

Univerzita Karlova  
Pedagogická fakulta  
Katedra speciální pedagogiky

## BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Vnímání kvality života osobami s narušenou komunikační schopností po  
cévní mozkové příhodě

Perceived quality of life of people with post-stroke communication disorder

Marie Suchá

Vedoucí práce: doc. PaedDr. Vanda Hájková, Ph.D.

Studijní program: Specializace v pedagogice

Studijní obor: Český jazyk se zaměřením na vzdělávání – Speciální pedagogika se zaměřením na vzdělávání

Odevzdáním této bakalářské práce na téma Vnímání kvality života osobami s narušenou komunikační schopností po cévní mozkové příhodě potvrzuji, že jsem ji vypracovala pod vedením vedoucího práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále potvrzuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Praha, 2023

Marie

Suchá

Tímto bych chtěla poděkovat paní doc. PaedDr. Vandě Hájkové, Ph.D za cenné rady, odborné vedení a vstřícný přístup při psaní bakalářské práce. Dále bych ráda poděkovala všem účastníkům výzkumného šetření za spolupráci a v neposlední řadě bych jistě poděkovala mé rodině a přátelům za podporu.

## **ABSTRAKT**

Bakalářská práce, jejíž cílem je analyzovat subjektivně vnímanou kvalitu života osob s diagnózou afázie po cévní mozkové příhodě ve vybraných oblastech, je rozčleněna do čtyř hlavních kapitol. V prvních třech kapitolách jsou představeny teoretické poznatky z oblasti cévní mozkové příhody, narušené komunikační schopnosti po cévní mozkové příhodě a dále je představena problematika kvality života. Poslední kapitola obsahuje samotný výzkum práce, který byl zaměřen na jedince v důchodovém věku s diagnózou afázie po cévní mozkové příhodě. Kvalitativní výzkumné šetření bylo provedeno za pomoci výzkumné triangulace a zahrnovalo metodu dotazníku doplněnou o polostrukturovaný rozhovor. Získaná data byla analyzována a následně v textu práce interpretována. Výzkumné otázky týkající se vybraných oblastí kvality života byly zodpovězeny v následující části práce. Mezi nejproblematictější oblastí kvality života bylo možné považovat vliv narušené komunikační schopnosti na sociální vztahy osob s diagnózou afázie po cévní mozkové příhodě. Tyto vztahy jsou mnohokrát omezeny či přerušeny, a to se promítá i do další zkoumané oblasti výzkumného šetření, problematiky sebepojetí, která je po cévní mozkové příhodě negativně hodnocena. Další zkoumané oblasti jako samostatný pohyb, sebeobsluha a rodinné vztahy nejsou narušeny v tak velké míře, jak vyplývá z výsledků šetření. Na konci poslední kapitoly jsou výsledky šetření shrnuty, je uvedeno doporučení pro praxi, limity šetření a výzkum je porovnán se zahraničními studii.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

cévní mozková příhoda, afázie, narušená komunikační schopnost, kvalita života

## **ABSTRACT**

The bachelor's thesis, whose main aim of the research is to analyse the subjectively perceived quality of life of people with post-stroke aphasia in selected areas, is divided into four main chapters. The first three chapters present theoretical findings on stroke and post-stroke communication disorders. The following topic is the presentation of the issue of quality of life. The last chapter includes the research as such, which has been focused on retirement-age individuals diagnosed with post-stroke aphasia. The qualitative survey was done using the triangulation method, which contained a questionnaire method supplemented by a semi-structured interview. The obtained data were analysed and subsequently interpreted in the thesis text. Research questions concerning selected areas of quality of life were answered in the following part of the work. The impact of communication disorder on the social relationships of persons with post-stroke aphasia could be considered one of the most problematic areas of quality of life. These relationships are often limited or discontinued. This is also reflected in another researched area of the survey, the issue of self-concept, which is negatively affected after a stroke. The other investigated areas, such as independent movement, self-care and family relationships, are not disrupted as much as the survey results suggest. At the end of the last chapter, the results of the research are summarized, the recommendations for practice are presented, and the limits of the survey and the research is compared with foreign studies.

## **KEYWORDS**

stroke, aphasia, communication disorder, quality of life

## Obsah

Úvod .....	8
1 Cévní mozková příhoda.....	10
1.1 Etiologie cévní mozkové příhody .....	10
1.2 Symptomatologie cévní mozkové příhody a její následky .....	12
1.3 Diagnostika, terapie a prevence cévní mozkové příhody .....	13
2 Narušená komunikační schopnost u osob po cévní mozkové příhodě .....	15
2.1 Afázie.....	16
2.2 Dysartrie.....	21
3 Kvalita života.....	24
3.1 Vymezení kvality života .....	24
3.2 Možnosti měření kvality života .....	25
3.3 Vybrané oblasti kvality života osob s narušenou komunikační schopností po cévní mozkové příhodě .....	27
4 Vnímání kvality života osob s narušenou komunikační schopností po cévní mozkové příhodě.....	29
4.1 Cíle a metodologie výzkumu .....	29
4.2 Charakteristika výzkumného vzorku a prostředí .....	31
4.3 Vlastní výzkumné šetření.....	32
4.4 Závěry výzkumného šetření.....	38
4.5 Shrnutí.....	41
Závěr.....	43
Seznam použitých informačních zdrojů .....	45
Seznam příloh.....	53



## Úvod

Problematika cévní mozkové příhody je v posledních letech velmi aktuální nejen v České Republice, kde je toto onemocnění druhou nečastější příčinou úmrtí. Ročně se počet osob, jež prodělaly cévní mozkovou příhodu, stále zvyšuje a nepostihuje jen jedince v důchodovém věku, ale i výrazně mladší. Lidé, ačkoliv o výskytu onemocnění vědí, si často nejsou jisti, jak takové příhodě předcházet a jak zařadit vhodnou prevenci rizikových faktorů a onemocnění samotného. Nejenže cévní mozková příhoda ovlivňuje dosavadní život jedince samotného, jeho sebepojetí, ale taktéž má vliv na okolí osoby, její sociální kontakty a rodinu. Častým následkem cévních příhod mozkových je získaná neurogení porucha řečové komunikace, jež život samotného jedince výrazně komplikuje. Mezi tento typ následku řadíme zejména afázii, dysartrii a další druhy narušené komunikační schopnosti.

Bakalářská práce se zabývá problematikou narušené komunikační schopnosti, především afázií, jež vznikla v důsledku prodělané cévní mozkové příhody a zaměřuje se zejména na kvalitu života těchto osob. Cílem této práce je analyzovat subjektivně vnímanou kvalitu života osob s afázií po cévní mozkové příhodě ve vybraných oblastech, jako například v oblasti sebepojetí, samostatného pohybu a sebeobsluhy, nebo i v oblasti sociálních vztahů a vztahů s rodinou.

V první kapitole závěrečné práce je představena a definována cévní mozková příhoda, její příčiny vzniku, typy, symptomy a následky. Dále práce navazuje s krátkými poznatky týkající se diagnostiky, terapie a prevence cévních mozkových příhod. Druhá kapitola se týká narušené komunikační schopnosti, jež vzniká po cévní mozkové příhodě, především afázie a dysartrie. U každé z těchto získané neurogení poruchy komunikace je popsána její etiologie, symptomatologie, dále také diagnostika a terapie. Na konci podkapitoly týkající se afázie jsou uvedeny některé z nejčastějších přidružených centrálních poruch. Třetí kapitola, zabývající se kvalitou života u osob s narušenou komunikační schopností po cévní mozkové příhodě, z počátku definuje kvalitu života obecně, následně uvádí některé možné nástroje k měření kvality života a poté pojednává o vybraných oblastech kvality života osob s narušenou komunikační schopností po mozkové příhodě.



Poslední kapitola zahrnuje výzkumné šetření práce. Tato kapitola obsahuje metodologii výzkumu, kdy byl cíl práce plněn v podobě kvalitativního výzkumu spojující metody polostrukturovaného rozhovoru a dotazníku, dále je zde specifikován výzkumný vzorek, popis výzkumného šetření a nakonec vyvozeny závěry a shrnuty výsledky šetření.

## 1 Cévní mozková příhoda

Cévní mozková příhoda (dále CMP) neboli iktus je náhle vzniklá mozková porucha, která se tvoří v důsledku poruchy cerebrální cirkulace, především se jedná o poruchu ložiskovou, ale lze se setkat i s méně častou globální poruchou (Ambler, 2011, s. 140). Podobně vymezuje CMP i Bauer (In Nevšimalová, Růžička, Tichý a kol., 2002, s. 171), který definuje CMP dle WHO jako „rychle se rozvíjející ložiskové, občas i celkové příznaky poruchy mozkové funkce trvající déle než 24 hodin nebo končící smrtí nemocného, bez přítomnosti jiné zjevné příčiny cévního původu.“

CMP je v podstatě onemocnění mozkových cév, při kterém nedostatečný přísun kyslíku do mozkových buněk, které jsou nejnáchylnější k ischemickému poškození, vede k jejich smrti (Gillen, 2011, s. 2 [online]). Volný, Pokorná, Mikulík a kol. (2016 [online]) uvádí, že CMP je „náhlá porucha krevního oběhu mozku, která vede k nevratnému poškození mozkové tkáně. Jde o akutní stav, který vyžaduje neodkladnou lékařskou pomoc, kdy nejdůležitější roli hraje čas“. Neubauer (In Neubauer a kol., 2007a, s. 32) dodává, že CMP je jedním z nejobávanějších onemocnění dospělé populace na celém světě.

Dle Kality a kol. (2006, s. 16) 50 milionů lidí žijících lidí na světě prodělalo CMP. Česká republika patří mezi země s velmi vysokou frekvencí cévních onemocnění mozku a CMP je třetí nejčastěji příčinnou úmrtí hned po chorobách srdce a rakovině (Seidl, 2008, s. 83). V akutní fázi, tedy první dva týdny po CMP, umírá 10–15 % nemocných a do šesti měsíců 30 % jedinců. V dalších případech často dochází k trvalé invalidizaci a k závislosti na pomoci druhých osob, buď částečné nebo úplné. Proto se v posledních letech klade velký důraz na prevenci, díky níž můžeme cévní mozkové příhodě předejít více než 50 % případů (Ambler, 2011, s. 140).

### 1.1 Etiologie cévní mozkové příhody

Za nejvýznamnější rizikový faktor u CMP je považován věk jedince, kdy se po dosažení 55 let zvyšuje riziko více než dvojnásobně v každé následné dekádě. Mezi další rizikové faktory patří například i pohlaví, jelikož výskyt CMP je u mužů častější nežli u žen, avšak každým rokem na iktus umírá více žen než mužů z důvodu vyššího věku dožití u žen. Jako další rizikové faktory, jež nelze ovlivnit, můžeme uvést také genetické dispozice či příslušnost k určité rasové skupině (Kalita a kol., 2006, s. 112–114). Dále se

můžeme setkat i s rizikovými faktory jako je hypertenze (vysoký krevní tlak), kardiologická onemocnění, např. infarkt myokardu nebo onemocnění chlopní, dále také diabetes mellitus (choroba způsobena absolutním nebo relativním nedostatkem inzulínu), či zvýšená koncentrace glukózy v krvi neboli hyperglykemie (Seidl, 2015, s. 191; Kábrt, Kábrt jr., 2015, s. 271, 352).

Mezi nejednoznačně prokázané rizikové faktory patří alkohol, abúzus návykových látek či špatný životní styl. Velmi častým rizikovým faktorem je obezita, ta souvisí i s vyšším krevním tlakem či hyperglykemií. Důležitá je proto pravidelná fyzická aktivita, jež snižuje riziko předčasné smrti a vhodná dieta (Kalita a kol., 2006, s. 114–138). Obdobné rizikové faktory uvádí i Kalina (2008, s. 48–49), avšak navíc přidává například i stres, který podporuje vývoj hypertenze, či sociální faktory a sociální situace.

Příčiny cévních příhod mozkových se mohou lišit i na základě typu cévní mozkové příhody. Ambler (2011, s. 140) dělí CMP na ischemickou, vyskytující se v 80 % případů, a hemoragickou, jež je přítomna ve zbývajících 20 % případů. Hemoragickou cévní mozkovou příhodu dále rozděluje na intracerebrální hemoragii (přibližně v 17 %) a subarachnoidální CMP (asi v 3 % případů).

