson, N.A., Nothwehr, F.K., Janz, K.F. & Lobas, J.G. (2008). Paths to leisure physical activity among adults with intellectual disabilities: Self-efficacy and social support [elektronická verze]. *American Journal of Health Promotion*, 23(1), 35-42.
100. Port, A., Willmott, C. & Charlton, J. (2002). Self-awareness following traumatic brain injury and implication for rehabilitation [elektronická verze]. *Brain Injury*, 16(4), 277-289.
101. Powell, T. (2010). *Poškození mozku. Praktický průvodce pro terapeuty, rodinné příslušníky a pacienty*. Praha: Portál.
102. Preece, S. & Mellor, D. (2009). Learning patterns in social skills training programs: an exploratory study [elektronická verze]. *Child & Adolescent Social Work Journal*, 26, 87-101.
103. Preiss, M., Laing, H. & Rodriguez, M. (2002). *Neuropsychologická baterie Psychiatrického centra Praha. Klinické vyšetření základních kognitivních funkcí*. Praha: Psychiatrické centrum.
104. Preiss, M. & Kučerová, H. (Eds.). (2006). *Neuropsychologie v neurologii*. Praha: Grada.
105. Prosiegel, M., Böttger, S., Schenk, T., König, N., Marolf, M., Vaney, C. et al. (1996). Der Erweiterte Barthel-Index (EBI) – eine neue Skala zur Erfassung von Fähigkeitsstörungen bei neurologischen Patienten. *Neurologie und Rehabilitation*, 2, 7-13.
106. Resch, J.A., Villarreal, V., Johnson, C.L., Elliot, T.R., Kwok, O.-M., Berry, J.W. et al. (2009). Trajectories of life satisfaction in the first 5 years following traumatic brain injury [elektronická verze]. *Rehabilitation Psychology*, 54(1), 51-59.
107. Rohling, M.L., Beverly, B., Faust, M.E. & Demakis, G. (2009). Effectiveness of cognitive rehabilitation following acquired brain injury: a meta-analytic re-examination of Cicerone et al.'s (2000, 2005) systematic reviews [elektronická verze]. *Neuropsychology*, 23(1), 20-39.
108. Rotter, J.B. (1954). *Social learning and clinical psychology*. New York: Prentice-Hall.
109. Rotter, J.B. (1990). Internal versus external control of reinforcement: A case history of a variable [elektronická verze]. *American Psychologist*, 45(4), 489-493.
110. Rush, B.K., Malec, J.F., Brown, A.W. & Moessner, A.M. (2004). Preinjury personality traits and the prediction of early neurobehavioral symptoms following traumatic brain injury [elektronická verze]. *Rehabilitation Psychology*, 49(4), 275-281.
111. Rush, B.K., Malec, J.F., Brown, A.W. & Moessner, A.M. (2006). Personality and functional outcome following traumatic brain injury [elektronická verze]. *Rehabilitation Psychology*, 51(3), 257-264.

112. Ryan, R.M. & Deci, E.L. (2001). On happiness and human potentials: a review of research on hedonic and eudaimonic well-being [elektronická verze]. *Annual Review of Psychology*, 52, 141-166.
113. Safadi, E. & Rababah, G. (2012). The effect of scaffolding instruction on reading comprehension skills [elektronická verze]. *International Journal of Language Studies*, 6(2), 1-38.
114. Saunders, J.C., McDonald, S. & Richardson, R. (2006). Loss of emotional experience after traumatic brain injury: findings with the startle probe procedure [elektronická verze]. *Neuropsychology*, 20(2), 224-231.
115. Seligman, M.E.P., Peterson, C., Kaslow, N.J., Tannenbaum, R.L., Alloy, L.B. & Abramson, L.Y. (1984). Attentional style and depressive symptoms among children [elektronická verze]. *Journal of Abnormal Psychology*, 93, 235-238.
116. Shen, Y.E. (2009). Relationships between self-efficacy, social support and stress coping strategies in Chinese primary and secondary school teachers [elektronická verze]. *Stress and Health*, 25, 129-138.
117. Simpson, G., Franke, B. & Gillett, L. (2007). Suicide preventiv training outsider the mental health service system. Evaluaiton of a state-wide program in australia for rehabilitation and dissability staff in the field of ttraumatic brain injury [elektronická verze]. *Crisis*, 28(1), 35-43.