Klasifikovat mozkovou ischemii lze dle dílčích kritérií, například dle mechanismu vzniku můžeme ischemii dělit na obstrukční – vznikající při uzávěru cévy trombem (srážení krve v cévách) či embolem (uzavření mozkové tepny uvolněnou krevní sraženinou), nebo neobstrukční, jež se tvoří hypoperfúzí (nedokrvění, snížené prokrvení). Další dělení dle vztahu k tepennému povodí obsahuje infarkty teritoriální, interteritoriální nebo lakunární a velmi často se užívá dělení dle časového průběhu. Zde se jedná o tranzitorních ischemických aktech (TIA), progredujících mozkových příhodách a dokončených ischemických příhodách (Ambler, 2011, s. 140; Čecháčková In Škodová, Jedlička a kol., s. 149–150; Kábrt, Kábrt jr., 2015, s. 573). Bauer (In Nevšimalová, Růžička, Tichý a kol., 2002, s. 177) uvádí další typ CMP spadající pod způsob dělení dle časového průběhu, a to reverzibilní cévní mozkovou příhodu (RIND).

Hemoragické CMP jsou ve 40–50 % případů následkem hypertenze, krevních chorob, vaskulidity (zánět cév), nebo angiopatie (cévní onemocnění) (Seidl, 2008, s. 87; Kábrt, Kábrt jr., 2015. s. 151, 767). Ambler (2006, s. 147) uvádí, že za vzácnou příčinu mozkové hemoragie se považuje krvácení do mozkového tumoru. Dle Bauera (In Nevšimalová, Růžička, Tichý a kol., 2002, s. 174) můžeme krvácení dělit v závislosti na výši krevního tlaku, velikosti ruptury cévní stěny a odporu okolní tkáně na tříštivé, ohraničené či globózní.

## 1.2 Symptomatologie cévní mozkové příhody a její následky

Projevy CMP se mohou různit, avšak za nečastější příznaky můžeme považovat náhlé oslabení ruky, nohy, tváře, dále problémy s řečí, zmatenost, brnění, nevolnost, bolest hlavy, neschopnost udržet rovnováhu či problém s koordinací pohybů a také poruchy zraku, zejména výpadky vidění (Tomek a kol., 2015 [online]). Klinický obraz jedince po CMP závisí zejména na rozsahu, tíži a trvání příhody (Ambler, 2006, s. 141).

Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně (2023 [online]) uvádí test FAST, dle něhož můžeme rychle diagnostikovat příznaky CMP. První tři písmena představují příznaky, které jsou typické pro CMP. Face (obličej) je uváděno pro symptom poklesu očního víčka či ústního koutu. Arm (paže) znamená neschopnost udržet ruce ve stejné výšce při předpažení, jedna z paží nápadně klesá. Speech (řeč) představuje symptom poškození řeči, kdy má jedinec problém s porozuměním, nebo odpovídá nesrozumitelně. Poslední písmeno T zastupuje slovo Time (čas), který je klíčový, pokud se objeví alespoň jeden z těchto příznaků. Tato verze se později rozšířila na verzi označovanou jako BEFAST, kdy písmeno B označuje slovo Balance (rovnováha), jež představuje problémy s rovnováhou či koordinací a písmeno E zastupuje slovo Eyes (oči) označující obtíže s viděním (Geiger, 2021 [online]).

Kalina a kol. (2008, s. 19–32) uvádí výčet oblastí, které jsou zasaženy po CMP. Mezi tyto oblasti spadají zejména poruchy vědomí, ty mohou být kvantitativní, například somnolence (lehčí porucha vědomí), sopor (porucha vědomí těžšího stupně), kóma (stav bezvědomí trvající delší časový interval) či kvalitativní vyznačující se zmateností až deliriem. Dalším výrazným příznakem jsou poruchy hybnosti a ztráta normálních kontrolovatelných pohybů projevující se ztrátou normálního svalového tonu (svalového napětí). Při zvýšení svalového tonu hovoříme o spasticitě nebo o hypertonu, naopak při

snížení svalového tonu uvádíme termíny hypotonie/hypotonus či svalová chabost (WHO, 2004, s.13). Následky cévní mozkové příhody zahrnují i poruchy vyšších mozkových funkcí, jako například poruchy pozornosti, koncentrace, paměti či poruchy faktických funkcí, kdy se jako následek diagnostiky rozliší přítomnost a typ afázie či dysartrie, nebo zda je přítomna apraxie, anozognozie či jiná vizuálně-prostorová porucha (Kalina a kol., 2008, s. 23; Kábrt, Kábrt jr, 2015, s. 236, 688).

Ambler (2006, s. 142) uvádí, že pro dokončený ikt jsou typické následky, které vznikají v závislosti na místě vzniku. U postižení karotického povodí (přední cirkulace) se vyskytuje hemiparéza či hemiplegie, afázie, možná je i epilepsie či poruchy vědomí. Při zasažení a. cerebri media postihuje hemiparéza z větší části horní končetinu, k tomuto dochází asi v 50 % všech CMP. Postižení a. cerebri anterior (asi 3 % případů) způsobuje větší postižení dolní končetiny. Léze a. cerebri posterior se vyznačuje poruchami zraku. Naopak pro postižení povodí vertebrobasilárního povodí (zadní cirkulace) jsou typické závratě, dysartrie, poruchy rovnováhy, nystagmus či ataxie.

### **1.3 Diagnostika, terapie a prevence cévní mozkové příhody**

Existuje celá řada diagnostických metod a testů pro vyšetření CMP. Bauer (In Nevšimalová, Růžička, Tichý a kol., 2002, s. 181) považuje za základ diagnostiky CMP podrobný rozbor amnestických údajů, klinického obrazu a posouzení nálezu. Z počátku je nejdůležitější provést CT mozku nejen k odlišení hemoragie a ischemie, ale také ke specifikaci mozkové ischemie. Dokonalejší avšak méně dostupnou diagnostickou technikou je magnetická rezonance (MR) (Kalina, 2001, s. 130, Kalina a kol., 2008, s. 69). Mezi další významné diagnostické metody patří například digitální substrakční angiografie (DSA), sonografické vyšetření či různé nukleární metody (Bauer In Nevšimalová, Růžička, Tichý a kol., 2002, s. 181–182).

Pro dosažení co nejvyšší možné kvality života osob po CMP je důležitá včasná a komplexní rehabilitace. Ta se týká nejen zdravotnictví, ale je zaměřena i na stránku ekonomickou, technickou, pedagogickou a společensko-sociální. Rehabilitace si kromě zlepšení kvality života jednice klade cíle jako snížení závislosti na cizí pomoci či dosažení co nejplnějšiho začlenění pacienta do života a práce. K volbě správné rehabilitační strategie a plánu je třeba zhodnotit fyzický i psychický stav pacienta. Tyto informace lze získat díky množství testů, které souží k popisu postižení, hodnocení klinické změny a predikci, jež má za úkol přinést informaci pro identifikaci nemocných s vysokým

rizikem a skupiny vhodné pro speciální způsob léčby. Jednotlivé testy se zaměřují na různé oblasti, například měření poruch motoriky, hodnocení psychického stavu, testování kvality života a participace či testování aktivity (Vaňásková In Kalita a kol., 2006, s. 486, 489).

Před započnutím samotné terapie je vhodné vytvořit rehabilitační program, který začíná stanovením reálných cílů pro každého pacienta. Samotné aktivity poté směřují k soběstačnosti jedince a náviku každodenních činností (Activity of Daily Living – ADL). Je také nutné pracovat individuálně, v rámci možností každého jedince a vyhýbat se tak frustraci z nezdaru (WHO, 2004, s. 19–20).

Prevenici CMP lze dělit na primární, která se snaží předcházet vzniku mozkových příhod, a sekundární zaměřující se přecházet recidivě CMP. Mezi primární prevencí bychom mohli zařadit omezení všech ovlivnitelných faktorů způsobující CMP. Je tedy na místě zákaz kouření, snížení konzumace alkoholu, redukce nadváhy či vyvarování se stresovým situacím, dále také změnit kvalitu spánku a pravidelně navštěvovat lékaře (Bauer In Nevšímalová, Růžička, Tichý a kol., 2002, s. 183, Tomek a kol., 2015). Sekundární prevence bývá mnohdy doplněna o vhodnou farmakologickou léčbu a často se překrývá s prevencí primární, ovšem možnost opakování CMP je vyšší, než před vznikem první příhody (Kalina, 2001, s. 187).

## 2 **Narušená komunikační schopnost u osob po cévní mozkové příhodě**

Narušená komunikační schopnost (dále jen NKS) je předmětem vědního oboru logopedie a definovat ji není tak snadné. Již vymezení normality je velmi komplikované, tzn. určit, kdy hovoříme o normě a kdy se jedná o narušení. Při hodnocení NKS bychom měli vycházet z komunikačního záměru jedince a zvážit, v jakém jazykovém prostředí osoba žije, jaké má vzdělání, nebo je-li mluvním profesionálem. Nelze pozorovat jen narušenou formální stránku řeči, ale musíme si všimnout i jazykových projevů daného člověka (Klenková, 2006, s. 52–53).

Lechta (in Lechta a kol., 2003, s. 17–18) uvádí podmínky, které je nutno splnit při vymezení NKS: „[k]omunikační schopnost jednotlivce je narušena tehdy, když některá rovina (nebo několik rovin současně) jeho jazykových projevů působí interferenčně vzhledem k jeho komunikačnímu záměru.“ Narušená komunikační schopnost může mít podobu verbální či neverbální, může být narušena receptivní či expresivní složka a také rozlišujeme vadu řeči vrozenou či získanou poruchu komunikace. Dále bychom NKS mohli rozdělit na přechodnou či trvalou a je třeba sledovat nejen rovinu foneticko-fonologickou, ale i rovinu morfologicko-syntaktickou, lexikálně-sémantickou a pragmatickou.

Narušená komunikační schopnost, jež vznikla po cévní mozkové příhodě, se dle Neubauera a kol. (2007) řadí do problematiky získaných neurogeních poruch řečové komunikace (ZNPŘK). Neurogení poruchy komunikace však nevznikají pouze jako následek cévní mozkové příhody, ale vznikají i v důsledku poškození činnosti centrální nervové soustavy (CNS). Kromě cévní mozkové příhody a cévního onemocnění mozku patří mezi čtyři příčiny neurogeních poruch komunikace také nádory a infekce CNS, traumatická poškození tkáně CNS a degenerativní onemocnění CNS (Neubauer In Neubauer a kol., 2007a, s. 31–34).

Do problematiky ZNPŘK se u dospělých osob dle psycholingvisticky orientovaného přístupu, který se zaměřuje na zjištění dominantní příčiny poruchy, zařazuje dysartrie a řečová dyspraxie (poruchy motorických řečových mechanismů), afázie (porucha individuálního jazykového systému), nebo také dysfagie a orální dyspraxie, u nichž se jedná o postižení primárních funkcí orofaciálního traktu (Neubauer In Neubauer a kol., 2007c, s. 17).

Pro potřeby závěrečné práce je nejdůležitější problematika afázie, právě proto je jí v další části věnováno nejvíce prostoru. Dále se práce věnuje z větší části dysartrii, jelikož je vedle afázie nečastější získanou neurogenní poruchou komunikace po CMP, a zmíněny jsou i ostatní ZNPRK, které se často vyskytují v souběhu s afázií či dysartrií.

## 2.1 Afázie

V historii afaziologie vzniklo množství definic afázie, jejichž povaha záleží na oboru, který ji definuje. Rozdílné definice mohou být z pohledu neurologického, neurolingvistického, psycholingvistického či z pohledu logopedického, který je v této práci nejpodstatnější (Papathanasiou, Coppens In Papathanasiou, Coppens, Potagas, 2013).

Cséfalvay (In Cséfalvay a kol., 2007, s. 15) definuje afázií jako získanou poruchu produkce a porozumění řeči, která vzniká při ložiskovém poškození mozku, primárně v kortikální oblasti, ale může vzniknout i při lézi níže uložených oblastí mozku. Tato neurogenní porucha komunikace se může dělit na několik stupňů, kde rozhodujícím faktorem je rozsah a lokalizace léze. Dále klinický obraz afázie závisí také na povaze patologického procesu a věku pacienta (Čecháčková In Škodová, Jedlička a kol., s. 149). Klenková (2006, s. 79) k této definici dodává, že jsou v různé míře zasaženy všechny jazykové roviny a postiženy všechny modalities řeči: expresivní, receptivní, mluvená i psaná řeč.

S dalším vymezením afázie přichází Neubauer (In Neubauer a kol., 2018a, s. 442): „[a]fázie je získanou neurogenně podmíněnou komunikační poruchou, která zasahuje individuální jazykový systém člověka většinou náhle vzniklou ztrátou schopností mluvené řeči a rozumění mluvené a psané řeči.“ Dále dodává, že afázie se vyznačuje zejména neschopností se srozumitelně verbálně vyjádřit, dále je také přítomná narušená schopnost pochopení významu slov, objevují se potíže s vyhledáváním adekvátních výrazů, taktéž se můžeme setkat s výraznými nedostatky a problémy při sestavování vět a užívání gramatických kategorií.



## **Etiologie afázie**

Ke vzniku afázie dochází při ložiskových poškození mozku, hlavně v kortikální oblasti, ale i při lézích níže uložených oblastí mozku, které jsou spojeny s korovými oblastmi, jež se účastní na jazykových procesech (Cséfalvay In Cséfalvay a kol., 2007, s. 15). Sovák (In Škodová, Jedlička a kol, 2007, s. 149) uvádí, že afázie vzniká na podkladě orgánového poškození mozkové tkáně dominantní hemisféry.

Nejčastější příčinou afázie jsou cévní mozkové příhody. Čecháčková (In Škodová, Jedlička a kol., s. 149) uvádí dvě základní skupiny – cévní příhody hemoragické, neboli krvácení a cévní příhody ischemické. Za nejčastější příčinu krvácení se považuje hypertenze (vysoký krevní tlak), dále prasknutí aneurysmatu (tepenná výduť) a také se objevují projevy krvácení při mozkovém nádoru. Je možné, aby krvácení vzniklo v jakékoliv části mozku, ale nejčastější výskyt je v oblastech bazálních ganglií, mozkových laloků, mozkového kmene a mozečku, hojný je taktéž výlev krve mezi mozkové pleny (intermeningeální krvácení). Příčinami, symptomy a klasifikací a dalšími jevy cévních příhod mozkových se zabývá první kapitola bakalářské práce.

Mezi další příčiny vzniku patří úrazy a poranění mozku, kdy se primárně jedná o otřes mozku či zhmoždění mozku. Můžeme se setkat i s vznikem afázie při tumoru (nádoru) mozku, při němž nezáleží na jeho povaze, ale jen na jeho místě výskytu. Také při zánětlivých onemocněních mozku (encefalitida, meningoencefalitida), intoxikaci mozku či u osob s degenerativním onemocněním CNS (Alzheimerova nemoc, Pickova nemoc) se můžeme setkat s výskytem této NKS (idib., s. 150).

## **Symptomatologie afázie**

Projevy afázie se objevují v různých kombinacích, kvalitě a kvantitě (Klenková, 2006, s. 80). Často se objevuje nemožnost se vyjádřit pomocí verbální řeči, neschopnost chápání významu slov, obtížnost nalézt adekvátní výraz ve vlastním slovníku nebo problémy v sestavování souvislých vět. Všechny tyto nedostatky mohou být doprovázeny nedostatky v oblasti čtení, psaní či apraxií (Neubauer In Neubauer a kol., 2018a, s. 445).

Rozlišujeme, zda je řeč fluentní (plynulá), jež je vymezena normální produkcí slov za minutu (přibližně 120 slov za minutu), nebo řeč nonfluentní, při níž řečový projev jedince poklesne na produkci přibližně 50 slov za minutu. Za pacienta s hyperfluentní afázií bychom mohli označit jedince, který užívá nevhodné výrazy s nízkým obsahem informací, jeho popis je rozvláčný a bezúčelný (Čecháčková In Škodová, Jedlička a kol.,

2007, s. 151). U těchto osob se často objevuje jeden z mnoha symptomů afázie, a to neologismy. Vyznačují se tvorbou gramaticky nesprávných slov, záměnou hlásek, slabik a nesrozumitelnými slovy, z čehož vychází nesrozumitelná sdělení (Klenková, 2006, s. 80).

K nečastějším a charakteristickým symptomům afázie patří parafázie, při které vzniká deformace slov různého typu a stupně. Mezi základní typy parafázie patří parafázie fonemická, žargonová a sémantická. U fonemické parafázie dochází k záměně fonémů a lze odhadnout, co chtěl jedinec sdělit. Žargonová parafázie se vyznačuje změnou nebo těžkou deformací slova a není možné porozumět produkované řeči. Posledním typem je sémantická parafázie, kdy si jedinec nemůže vzpomenout na určité slovo a nahrazuje ho slovem podobného významu, či jeho význam opíše. Pokud se u jedince projeví snížená schopnost nebo nemožnost větného vyjádření, jedná se o symptom parafrázie, která se vyskytuje zejména u expresivní (Brocovy) afázie. (Čecháčková In Škodová, Jedlička a kol., 2007, s. 152).

Dalším charakteristickým symptomem pro afatiky je perservace. Jedinec ulpívá na předchozím podnětu či slovu, i když už daný podnět nepůsobí a není schopen změny (Dvořák, 1998, s. 125). Co se týče poruch rozumění, vyskytují se u osob s afázií poměrně často, i když tento symptom nemusí být patrný hned při prvním kontaktu s jedincem. Jako další dva symptomy při výskytu afázie bychom mohli uvést anomii, kdy jedinec není schopen ve svém slovníku najít vhodné pojmenování pro daný předmět, a také logorheu, jež se vyznačuje jako „rychlá překotná mluva se sníženou srozumitelností pro častý výskyt žargonových parafázií“ (Čecháčková In Škodová, Jedlička a kol., 2007, s. 152–153).

### **Klasifikace afázie**

V problematice afázie je typické množství klinických klasifikací, existují různé systémy dle rozdílných hledisek. V současné době je nejrozšířenější členění na afázií motorickou (Brockovu, expresivní), sensorickou (Wernickeovu, receptivní) a afázií totální (globální). Určit jednotnou klasifikaci je složité i z důvodu rozmanitosti a široké interpretace jednotlivých prvků poruchy funkční složitosti CNS (Čecháčková In Škodová, Jedlička a kol., 2007, s. 154).

Za nejrozšířenější klasifikaci je považována Bostonská klasifikace afázie, jež hodnotí fluenci a nonfluenci spontánního projevu a též se zabývá schopností či

neschopností opakování mluvené řeči. Tato klasifikace zahrnuje několik typů afázie, které jsou v další části krátce představeny. Bostonská klasifikace se zaměřuje zejména na silné a slabé stránky jednotlivých řečových modalit: pojmenování, porozumění mluvené řeči, opakování a fluenci konverzační řeči (Cséfalvay In Lechta a kol., 2003a, s. 208)

Častý výskyt parafrází a parafází jako nečastější symptom lze pozorovat u Brockovy afázie, často se také objevují agramatismy a nonfluence. Jedinci s tímto typem afázie mají také problém s opakováním vět. Naopak u Wernickeho afázie je mluva jednice často fluentní (plynulá) a jedinec může mít problémy s artikulací. Vyskytuje se logorhea, parafázie či neologismy a také se můžeme setkat s velmi nápadnou poruchou porozumění smyslu a zvuku slova nebo věty. Mezi další typy patří konduktivní (převodová) afázie, při níž je problematické opakování slov, jedinec užívá časté parafázie, ale jeho spontánní projev je intaktní a nemá problém s porozuměním okolí.

Při diagnóze anomické afázie má jedinec problém s hledáním adekvátního výrazu, jeho percepce řeči je neporušena. Tento typ je brán jako nejlehčí forma afázie. Naopak za nejtěžší typ afázie je považována afázie globální, neboli totální. Jedinci s touto diagnózou nereagují na žádné řečové podněty a jejich verbální vyjadřování je nulové. Tato diagnóza může mít buď přechodný či trvalý charakter. Charakteristickým znakem pro poslední typ afázie je echolalie (opakování slova bez porozumění jeho obsahu). Tato forma se nazývá transkortikální afázie a vyskytuje se ve dvou typech: transkortikální motorická afázie, při které je tvořena řeč obtížně, agramaticky, a transkortikální sensorická afázie, kdy je řeč fluentní, ale bez porozumění významu slov či vět. Dále se můžeme setkat i s jinými klasifikacemi, jako například Lurijova klasifikaci afázie, Olomoucká či Hrbkova klasifikaci afázie (Čecháčková In Škodová, Jedlička a kol., 2007, s. 154–161).

### **Diagnostika a terapie afázie**

Zejména v akutním stádiu onemocnění se u pacientů využívají screeningové testy. Screening se zaměřuje hlavně na spontánní řeč, opakování, porozumění slovům, větám v mluvené či psané podobě nebo na pojmenování předmětů. Mezi nejčastěji používané diagnostické materiály patří zejména Mississippi Aphasia Screening Test (MAST), nebo také Aphasia Schnell Test (AST), Bedside Evaluation Screening Test – 2. vydání (BEST-2) či Token test (Cséfalvay, Košťálová In Cséfalvay, Lechta, 2013, 91–93).

Mezi komplexní texty afázie užívané v našem prostředí řadí Neubauer (In Neubauer a kol., 2018a, s. 453–454) Pražské afaziologické vyšetření (PAV) nebo Vyšetření fatických funkcí (VFF) a Cséfalvay, Košťálová (In Cséfalvay, Lechta, 2013, 93–95) uvádí další typy testových baterií pro komplexní hodnocení jazykových deficitů: Western Aphasia Batter (WAB), Comprehensive Aphasia Test (CAT), nebo také Aachern Aphasia Test (AAT).

Terapie afázie je velmi rozšířenou problematikou v afaziologii, jež si klade spoustu otázek, na které není dodnes jednoduché odpovědět. Hlavní otázku, jestli je terapie efektivní, doplňují také otázky týkající se vhodné doby začátku terapie, délku doby jejího trvání, nebo je-li typ terapie vhodný pro daného pacienta (Cséfalvay In Lechta a kol., 2011, s. 206–211). Klenková (2006, s. 84) uvádí několik základních směrů v terapii afázie: stimulační přístupy, jiné přístupy a obnovování specifických narušení.

### **Přidružené centrální poruchy**

U diagnostiky afázie se můžeme setkat i s výskytem jiných poruch, které souvisí s afázií a často ji doprovází. Jedná se o přidružené centrální poruchy, zejména o alexii, agrafii, agnozii či apraxii. Porucha čtení vzniklá v důsledku mozkového poškození, neboli alexie, se vyznačuje nezpůsobilostí porozumět psanému slovu a rozlišujeme ji od dyslexie, u níž se jedná o poruchu vrozenou. V terminologii i v klasifikaci alexie převládá značná různorodost, avšak nejčastěji se užívá rozdělení na alexii s agrafií a alexii bez agrafie, k nimž se později přidal i další typ, frontální alexie. Jako nejběžnější formu alexie můžeme označit alexii při afázii, kdy jsou symptomy alexie při afázii chápány jakožto součást klinického obrazu afázie, ne jako rys alexie samotné. Jako agrafie je označována porucha psaní, jež vznikla v důsledku mozkového poškození. Nejčastěji se jedná o agrafii při afázii, ale může se objevit i agrafie bez afázie (Love, Webb, 2009, s. 248–251).