118. Simsek, A. (2011). The relationship between computer anxiety and computer self-efficacy [elektronická verze]. *Contemporary Educational Technology*, 2(3), 177-187.
119. Smrčka, M. a kol. (1994). *Poranění mozku*. Praha: Grada.
120. Sobotík, Z. (1998). Zkušenosti s použitím předběžné české verze amerického dotazníku o zdraví (SF-36). *Zdravotnictví v České republice*, 1(1-2), 50-54.
121. Sýkorová, D. (2007). *Autonomie ve stáří. Kapitoly z gerontosociologie*. Praha: Sociologické nakladatelství.
122. Šolcová, I. & Kebza, V. (2004). Kvalita života v psychologii. Osobní pohoda (well-being), její determinanty a prediktory. In H. Hnilicová (Ed.), *Kvalita života. Sborník příspěvků z konference, konané dne 25.10.2004 v Třeboni (21-32)*. Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky.
123. Thomasson, P. & Psouni, E. (2010). Social anxiety and related social impairment are linked to self-efficacy and dysfunctional coping [elektronická verze]. *Scandinavian Journal of Psychology*, 51, 171-178.
124. Tsaousides, T., Ashman, T. & Seter, C. (2008). The psychological effects of employment after traumatic brain injury: objective and subjective indicators [elektronická verze]. *Rehabilitation Psychology*, 53(4), 456-463.
125. Tsaousides, T., Warchowsky, A., Ashman, T.A., Cantor, J.B., Spielman, L. & Gordon, W.A. (2009). The relationship between employment-related self-efficacy and quality of life following traumatic brain injury [elektronická verze]. *Rehabilitation Psychology*, 54(3), 299-305.

126. Uomoto, J.M. & Fann, J.R. (2004). Explanatory style and perception of recovery in symptomatic mild traumatic injury [elektronická verze]. *Rehabilitation Psychology*, 49(4), 334-337.
127. Van Zundert, R.M.P., Engels, R.C.M.E. & Kuntsche, E. (2011). Contextual correlates of adolescents' self-efficacy after smoking cessation [elektronická verze]. *Psychology of Addictive Behavior*, 25(2), 301-311.
128. Vygotsky, L.S. (1978). *Mind in society: The development of higher psychological processes*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
129. Waldrone-Perrine, B., Rapport, L.J., Hanks, R.A., Lumley, M., Meachen, S.-J. & Hubbart, P. (2011). Religion and spirituality in rehabilitation outcomes among individuals with traumatic brain injury [elektronická verze]. *Rehabilitation Psychology*, 56(2), 107-116.
130. Ware, J.E., Kosinski, M. & Keller, S.D. (1994). *SF-36 Physical and mental health summary scales: a users manual*. Boston: The Health Institute, New England Medical Centre.
131. Willemse, M., Smith, M.R. & Van Wyk, S.B. (2011). The relationship between self-efficacy and aggression in a group of adolescents in peri-urban Down of Worcester, South Africa: implications for sport participation [elektronická verze]. *African Journal for Physical, Health Education, Recreation and Dance*, 90-102.
132. Willmott, C., Hocking, Ch., Ponsford, J. & Schönberger, M. (2009). Factors contributing to attentional impairments after traumatic brain injury [elektronická verze]. *Neuropsychology*, 23(4), 424-432.
133. Wilson, K.R., Donders, J. & Nguyen, L. (2011). Self and parent ratings of executive functioning after adolescent traumatic brain injury [elektronická verze]. *Rehabilitation Psychology*, 56(2), 100-106.
134. Yeates, K.O., Walz, N.Ch., Taylor, H.G., Stancin, T. & Wade, S. (2010). The family environment as a moderator of psychosocial outcomes following traumatic brain injury in young children [elektronická verze]. *Neuropsychology*, 24(3), 345-356.
135. Ziino, C. & Ponsford, J. (2006). Selective attention deficits and subjective fatigue following traumatic brain injury [elektronická verze]. *Neuropsychology*, 20(3), 383-390.
136. Zullig, K.J., Teoli, D.A. & Valois, R.F. (2011). Evaluating a brief measure of social self-efficacy among U.S. adolescents [elektronická verze]. *Psychological Reports*, 109(3), 907-920.