Dále autoři vymezují agnozii, při níž má jedinec problém s rozpoznáváním kvůli poškození kortikálních senzoriálních asociačních oblastí nebo drah. Tato porucha má několik typů, mezi ne patří vizuální agnozie, sluchová agnozie, taktilní syndrom nebo Gerstmannův syndrom, pro nějž je typická agnozie prstů, akalkulie, agrafie a porucha pravolevé orientace. Poslední zmiňovanou přidruženou centrální poruchou je apraxie, u které je poškozeno provádění volných motorických úkonů a vzniká v důsledku léze motorických asociačních oblastí a drah, automatická gesta zůstávají nenarušena. Mezi časté typy apraxie patří ideomotorická apraxie vyznačující se narušeným prováděním

jednoduchých motorických gest na pokyn, orální apraxie, kdy se jedná o poruchu neřečových pohybů orálního svalstva, nebo také řečová apraxie, při níž je narušeno motorické programování řeči (idib., s. 252–262).

## 2.2 Dysartrie

Za dysartrii se považuje „porucha motorické realizace řeči jako celku vznikající při organickém poškození centrální nervové soustavy“ (Klenková, 2006, s. 117). Tato porucha zahrnuje řadu typů či symptomů poruch řeči, které způsobují obtíže ve svalové kontrole řečových mechanismů a postihuje základní modalitty motorické realizace řeči: respiraci, fonaci, artikulaci a rezonanci (Neubauer In Neubauer a kol., 2007b, s. 44–45). Další definici nabízí i Duffy (2013, s. 4), který označuje dysartrii jako skupinu neurologických poruch řeči, které odrážejí abnormality v síle, rychlosti, rytmu, ustálenosti, tónu nebo přesnosti pohybu, jež jsou vyžadovány pro dechové, fonační, rezonanční, artikulační nebo prozodické aspekty produkce řeči.

Neubauer (In Škodová, Jedlička, 2007, s. 307) uvádí dysartrii v terminologii narušení článkování řeči společně s dyslalii, s kterou má dysartrie velmi podobnou symptomatologii, avšak etiologie je rozdílná. Rozdílné přiřazení uvádí Cséfalvay, Mekyska a Košťálová (In Cséfalvay, Lechta a kol., 2013, s. 217), ti řadí dysartrii do problematiky motorických poruch řeči. Mimo dysartrii spadá do této problematiky i apraxie řeči. Jako dysartrii označují tito autoři „neurogenně podmíněnou narušenou komunikační schopnost, která se manifestuje jako porucha neuromuskulární exekuce řeči.“

Kromě dysartrie získané, jež vzniká v důsledku traumat či onemocnění CNS, se lze setkat i s vývojovou dysartrií. Tato porucha vzniká na základě vrozené léze nervové soustavy, a proto je nejčastěji spojována se syndromem mozkové obrny (Neubauer In Neubauer a kol., 2018b, 416–417). Za nejtěžší formu dysartrie je označována anartrie, která představuje neschopnost verbálně komunikovat, nemožnost artikulované mluvy a často se vyskytuje ve spojení s afonií vyznačující se neschopností tvořit hlas. Častou poruchou doprovázející dysartrii je dysfagie, která označuje poruchu polykání v důsledku léze nervové soustavy, zahrnující i vitální funkce orofaciálního traktu člověka, jimiž jsou respirace a příjem potravy (Neubauer In Lechta a kol., 2011, s. 284).

## **Etiologie dysartrie**

U získané dysartrie se za nejčastější příčinu považuje syndrom mozkové obrny, jehož četnost je v populaci dlouhodobě přítomná a existuje velké množství další příčin, které mohou tuto poruchu způsobit. V prenatálním období to mohou být zejména úrazy matky, nedonošení různého stupně, či krvácení do mozku plodu při nedostatku vitamínu K, dále v perinatálním období může dojít během porodu k asfyxii a v prvních měsících života dítěte a v postnatálním období, se může vyskytnout meningitida, encefalitida či intoxikace (Klenková, 2006, s. 118).

U dospělých osob vzniká dysartrie také jako následek CMP lokalizovaných v různých částech mozku, další příčinou mohou být tumory nebo úrazy mozku. Také degenerativní onemocnění centrální nervové soustavy mohou způsobit vznik dysartrie, jedná se především o Parkinsonovu chorobu či roztroušenou sklerózu (Cséfalvay, Mekyska, Košťálová In Cséfalvay, Lechta a kol., 2013, s. 118–119).

## **Klasifikace a symptomatologie dysartrie**

V klasifikaci dysartrie se objevují různé přístupy, které jsou terminologicky odlišné, avšak si vzájemně neodporují. Z hlediska lokalizace léze se dysartrie dělí na kortikální (korovou), pyramidovou, extrapyramidovou, cerebrální (mozečkovou), bulbální a kombinovanou. Toto dělení užívají ve svých publikacích například Sovák (1981), Lechta (1990) či Cséfalvay (2003). Dnes mnohem rozšířenější a používanější klasifikací je dělení dle symptomu, jehož užívají například Neubauer (2007, 2011, 2018), Love a Webb (2009), Cséfalvay, Mekyska a Košťálová (2013).

Jako první bychom v klasifikaci dle symptomu vymezili dysartrii facidní či periferní (chabá), jež vzniká při lézi hlavových, ale také spinálních nervů a vyznačuje se zejména hypernazalitou, poruchami artikulace a fonace. Spastická (centrální) dysartrie se od facidní liší zejména přítomností dalších poruch. Navíc můžeme setkat i s dysprozodií, kdy se u jedince objevuje snížená intenzita hlasu či zpomalené tempo řeči, nebo hypersalivací (zvýšený slinotok). Mezi symptomy ataktické (cerebrální, mozečkové) dysartrie, jež vzniká poškozením mozečku a jeho nervových drah, patří špatná koordinace pohybů, narušena je i respirace, rezonance, artikulace a fonace (Cséfalvay, Mekyska, Košťálová In Cséfalvay, Lechta a kol., 2013, s. 119–123).

Mezi další typy patří dysartrie hyperkinetická a hypokinetická. S typem hypokinetickým se můžeme setkat při lézi bazálních ganglií a je pro něj charakteristická rigidita svalových skupin, často přítomný klidový třes, monotónnost v řečovém projevu, palilálie (opakování slabik či slov) a také porucha respirace. Tento typ dysartrie je nejčastěji zapříčiněn Parkinsonovou chorobou. Mezi typické projevy hyperkinetické dysartrie, jež vzniká při nemocech zahrnující bazální ganglia, se řadí snížení svalového tonu, zvýšení mimovolní hybnosti svalových skupin, hlasitý a často nesrozumitelný řečový projev, poškozena je artikulace, fonace i respirace. Posledním typem je typ smíšený vznikající při kombinaci více lézí CNS či při degenerativních onemocněních (Neubauer In Lechta a kol., 2011, 304–305).

### **Diagnostika a terapie dysartrie**

Při diagnostice dysartrie je uplatňována snaha o komplexnost a týmovou spolupráci z řad logopedů neurologů, foniatrů, popř. jiných odborníků a je potřeba se zaměřit zejména na hodnocení motorických funkcí artikulačních orgánů, výslovnosti jednotlivých hlásek, respirace, fonace, rezonance a také hodnocení prozodických komponentů řeči (Cséfalvay In Lechta a kol., 2003b, 240–241). Při hodnocení dysartrie se uplatňují tři přístupy, mezi něž patří hodnocení percepční, akustické a fyziologické, tyto přístupy jsou si avšak velmi podobné a mají stejný cíl. Mezi základní diagnostické testy patří například Frenchay Dysarthria Assessment (FDA), The Robertson Dysarthria Profile (RDP) nebo také Test 3F (Cséfalvay, Mekyska, Košťálová In Cséfalvay, Lechta a kol., 2013, s. 126–127).

Pro úspěšnost terapie dysartrie je důležitá včasnost, neodkladnost a dlouhodobost terapeutického procesu. Tato terapie si klade mezi své hlavní cíle rozvoj komunikačních schopností, zařazení jedince do sociálního života a také vhodná tvorba individuálního terapeutického programu. Při snaze o efektivitu je zásadní uplatňovat individuální přístup, hledat optimální kombinace terapeutických přístupů a využívat vhodnou motivaci (Neubauer In Lechta a kol., 2011, 305–308).

### 3 Kvalita života

#### 3.1 Vymezení kvality života

Kvalita života (Quality of Life, dále QoL) je velmi široký a těžko uchopitelný pojem kvůli své komplexnosti a multidimenzionalitě, jenž zahrnuje pochopení lidské existence, smyslu života i samotného bytí. Zabývá se materiálními, psychologickými, duševními, sociálními či jinými podmínkami pro zdravý, plnohodnotný a šťastný život jedince (Svobodová In Šubrt a kol., 2008, s. 122). Světová zdravotnická organizace (1997 [online]) definuje kvalitu života jako vnímání postavení jedince v životě v pojetí své kultury a hodnotových systémů, ve kterých žije, a vztahu ke svým cílům, očekáváním, standardům a zájmům.

Brown a kol. (2006, s. 102) uvádí, že Goode (1997) vymezuje kvalitu života jako důraz na podporu obecných pocitů nebo na vnímání blahobytu, příležitostí k naplnění potenciálu a pocitů pozitivního sociálního zapojení. Jiný pohled na kvalitu života přináší holistický model, který hodnotí čtyři základní oblasti jedince v sociální interakci, jimiž jsou kontext a zázemí, faktory prostředí, osobní charakteristiky a zpracování informací. Tento model poukazuje zejména na variabilitnost, dynamičnost, individuálnost a vysokou subjektivnost, ale také na celostní charakter prožitku QoL jedince (Heřmanová, 2012 cit. dle Ludíkové a kol., 2013, s. 10). Dvořáčková (2012, s. 58) zmiňuje, že Musschenga (1997) hovoří o kvalitě života ve třech různých významech: QoL jako stupeň normálního fungování, QoL jako stupeň spokojenosti a QoL jako úroveň lidského vývoje. Pro potřeby práce je důležitý zejména druhý bod, a to kvalita života jako stupeň spokojenosti.

Jak plyne z výše uvedených definic, QoL je ovlivňována mnoha faktory, jako například enviromentálními, zdravotními, sociálními, psychologickými a dalšími. Mezi významné pro vnímání QoL patří faktory sociální, mezi něž řadíme životní standard, ochranu osob, svobodu, sociální klima nebo sociální rovnost (Ludíková a kol., 2013, s. 12). Slováček (2004 [online]) uvádí faktory více obecně a dále je nekategorizuje. Řadí mezi ně faktor fyzické kondice, funkční zdatnosti, psychického stavu, spokojenosti s léčbou a faktor sociálního stavu.

Dvořáčková (2012, s. 76–78) považuje za nejvýznamnější faktor ovlivňující QoL faktor zdraví, zejména v seniorské populaci. Zdravotní stav ovlivňuje každodenní činnosti jedinců, jejich subjektivní pocity a celkový well-being. S tím zejména souvisí faktor ubývání samostatnosti, ten nemusí mít jen „medicínský“ charakter, ale může



souviset například i s nevyhovující bytovými podmínkami, nedostupnosti pečovatelských služeb či nedostatek finančního zabezpečení. Mezi další velmi významné faktory autorka řadí osamělost, ztrátu partnera či problémy s orientací.

### **3.2 Možnosti měření kvality života**

Pro měření kvality života existuje mnoho nástrojů, škál či dotazníků. Jednotlivé dotazníky mohou být specificky zaměřeny na jedince, kteří trpí různým typem nemocí (například onkologická, kardiologická, duševní či jiná onemocnění). Tato práce neuvádí všechny možné nástroje pro měření QoL, ale snaží se představit ty nejpoužívanější v České republice či v zahraničí.

Mnoho měřících nástrojů kvality života zahrnuje koncept kvality života související se zdravím (dále HRQoL), který disponuje více nástroji ke svému měření. Cummis (2006, cit. dle Hudákové, Majerníkové, 2013, s. 38) konstatuje, že „nástroje HRQoL představují kombinaci medicínských symptomů, omezení funkční kapacity a psychopatologie jedince a chybějí samotné indikátory kvality života.“ Významným měřícím nástrojem, jenž byl vytvořen WHO a zkoumá vnímání kvality života ze subjektivního pohledu ve spojení s denními aktivitami, je World Health Organizations Quality of Life (WHOQOL) (Hudáková, Majerníková, 2013, s. 38). Jako první byl vytvořen dotazník WHOQOL-100, ze kterého byla později vyvinuta kratší verze WHOQOL-BREF, jež obsahuje dvě položky: celkovou kvalitu života a obecné zdraví. Dnes jsou nejčastěji posuzovány čtyři položky, mezi něž zahrnujeme psychické zdraví, fyzické zdrav, životní prostředí a sociální vztahy (Dragomerická, 2006, s. 17)

Dalším nástrojem měřící HRQoL je dotazník Short Form Health Survey (SF-36), kdy se jedná o krátkou formu generického dotazníku sloužící k vyhodnocení zdravotního stavu v obecné populaci. Tato forma dotazníku obsahuje 36 položek, jež jsou rozděleny do osmi dimenzí, kterými jsou: fyzická omezení, tělesná bolest, všeobecné zdraví, vitalita, sociální fungování, emoční problémy, duševní zdraví. U každé otázky je možno vybrat jednu z variant odpovědí na principu škálové stupnice (výtečné-1, velmi dobré-2, dobré-3, docela dobré-4, špatné-5).

Dále dotazník obsahuje položku navíc, jež není zahrnuta do žádné dimenze, zabývající se současným zdravím ve srovnání se zdravím před rokem. Při vyhodnocování SF-36 může jedinec získat 0-100 bodů, kdy skóre pod 50 bodů se hodnotí jako pod

normou obecné populace. V současnosti se jedná o jeden z nejvíce používaných nástrojů měřící HRQoL na světě. (Klinika adiktologie, 2019 [online]; Gurková, 2011, s. 145, 159).

Velmi rozšířeným a používaným nástrojem je Canadian Occupational Performance Measure (COPM). Jedná se o nejpoužívanější měřítko výsledků v pracovní terapii na světě, které se snaží identifikovat a upřednostňovat každodenní problémy jedinců. Je určen zejména pro použití ergoterapeuty, avšak pracovat s ním mohou i jiní odborníci (COMP, 2018a [online]). COMP probíhá formou polostrukturovaného rozhovoru, který umožňuje vést dialog s pacientem například ohledně produktivity, sebeobsluhy, povolání či volného času (COMP, 2018b [online]).

Gurková (2011, s. 163) uvádí, že pro měření kvality života spojené s akutní cévní mozkovou příhodou lze využít Stroke Impact Scale (SIS) Version 3.0. Jedná se o dotazník obsahující 59 položek, které jsou rozřazeny do osmi domén. Mezi tyto domény patří fyzické obtíže (síla), funkce postižené ruky, aktivity běžného života (ADL), mobilita, komunikace, emoce, paměť a myšlení (kognice), sociální participace. Jedinec dotazník vyplňuje samostatně a při vyhodnocení lze získat 0-100 bodů (Zeltzer a kol., 2018 [online]).

Nejdůležitějším pro tuto závěrečnou práci je dotazník WHO Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0), jelikož je použit jako jeden z nástrojů ve výzkumném šetření bakalářské práce. Tento dotazník vznik ve spolupráci Světové zdravotnické organizace (WHO), Národního ústavu duševního zdraví, Národního úřadu pro zneužívání alkoholu a Národního úřadu pro zneužívání drog v USA. Je určen zejména pro sociální pracovníky a pracovníky v rehabilitaci pro zhodnocení subjektivně pocíťované kvality života, soběstačnosti a následné zhodnocení potřeb jedince, měření výsledků a efektivity terapie či určování pracovní a sociální schopnosti pacienta. K dispozici jsou verze s 12, 24 a 36 otázkami, které jsou rozřazeny do šesti domén: kognice, mobilita, sebeobsluha, vztahy s lidmi, životní aktivity (domácnost, práce, škola), účast (participace) ve společnosti.

Pro praxi je doporučována zejména verze s 36 otázkami, jelikož se snaží o komplexní pohled na pacienta a její výhodou je také rychlost vyplnění, která nezabere více než 20 minut. Je možno využít verzi pro odborného textujícího či verzi pro samostatné vyplnění, v obou případech je ale nutné účastníka seznámit s průběhem testování a je potřeba zajistit, aby byl seznámen se oběma kartami obsahující informace

ohledně dotazníku – hodnotící škálu a obsah často užívaných pojmů. Je také nutné testovaného upozornit, že odpovědi se mají týkat událostí za posledních 30 dní vykonávaných běžným způsobem. Pro vyhodnocení dotazníku lze využít české verze formulářů buď pro výpočet jednoduchého celkového skóre, či formulář pro vyhodnocení celkového váženého skóre, kde je možné vypočítat i skóre jednotlivých domén (Sládková, 2016 [online]).

### **3.3 Vybrané oblasti kvality života osob s narušenou komunikační schopností po cévní mozkové příhodě**

Jednotlivé následky CMP ovlivňují kvalitu života různým způsobem. Mezi významné faktory ovlivňující QoL patří zejména NKS, dále také tělesné postižení či následky léčby. Změna kvality života je mnohdy pro pacienty s NKS po CMP situací, se kterou se obtížně vyrovnávají. Častokrát také pacienti předpokládají vyšší změnu kvality života jako následek léčby a mohou se setkat se zklamáním (Vavrda In Payne a kol., 2005, s. 176). Pro osoby s postižením je životní situace, ve které se nacházejí, náročná především na schopnost adaptace. Obtíže se jeví především v přizpůsobení se sociálním podmínkám, zejména v udržení vztahu s vrstevníky a společenského postavení či přizpůsobování se okolnímu prostředí a situacím, jež je znevýhodňují.

Narušená komunikační schopnost a další následky CMP mohou vést v závislosti na jejich typu k narušení kognitivních funkcí a socializace, dále mohou ovlivnit pocity jistoty, samostatnost a celkovou životní pohodu. Obtíže v komunikaci směřují ke stigmatizaci či negativnímu hodnocení osob s NKS z důvodu možné neplynulosti řeči, obtížemi s porozuměním či vyjadřováním. Z toho důvodu může jedinec s NKS pro většinovou společnost často působit jako osoba s omezenou inteligencí nebo nízkou úrovní vzdělanosti (Vágnerová, 2014, s. 230).

Manning a kol. (2021 [online]) popisují ve své studii vztahy a sociální role osob po CMP s diagnózou afázie. Přístup k těmto osobám z strany jejich rodin se ve většině případů nezměnil, rodiny byly od začátku velmi podporující. V pár případech docházelo u účastníků studie ke ztrátě přátelství a sociálních vztahů, avšak většina z nich potvrdila, že po CMP došlo k navázání zcela nových vztahů, nejen přátelských, ale i partnerských. Navázání vztahů je u osob s NKS po CMP náročné, avšak v této oblasti jsou velmi nápomocné různé organizace podporující tyto jedince. To potvrzuje dále i tato studie, kdy

mnoha účastníkům poskytly podpůrné organizace „základnu“, kde se mohli setkat se s ostatními a vytvořit si rutinu, což bylo zvláště důležité po ztrátě zaměstnání.

Zaměstnávání osob se zdravotním postižením je problémem celosvětovým, a to zejména pokud se jedná o osoby vyššího věku se získaným postižením, které ovlivňuje nemožnost vrátit se zpět do práce (Michalík In Michalík a kol., 2011, s. 70, 72). Ztráta zaměstnání má často negativní dopad na identitu, autonomii, finanční zabezpečení a svobodu, dále také na příležitost k socializaci. Manning a kol. (2021 [online]) ve své studii potvrzují, že lidé s afázií po CMP ve většině případů dobrovolně či nedobrovolně ztrácí práci v důsledku jejich diagnózy. Návrat do práce je pro mnohé velmi těžký z důvodu nedostatečné podpory ze strany zaměstnavatelů či nedostatečné informovanosti ohledně dané diagnózy. Jedním z aspektů změněné profesní identity osob s afázií po CMP je pocit, že nejsou v práci dostatečně rychlí, a proto často zanechávají práce nejen z důvodů NKS či jiných následků CMP, ale také z důvodu nedostatku sebedůvěry a motivace (Taubner a kol., 2019 [online]).

Získané postižení způsobuje silné emoční trauma. Ve vyrovnávání se s tímto traumatem hraje významnou roli vývojová úroveň jedince, osobnostní vlastnosti a také na sociální podpora nejbližších osob. Tito jedinci hledají nový smysl života, cíl svého směřování, hodnoty a sebedůvěru. Co se týče obnovy přijatelného sebepojetí, vyžaduje mnohdy více času a snahy, než úsilí vložené do rehabilitace somatických funkcí (Vágnerová, 2012, s. 179, 181). Hadj-Mousová (In Hadj-Mousová, Vágnerová, 1997, s. 19) uvádí, že v důsledku stereotypizace osob s postižením se může postižení jedince pro většinovou společnost stát hlavním identifikačním znakem osobnosti, což často směřuje ke změně sebepojetí, z toho vyplývajícím reakcím a změnám v chování.

## 4 Vnímání kvality života osob s narušenou komunikační schopností po cévní mozkové příhodě

Narušená komunikační schopnost a další následky cévní mozkové příhody ovlivňují v menší či větší míře kvalitu života jedince. Jedinec se často setkává s jakoukoli formou smířování se s nemocí, mohou nastat i potíže v sociálních vazbách či rodinném kruhu a jedinec se může setkat i s potížemi v oblasti sebeobsluhy a samostatného pohybu. Na tyto významné oblasti života se snaží zaměřit další část práce, i když oblastí, které se ve sféře kvality života mění, je více. Závěrečná práce se snaží nalézt odpovědi na vybrané otázky týkající se subjektivního vnímání kvality života osobami s diagnostikovanou afázií po CMP.

V této části bakalářské práce je definován hlavní cíl bakalářské práce, dále jsou uvedeny dílčí cíle a výzkumné otázky. Následující část se věnuje charakteristice výzkumného vzorku a prostředí. Jako další je v části vlastního výzkumného šetření provedena analýza jednotlivých předem zvolených oblastí v rámci života osob s narušenou komunikační schopností po cévní mozkové příhodě. V závěru bakalářské práce jsou shrnuty zjištěné poznatky a informace, dále představeny limity výzkumu, doporučení pro praxi a šetření je porovnáno se zahraničními studiemi ze stejné oblasti.

### 4.1 Cíle a metodologie výzkumu

Pro výzkum byl stanoven hlavní cíl a následně dílčí cíle, z nichž byly následně sestaveny výzkumné otázky.

#### Cíle výzkumu

**Hlavním cílem** bakalářské práce je analyzovat subjektivně vnímanou kvalitu života osob s diagnózou afázie po cévní mozkové příhodě ve vybraných oblastech.

Mezi **dílčí cíle** práce patří poukázat na dopady v jednotlivých oblastech kvality života u jedinců s afázií po CMP a popsat je.

#### Výzkumné otázky:

Na základě dílčích cílů byly stanoveny následující výzkumné otázky:

1. Jak stav po CMP spojený s NKS ovlivňuje sociální vztahy osob po CMP?

2. Jaký má stav po CMP spojený s NKS dopad na samostatnost osob po CMP v oblasti sebeobsluhy?
3. Jaký má stav po CMP spojený s NKS dopad na samostatnost osob po CMP v oblasti samostatného pohybu?
4. Jak stav po CMP spojený s NKS ovlivňuje rodinný a společenský život jedince po CMP?
5. Jakým způsobem ovlivní CMP a NKS sebezpečení jedince?

Pro sběr požadovaných dat byla využita metoda výzkumné triangulace, čímž se rozumí kombinace dvou a více metod a dochází tak k potvrzování výsledků různými metodami. Výzkum využívá metodu polostrukturovaného rozhovoru a dotazníku. Metoda dotazníkového šetření byla zvolena zejména z důvodu přehlednosti získaných dat a výsledků, pro dosycení a ověření dat byla zvolená metoda polostrukturovaného rozhovoru.

Kvalitativní výzkum Hendl (2008, s. 48) popisuje jako „proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému“ a dále dodává, že v průběhu výzkumu, jenž je uskutečněn v přirozených podmínkách, probíhá analýza různých textů a získávání informací o názorech účastníků. Výsledkem je komplexní, holistický obraz. Švaříček (In Švaříček, Šed'ová a kol., 2007, s. 13–17) dodává, že tato metoda je založena na indukci. Kvalitativní metodologie umožňuje získání jiných závěrů výzkumu, nežli výzkum kvantitativní, z důvodu odlišné analýzy a interpretace dat.

Pojem triangulace označuje kombinaci různých metod, výzkumníků, skupin či osob, rozdílných lokálních nebo časových okolností a teoretických perspektiv, jež jsou uplatněny při zkoumání daného jevu (Žumárová In Skutil a kol., 2011, s. 76). V následujícím šetření je užito metodologická triangulace, kdy se kombinuje více výzkumných metod, zde metoda dotazníku doplněného o polostrukturovaný rozhovor. Metoda dotazníku se tradičně řadí do metod kvantitativních, zde je však užita jakožto metoda triangulace v kvalitativním výzkumu. Polostrukturovaný rozhovor patří mezi nejčastěji používané metody v kvalitativním sběru dat, kdy je možné se zaměřit na přední zájem výzkumu. Je vhodné sestavení okruhů otázek, jimiž se tazatel nemusí přesně řídit a není nutné dodržovat jejich pořadí.

## Harmonogram výzkumného šetření

1. září – listopad 2022: navazování spolupráce s organizacemi zaměřující se na problematiku afázie a cévní mozkové příhody
2. prosinec 2022 – leden 2023: shromažďování odborné literatury a elektronických zdrojů k teoretické části závěrečné práce, zpracování teoretické části, příprava na výzkumné šetření
3. únor – březen 2023: provedení výzkumného šetření, zpracování získaných dat, vyhodnocení výzkumných otázek a následné dokončení bakalářské práce

## 4.2 Charakteristika výzkumného vzorku a prostředí

Pro sběr dat bylo zvoleno 5 respondentů s diagnózou afázie po cévní mozkové příhodě. Na začátku byla zvolena kritéria výzkumného vzorku, podle kterých byli následně vybíráni účastníci. Důležité pro výběr vzorku bylo, aby se u jedince vyskytovala diagnóza afázie jako následek cévní mozkové příhody. Další podmínkou pro zařazení do výzkumného šetření byla skutečnost, že uplynulo přibližně 5 let od prodělání CMP. Věkové rozmezí účastníků šetření bylo stanoveno na 65–70 let. Co se týče diagnózy afázie, bylo požadováno, aby nebylo narušeno porozumění ve velké míře, z důvodu provedení rozhovoru a vyplnění dotazníku. Pohlaví informanta nejednalo při výběru výzkumného vzorku žádnou roli.

V rámci výzkumného šetření bylo prostřednictvím organizace sdružující osoby s afázií osloveno pět osob s diagnózou afázie jako následek CMP, 2 ženy a 3 muži. Tito jedinci v rozmezí 65–69 let se potýkali buď s diagnózou anomické afázie (3 respondenti), nebo Brockovy afázie (2 respondenti). U každého respondenta byl splněn požadavek minimálního narušení porozumění řeči. Všichni vybraní informanti byli již v důchodu a CMP u nich proběhla před čtyřmi až šesti lety.

Po oslovení potenciálních respondentů, jejich souhlasu s provedením rozhovoru a vyplněním dotazníku byl dohodnut termín a místo konání. Bylo požadováno, aby rozhovory a vyplňování dotazníků probíhalo v přirozeném prostředí respondentů z důvodu citlivosti otázek a zachování soukromí. Respondenti vždy zvolili místo setkání po předchozí domluvě. Všichni respondenti vybrali veřejné prostředí, ale vždy se jednalo o prostředí respondentovi dobře známé, které pravidelně navštěvuje, cítí se zde pohodlně a jistě.

### 4.3 Vlastní výzkumné šetření

Každý jedinec účastníci se výzkumného šetření byl před začátkem seznámen s průběhem výzkumného šetření, cílem a podmínkami. Dále svou účast a souhlas s podmínkami šetření stvrdili respondenti písemným informovaným souhlasem, jehož vzor je přiložen v příloze (Příloha 1). Každému z účastníků byla přiblížena česká verze dotazníku WHODAS 2.0: verze s 36 otázkami pro odborného testujícího (Příloha 2), byli seznámeni s možnostmi odpovědí a s častými pojmy, které jsou v dotazníku používány. Po celou dobu vyplňování dotazníku byly viditelně umístěny obě karty, které jsou součástí dotazníku. Dále byli seznámeni s průběhem polostrukturovaného rozhovoru, jenž následoval po dotazníku.

Respondenti zodpovídali v dotazníku otázky strukturované do šesti domén. V první doméně s názvem Kognice zodpověděli účastníci šetření otázky týkající se porozumění a komunikace. Další doména se zaměřila na pohyblivost a mobilitu osob, na kterou navázala doména s názvem Sebeobsluha zabývající se péčí o sebe a mírou soběstačnosti. Ve čtvrté doméně byly zodpovídány otázky týkající se vztahů rodinných i společenských. Pátá doména, Životní aktivity, zahrnovala 2 části, z nichž se první zabývá plněním aktivit v domácnosti a další část představuje otázky ohledně práce či školy. Druhá část, jež je možno z dotazníku vynechat, nebyla vyplněna ani s jedním respondentem, jelikož všichni účastníci šetření jsou v důchodovém věku. Poslední doména se zabývala účastí ve společnosti, bariérami a překážkami v každodenním životě.

V samotném výzkumném šetření byly nejprve zpracovány dotazníky, kdy byla vypočítána průměrná hodnota z jednotlivých domén u každého respondenta. Výsledky byly zapsány do tabulky (tabulka 1). Hodnoty v tabulce představují subjektivně pociťované snížení kvality života v jednotlivých doménách. Následně byla vypočítána průměrná hodnota snížení u každé z domén. Hodnoty pomáhají společně s informacemi z rozhovoru zodpovídat některé z výzkumných otázek a zároveň poskytovaly oporu při polostrukturovaném rozhovoru.



Respondent \ Doména	Kognice	Mobilita	Sebeobsluha	Vztahy s lidmi	Životní aktivity	Účast ve společnosti
1	13 %	20 %	31 %	60 %	44 %	38 %
2	42 %	20 %	31 %	25 %	31 %	22 %
3	83 %	15 %	13 %	55 %	56 %	50 %
4	29 %	10 %	6 %	35 %	19 %	22 %
5	38 %	5 %	6 %	45 %	19 %	28 %
Průměrné skóre subjektivně pocíťovaného snížení QoL	41 %	14 %	17,4 %	44 %	33,8 %	32 %

Tabulka č. 1 - záznam subjektivně pocíťovaného snížení QoL v jednotlivých doménách

Rozhovory, které byly se souhlasem respondentů nahrávány na záznamové zařízení, byly uskutečněny následně po vyplnění dotazníků. U každého z respondentů byl průběh rozhovoru rozdílný, také se lišila délka rozhovorů, která se pohybovala mezi 25–50 minutami. Takový rozdíl vznikl z více důvodů: jednak bylo nutné u některých respondentů otázky vysvětlovat, konkretizovat či opakovat, druhým důvodem byly naopak rozsáhlejší odpovědi některých účastníků šetření, nebo častější pauzy ve výpovědích jednotlivých respondentů.

Informace získané z rozhovorů byly postupně kódovány a rozřazeny do třech kategorií, které představují subjektivní pocíťování QoL v jednotlivých oblastech. První kategorie názvem *Přijetí NKS a změna sebepojetí* se zabývá tím, jakým způsobem respondenti přijali, nebo stále přijímají následky spojené s afázií, popisuje také sebepojetí, emoce spojené s NKS a jinými následky CMP. V druhé kategorii, *Rodinné a sociální vztahy*, jsou popisovány změny v oblasti socializace, reakce a přístup blízkých osob k respondentům po CMP a také pochopení či nepochopení ze strany veřejnosti. Poslední kategorie nesoucí název *Samostatnost a sebeobsluha* se zaměřuje zejména na oblast samostatného pohybu, samostatnost v běžném životě a dále také zmiňuje poznatky ohledně sebeobsluhy.

## **Přijetí NKS a změna sebepojetí**

Ze všech rozhovorů, které byly provedeny, bylo zjištěno, že CMP a její následky, zejména afázie, mají zásadní vliv na sebepojetí jedince. Každý účastní šetření potvrdil, že na začátku své diagnózy prošel těžkým vyrovnáváním se s diagnózou a následky CMP, například respondent č. 2 uvedl tuto odpověď: „[...] Myslím, že jsem na tom byl špatně psychicky, to jsem na to dostal prášky a od té doby je to dobrý, protože oni mi pak zjistili epilepsii a na to mám taky prášky.“ Jedince nejčastěji trápila skutečnost, že nerozumí či nemohou vyjádřit to, co by chtěli. Dále většinu respondentů ovlivnila hemiparéza jako následek CMP. U všech jedinců se jednalo o poškození levé strany mozku, tj. pravé nohy a ruky, avšak u většiny se tato skutečnost v důsledku rehabilitací výrazně zlepšila. Jediný, u koho přetrvat problém s pohyblivostí ruky, byl respondent č. 1: „No po příhodě jsem nemohl jako chodit, což se zlepšilo, protože jako jsem hodně cvičil, ale jako ta ruka se nezlepšila no (povzdech) [...].“

Tři respondenti v rozhovoru uvedli, že se s následky již vyrovnali. Zbylí dva vyjadřují nejistotu a v odpovědi na otázky, zda smíření proběhlo, váhají: „[...] No (dlouho přemýšlí) já jsem se s tím smířil, ale nesmířil. Je to takový půl na půl, ale lepší.“ (respondent č.2); „Jo a teď jsou lepší, ale zase, zase (povzdech), že už zůstane blbě.“ (respondent č.3). Také emoce hrály velkou roli po prodělání CMP. Nejčastěji se v odpovědích objevovala slova jako strach, lhostejnost, smutek a hněv. Respondent č. 1 popisuje své pocity na začátku diagnózy takto: „[...] A taky jsem si jako nedovedl představit, jak to všechno jako bude, to mi dělalo asi největší problém. Protože jsem se bál, že všechno bude jinak, což byla jako pravda (mávnutí rukou). Jako ale já jsem za to rád, protože se teď koukám jinýma jako očima na svět, než předtím a všímám si více jako věcí.“

U většiny respondentů proběhla CMP v době, kdy byli zaměstnaní. Respondent č.1 uvádí, že jeho vyrovnávání se s diagnózou bylo značně ovlivněno i ztrátou milované práce. Naopak respondent č. 5 uvádí, že ho ztráta práce jistě mrzela, avšak nyní si svůj život užívá daleko více. S CMP nesouvisí jen ztráta práce, ale také ztráta oblíbených činností a zájmů. Například respondent č. 4 zmínil, že své největší omezení vidí v tom, že nemůže jezdit na motorce, na které jezdil 40 let a byla jeho velkou vášní.

Následky se pak projevíly i do sebepojetí či sebevědomí jednotlivých účastníků. U některých převládá nervozita či strach zejména spojených s komunikací s cizími či blízkými lidmi. Například respondent č. 2 uvádí odpověď na otázku týkající se změny

sebevědomí takto: „[...] často jsem na sebe naštvaný, že mi nejde mluvit, taky na osud.(pauza) Co jsem to říkal? Jo, možná občas trochu nervózní, když mám mluvit s cizími lidmi [...].“

Afázie či ostatní následky CMP omezují jedince v mnoha ohledech, což se dále promítá do obnovy sebepojetí. Každý své omezení vnímá odlišně v závislosti na zdravotním stavu, rozsahu NKS, získaného tělesného postižení či sociálních podmínkách. Respondenti č. 3 a č. 5 uvádí, že největší omezení vidí v komunikaci. Mrzí je, že se mnohdy nemohou vyjádřit to, či se setkávají s častým nepochopením. To částečně uvádí i respondent č. 1, kterého však nejvíce v komunikaci omezuje volání: „*Jako co se týče jako volání, jako, jako když s vámi mluvím, tak jako mluvím. Ale jako když to nemůžu a nemůžu říct, tak ten jako, s kým volám, tak to jde hůř, než když se takhle jako vidíme no. Ale jako když se s někým neznáte, takto je jako horší, když jako neví, že mám afázii [...].*“ Další výrazná omezení, která byla zmíněna, patří například nemožnost vykonávání svého dřívějšího povolání, ztráta zájmů či problémy s pohybem a rovnováhou.

Na tvorbu nového sebepojetí či sebedůvěry měly vliv i pokroky v počáteční rehabilitaci a pokroky týkající se afázie. Všichni účastníci šetření potvrdili, že z počátku jim dělal velký problém sebeobsluha a samostatný pohyb z důvodu pravostranné hemiparézy jakožto následek CMP. Respondenti dále uvedli, že tyto problémy díky včasné rehabilitaci přetrvaly v minimálním rozsahu. U pokroků týkajících se afázie se odpovědi často lišily. Informanti potvrdili, že postupem času vidí zlepšení, avšak tyto pokroky jsou dle jejich slov pomalé či ne příliš viditelné. Například respondent č. 3 na otázku, zda pociťuje nějaké pokroky od doby, co jí byl diagnostikována afázie takto: „*To jo, to jo, protože bylo to furt tohle to (ukazuje si na tvář) tohle všechno. Ale teď lepší, tohle tenkrát (povzdech, mávnutí rukou) hodně bylo, hodně špatný. Předtím (ukazuje si na tvář) vůbec, ale teď zase lepší. No moc neřeknu (smích), ale dobrý [...] Chci lepší, ale jsem to, to jsem zvědavá.*“

### **Rodinné a sociální vztahy**

Část rozhovoru se věnovala také vztahům v rodině, mezi přáteli či vztahu k veřejnosti. Každý z respondentů potvrdil, že NKS nenarušila nějak výrazně jejich rodinné či partnerské vztahy. Účastníci často ve svých odpovědích uváděli, že ze strany rodiny měli maximální podporu již od začátku diagnózy, kdy je navštěvovali v nemocnicích či jiných zařízeních. Jako formu největší opory uváděli informanti právě

svou rodinu, své děti a patrný či partnerky. Dále také zmiňovali velkou podporu ze strany organizací sdružující osoby po CMP či s diagnózou afázie.

Kvůli afázii nebo jiným následkům CMP většina respondentů přerušila či omezila kontakty s bývalými přáteli, a to zejména z důvodu komunikačních bariér, které vznikly v důsledku afázie, nebo se již nechtěli setkávat, jak uvádí například respondent č. 3: „*Ted' už hodně, hodně (ukazuje rukou znak málo) malý, už ted' moc ne. Já moc nechci tam být. To moc nechci no.*“ nebo respondent č. 1: „*Já moc ty kamarády a kontakty nemám, jako nevyhledávám je taky tady a jako někomu třeba vadilo, že mluvím pomalu no [...].*“ Jedinci účastníci se šetření ale často uváděli, že nemají problém v nalézání nových sociálních vztahů, zejména mezi lidmi s afázií. Tyto kontakty jsou jim zprostředkovávány zejména díky organizacím sdružující osoby po CMP či osoby s afázií a mnohým jedincům velmi pomáhají nejen v sociálním začleňování, ale také v obnově sebepojetí, sebedůvěry a ve vyrovnávání se s následky.

Co se týče partnerského života, tři respondenti, kteří měli partnera či partnerku před CMP, uvedli, že s tímto partnerem/partnerkou jsou i nadále. Shodují se, že podpora ze strany partnerů/partnerek byla zásadní zejména ze začátku diagnózy, ale i v současném stavu je jejich opora důležitá, jak uvádí respondent č. 2: „*No manželka se o mě stará, je hodná. Dobře vaří (smích). Dělá si ze mě občas legraci, ale jenom v dobrém.*“ V některých případech pomáhají se sebeobslouhou či samostatným pohybem, v dalších případech například i v oblasti komunikace s veřejností. Zbylí dva respondenti neměli partnera/partnerku již před CMP. Respondent č. 3 uvádí, že žádný vztah nevyhledává a respondent č. 5 uvádí, že s diagnózou afázie je velmi náročné navázat partnerský vztah.

Reakce ze strany veřejnosti mohou být odlišné, jedinci se často setkávají s pochopením, ale může dojít i k milným představám, jako uvádí respondent č. 4: „*[...] No ale na začátku si někdy mysleli, že jsem opilý. To bylo no, nepříjemný.*“ Ten ale uvádí, stejně jako respondent č. 1, že pokud je nutná komunikace s veřejností, vždy dopředu ohlásí svou diagnózu afázie: „*Musím jim říct, že mám afázii a že musí počkat, že mluvím pomalu, že já mluvím pomalu.*“ (respondent č. 4). Respondenti č. 2 a č. 5 uvádí, že v takovýchto případech ukazují kartičku, kde je popsána jejich diagnóza a s ní spojené obtíže. Většina informantů však dodala, že se snaží kontaktu s veřejností vyhnout, či ho omezit: „*Já moc na veřejnosti nemluví. Třeba když jdu někam na tu poštu, tak mluvím heslovitě. Heslovitě mi nedělá problém. [...]*“ (respondent č. 2); „*To asi ne, to moc nemluví s cizím. My jsme (pauza), asi ne.*“ (respondent č. 3).

## Samostatnost a sebeobsluha

Jedinci, kteří se zúčastnili výzkumného šetření, uvádějí největší problémy se samostatností a sebeobsluhou z počátku diagnózy. U všech se z počátku vyskytovala diagnóza pravostranné hemiparézy, což se u většiny respondentů v důsledku rehabilitace výrazně zlepšilo. Jediný, kdo uvedl nějaké výraznější problémy v samostatnosti a sebeobsluze, byl respondent č. 1, u kterého přetrvávala snížená pohyblivost pravé ruky: „[...] *No a teď chodím úplně jako super, jenom ta ruka jako no. A to mi i jako říkali, že na kole nemůžu jako, ale jako já naopak jako mi to dělá dobře a jezdím pak po parku tady.*“ Ostatní respondenti uvádí, že pocítují výrazné zlepšení a mohou s končetinami, které byly zasaženy v důsledku CMP, pohybovat bez problému. Respondent č. 2 a respondent č. 3 uvádějí, že občasné potíže spatřují i v oblasti rovnováhy: „*Ze začátku po té příhodě jsem měl docela problém, ale teď už ne. Nemohl jsem chodit, spíš ta rovnováha, ale někdy. Někdy horší někdy lepší. Občas problémy s nohou. A ruka je taková (ukazuje pohyby rukou) pomalejší, než ta druhá. Ale už nechodím o berlích.*“ (Respondent č. 2).

I když informanti popisují, že ve většině ohledech se o sebe dokáží sami postarat, zmiňují také situace, kdy jsou nejistí, či vnímají nedostatky v oblasti samostatnosti. Respondenti č. 3 a č. 5 uvedli, že jejich největší omezení v samostatnosti spatřují v komunikaci. Pokud jsou v situaci, kde je komunikace klíčová a pokud jsou navíc mezi cizími lidmi, tak svou samostatnost vnímají jako velmi problematickou a pro zvládnutí takovýchto situací potřebují přítomnost osoby blízké. Zbylí účastníci šetření odpovídají, že již nějaké výrazné omezení v samostatnosti nevnímají, a že se postupem času naučili zvládat komplikace v této oblasti sami.

Otázky ohledně samostatnosti se týkaly i oblasti samostatného pohybu a orientace po městě, ve kterém žijí. Většina respondentů uvedla, že jim tato sféra nedělá problém a jsou v tomto ohledu samostatní, jako uvádí například respondent č. 5: „*Hm, ano, ano. Na mapách hledá třeba. Hm. Ale tady bez problému (pauza), taky na výlet jezdí sama, ano.*“ Jediný, kdo uvedl potíže v této oblasti, byl respondent č. 3: „*Ne, dobře to je. Pohybovat, to jde. To je v pořádku. Po městě, to už nevím, to nezkoušíme (pauza), spíš s manželem jezdíme. [...]*“

Otázky z domény samostatnosti se v rozhovoru dotýkaly i tématu bydlení. Všichni informanti uvedli, že bydlí s partnerem/partnerkou, popřípadě s dalším členem rodiny. Tato podpora je pro ně v mnoha ohledech zásadní, jak při fyzických aktivitách, jako je sebeobsluha či domácí povinnosti, tak i podpora psychická. Respondenti č. 4 a č. 5 (bez partnera/partnerky) odpověděli, že bydlí se členem rodiny. U respondenta č. 4 se jedná o matku, o kterou zároveň pečuje a respondent č. 5 bydlí se synem, který ji v mnoha ohledech pomáhá a podporuje.

#### **4.4 Závěry výzkumného šetření**

Další část práce je věnována zodpovězení výzkumných otázek, které jsou uvedeny v předchozí části závěrečné práce. Odpovědi výzkumných otázek jsou podloženy subjektivním vnímáním kvality života osobami s afázií po CMP.

##### **Výzkumná otázka č. 1: Jak stav po CMP spojený s NKS ovlivňuje sociální vztahy osob po CMP?**

Z použitých výzkumných metod bylo zjištěno, že tyto vztahy jsou velmi ovlivněny v důsledku afázie a jiných následků CMP. Jedinci omezují kontakt se svými přáteli a sociálními kontakty či jej úplně ruší. Mezi důvody takového jednání často patří nepochopení ze strany vrstevníků, mnozí se také obrátili na užší rodinné vztahy. Jedinci však často nachází podporu a nová přátelství mezi lidmi se stejnou či podobnou diagnózou. Mezi těmito lidmi panuje pochopení, podpora a soudržnost. Tato nově navázaná přátelství a kontakty jsou ve většině případů zprostředkovány díky organizacím, které se podílejí na podpoře a resocializaci osob s afázií či osob po CMP.

Značné těžkosti vnímají osoby s afázií po CMP v komunikaci a jednání s lidmi, které neznají. Někdy se setkávají s nepochopením ze strany veřejnosti či dokonce stigmatizací, avšak mají i pozitivní zkušenosti, kdy jsou neznámé osoby trpělivé, chápající a vstřícné. Mnohdy jim v komunikaci s veřejností dopomáhá druhá osoba, například rodinný příslušník. Někteří jedinci uvádí při kontaktu s veřejností, s jakou diagnózou se potýkají, a to buď verbálně, nebo prostřednictvím vytištěné kartičky s informacemi. Snaží se tak předejít nepochopení ze strany veřejnosti či negativnímu hodnocení.

## **Výzkumná otázka č. 2: Jaký má stav po CMP spojený s NKS dopad na samostatnost osob po CMP v oblasti sebeobsluhy?**

Oblast sebeobsluhy je pro mnohé osoby s afázií bezprostředně po prodělání CMP velmi náročnou oblastí. Z počátku z důvodu hemiparézy mají jedinci problém s péčí o sebe ve všech oblastech, jak plyne z výzkumného šetření. V důsledku rehabilitací se ale oblast sebeobsluhy výrazně zlepšuje a často přetrvávají minimální obtíže v této oblasti. Jako možná komplikace se jeví situace, kdy by jedinci měli péči o domácnost či sebeobsluhu vykonávat sami po dobu několika dní. V tomto případě je ideální, pokud žijí v domácnosti s jinou osobou, která jim v případě potřeby s těmito úkony pomůže. Jedinci jsou schopni povinnosti v domácnosti vykonávat, avšak někdy se setkávají se sníženou rychlostí ve svých výkonech, nebo nezvládají vykonat všechny domácí práce, například ty méně důležité.

## **Výzkumná otázka č. 3: Jaký má stav po CMP spojený s NKS dopad na samostatnost osob po CMP v oblasti samostatného pohybu?**

I ve sféře samostatného pohybu se u osob s afázií po CMP vyskytují značné potíže. Jedinci z počátku své diagnózy mají kvůli hemiparéze potíže s pohybem. Postupně se tato skutečnost díky rehabilitacím zlepšuje, jedinci z počátku chodí o berlích či používají jiné kompenzační pomůcky. Často zmiňují sílu motivace, kterou byli obklopeni, jako jeden z důležitých faktorů při rehabilitacích. Zmiňované obtíže přetrvávají často v oblasti rovnováhy.

Po několika letech od CMP mají jedinci v oblasti samostatného pohybu obtíže minimální a komplikace se objeví jen málokdy, záleží však na míře přetrvání problému s pohyblivostí končetin či na náročnosti aktivity. Někteří jedinci se věnují pohybu a rekreačnímu sportu dokonce více než před CMP. U osob po CMP s diagnózou afázie se neprojevují žádné velké obtíže v orientaci v prostoru, pohybují se po místě bydliště bez problému a využívají například i veřejnou dopravu. Často je však doprovází partner/partnerka či jiný člen rodiny.

## **Výzkumná otázka č. 4: Jak stav po CMP spojený s NKS ovlivňuje rodinný a společenský život jedince po CMP?**

Na počátku diagnózy se jedinci obvykle setkávají s vysokou mírou podpory ze strany své rodiny, nejčastěji se jedná o partnera/partnerku či potomky. Ti je častokrát navštěvovali, motivovali, pomáhali v oblasti sebeobsluhy, samostatného pohybu

i v resocializaci. I přes obtíže, které nastaly v důsledku CMP, se rodiny těmto osobám snažily být co nejvíce nablízku. Mnozí jedinci uvádí, že si neumí představit toto období bez svých blízkých a jejich podpory.

Jedinci jsou na svou rodinu nejčastěji vázáni v oblasti komunikace s veřejností, která pro některé z nich může být problematická, někdy však rodinní příslušníci podporují své členy i v oblasti sebeobsluhy či péče o domácnost. A tato podpora není jen fyzická, ale i emocionální, kdy pro osoby po CMP s diagnózou afázie představují jejich rodinní příslušníci velkou oporu při těžkých chvílích, zároveň s nimi mohou sdílet i radostné okamžiky života. Ve většině případů se také můžeme setkat s větším poutem mezi jedincem a rodinou než před CMP. Jedinci své sociální kontakty do jisté míry omezují a své volné chvíle tráví spíše s rodinnými příslušníky.

#### **Výzkumná otázka č. 5: Jakým způsobem ovlivní CMP a NKS sebepojetí jedince?**

Zejména z důvodu afázie či jiných následků CMP se u jedinců projevují emocionální obtíže v různé míře. Z počátku jedince nejvíce tíží oblast samostatného pohybu, kdy nevědí, co bude následovat v jejich životě a jak vše zvládnou. Někteří se kvůli následkům CMP musí vzdát své práce nebo zájmů, což má negativní vliv na jejich sebepojetí a psychiku. U jedinců, kde se obtíže v oblasti pohybu výrazně zlepší, se začínají emocionální potíže projevovat spíše kvůli diagnóze afázie. Často se objevují emoce jako hněv, zmatek či bezmoc při komunikaci s blízkými lidmi nebo veřejností. Neschopnost se vyjádřit vidí osoby s afázií po CMP jako jedno z největších omezení ve svém životě.

Mnohdy jedinci vnímají své pokroky, jak v oblasti pohybu, tak v oblasti afázie, ale ne jeden by si přál, aby se tyto okolnosti zlepšovaly rychleji. Také skutečnost, že se CMP může opakovat podtrhuje negativní emoce jedinců. Avšak mnohé osoby po CMP s diagnózou afázie jsou díky podpoře ze strany rodiny či sociálních kontaktů motivovány k pokroku. Někteří uvádějí, že jim následky CMP změnily životní hodnoty a dnes pohlíží na svět jiným způsobem.



## 4.5 Shrnutí

Zvoleným cílem bakalářské práce bylo analyzovat subjektivně vnímanou kvalitu života osobami s diagnózou afázie po cévní mozkové příhodě ve vybraných oblastech. Tento cíl byl plněn pomocí výzkumné triangulace, kdy byly zvoleny metody dotazníku a polostrukturovaného rozhovoru pro vzájemné dosycení dat. S každým zvoleným respondentem byl zprvu proveden dotazník a následoval polostrukturovaný rozhovor, který doplnil potřebné informace. Následně byla získaná data analyzována a interpretována. Ze závěrů výzkumného šetření, kde byly zodpovězeny výzkumné otázky týkající se analýzy jednotlivých oblastí kvality života, vyplývá, že cíl práce byl naplněn.

Již existujících studie od autorů Manning a kol. (2021 [online]) zabývající se kvalitou života osob s afázií po CMP potvrzuje, že vztah rodiny a osoby po CMP s diagnózou afázie se výrazným způsobem nemění a jejich rodinní příslušníci jsou ve většině případů podporující i bez předešlé znalosti diagnózy. Další výsledky, jež se týkají sociálních kontaktů osob s tímto typem NKS po CMP, se do jisté míry shodují se zjištěnými fakty provedeného výzkumu, tedy osoby s afázií často ztrácí přátele z doby před příhodou a navazují nová přátelství především díky organizacím podporující jedince s afázií. Obdobné výsledky potvrzují i v oblasti ztráty zaměstnání v důsledku afázie a jiných následků CMP.

Britská studie autorů Wray, Clarke (2017 [online]), jež zahrnuje 32 studií z různých zemí týkajících se každodenních obtíží osob s NKS po CMP, popisuje v jedné své části interpretace výsledků ve sféře komunikace osob s veřejností. Zmiňují, že část jedinců s NKS po CMP se snaží komunikaci s veřejností vyhnout (například z důvodu ochrany před stigmatizací a ochrany vlastní identity), naopak mnozí z nich využívají různé strategie při komunikaci s veřejností (například kreslení, psaní, neverbální komunikace). S novým faktorem při vymezení kvality života přichází francouzská studie od autorů Bullier a kol. (2020 [online]), která vymezuje jako významnou oblast faktor únavy, jenž může při hodnocení kvality života hrát velmi důležitou roli a výsledek ovlivnit.

Jelikož bylo pro práci zvoleno kvalitativní šetření a zvolen nízký počet respondentů, kteří museli projít jistými kritérii při výběru vzorku (například nenarušená oblast porozumění), poskytují závěry šetření pouze subjektivní hodnocení kvality života osob s afázií po cévní mozkové příhodě. Závěr šetření nemohou být tedy uplatněny na

hodnocení kvality života rozmanité komunity osob s touto diagnózou. Jisté limity šetření jsou pozorovány také z důvodu výběru jedinců v důchodovém věku. Pokud by byly zvoleny osoby věku mladšího, například osoby pracující, závěry šetření by mohly být jistě odlišné. Rizika výzkumu jsou spatřována zejména v možnosti neporozumění, či sníženého porozumění v důsledku afázie některým otázkám, a to v zvláště v dotazníku. V rámci dotazníkového šetření bylo však usilováno o zajištění všech možných podmínek pro co nejvyšší možné porozumění ze strany respondentů.

Ze závěrů bakalářské práce vyplývá, že narušená komunikační schopnost a jiné následky CMP ovlivňují každodenní život jedinců, zejména jejich sociální vztahy a sebepojetí. V oblasti sociálních vztahů je pro jedince problematická zvláště sféra komunikace s veřejností a nacházení či udržení sociálních vztahů, a proto by bylo vhodné zajistit širší informovat veřejnosti ohledně této problematiky, obzvláště pracovníky různých úřadů. Další vhodné opatření je spatřováno ve vytvoření větší sítě podpůrných služeb či organizací, zaměřujících se na poradenství a podporu resocializace osob s NKS po cévní mozkové příhodě i mimo největší města ČR.

## Závěr

Cílem bakalářská práce zabývající se subjektivním vnímáním kvality života osobami s narušenou komunikační schopností po cévní mozkové příhodě bylo zjistit, jakým způsobem cévní mozková příhoda, afázie či jiné následky CMP ovlivňují život osob s touto diagnózou ve vybraných oblastech.

Text práce je rozdělen do čtyř kapitol, z nichž se první tři zabývají teoretickým vymezením jednotlivých oblastí a poslední obsahuje samotné výzkumné šetření. V první kapitole je obsažena problematika cévní mozkové příhody, příčiny jejího vzniku, symptomy a následky. Dále je rozebrána diagnostika a prevence CMP a v neposlední řadě také velmi důležitá oblast prevence. Druhá kapitola týkající se narušené komunikační schopnosti zprvu vymezuje afázii jako jeden z častých následků CMP, zabývá se také její etiologií, symptomatologií, klasifikací, zmíněna je i diagnostika a terapie. V této kapitole je přiblíženo i téma přidružených centrálních poruch, které se objevují i jako možný doprovodný symptom afázie. Další část druhé kapitoly se krátce zmiňuje o problematice dysartrie, sděluje její možné příčiny, klasifikaci, symptomy, diagnostiku a terapii. Předposlední kapitola vymezuje oblast kvality života. Zprvu je tento termín definován a jsou rozebrány některé metody měření QoL. Dále jsou krátce představeny vybrané oblasti QoL, ve kterých mohou osoby s NKS po CMP vnímat změny, či které cévní mozková příhoda nebo jejich NKS v různé míře ovlivňuje.

Samotné výzkumné šetření týkající se subjektivního vnímání kvality života osob s afázií po CMP je představeno v poslední, čtvrté kapitole. Nejdříve je vymezen cíl výzkumu, výzkumné otázky a vybraná metodologie výzkumu. Dále jsou rozebrány kritéria pro výběr výzkumného vzorku, charakteristika účastníků šetření a výzkumného prostředí. Poté je představeno samotné šetření, které probíhalo metodou výzkumné triangulace a následně byly získané informace analyzovány a interpretovány. Závěrem byly zapovězeny výzkumné otázky a představeno doporučení pro praxi, zmíněny jsou limity výzkumu a krátce je představeno i srovnání se zahraničními studiemi.

Výzkum závěrečné bakalářské práce týkající se subjektivního hodnocení kvality života osob s afázií po cévní mozkové příhodě byl proveden s pěti respondenty s diagnózou afázie po CMP, kteří byli vybráni na základě předem zvolených kritérií. Vybraná metoda výzkumné triangulace zahrnuje metodu dotazníku, využita byla česká verze dotazníku WHODAS 2.0: verze s 36 otázkami pro odborného testujícího, a metodu

polostrukturovaného rozhovoru z důvodu dosycení dat. Výzkum přináší poznatky, které již byly představeny i jinými studiemi, avšak doplňuje a potvrzuje již zjištěná fakta a tvrzení.

Ze zjištěných dat vyplývá, že na vybrané oblasti kvality života má afázie a následky CMP jistý vliv v různém míře. Vybraní jedinci vnímají největší zásah do života v oblasti komunikace, která se projevuje nejen na úrovni sociálních vztahů ale také ve sféře sebepojetí. Jejich vztahy se často po cévní mozkové příhodě zaměřují na okruh rodiny a své dřívější kontakty v menší či větší míře omezují. Obtíže v sebepojetí se projevují zejména z počátku diagnózy, kdy se jedinci potýkají s hledáním nového smyslu života, hodnot a sebeověry. V menší míře následky CMP ovlivňují oblast samostatného pohybu či sebeobsluhy. V těchto doménách se těžkosti jeví zejména z počátku diagnózy a u jedinců, kteří se v důsledku rehabilitace setkávají s výrazným zlepšením v oblasti pohyblivosti zasažených končetin, se tyto problémy z velké části zmírňují či ustávají.

## Seznam použitých informačních zdrojů

### Seznam literatury

AMBLER, Zdeněk. *Základy neurologie: učebnice pro lékařské fakulty*. 7. vyd. Praha: Galén, 2011. ISBN 978-80-7262-707-3.

BAUER, Jiří. Cévní onemocnění mozku. In: NEVŠÍMALOVÁ, Soňa, Evžen RŮŽIČKA, Jiří TICHÝ a kol. *Neurologie*. Praha: Galén, 2002. ISBN 80-246-0502-3.

BROWN, Ivan a Roy I. BROWN. *Quality of life and disability: an approach for community practitioners*. London: Jessica Kingsley, 2003. ISBN 978-1-84310-005-8.

CSÉFALVAY, Zsolt a kol. *Terapie afázie: Teorie a případové studie*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-316-1.

CSÉFALVAY, Zsolt, Viktor LECHTA a kol. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti u dospělých*. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0364-3.

CSÉFALVAY, Zsolt (2003a). Diagnostika afázie. In: LECHTA, Viktor a kol. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-801-5.

CSÉFALVAY, Zsolt (2003b). Diagnostika dysartrie. In: LECHTA, Viktor a kol. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-801-5.

CSÉFALVAY, Zsolt. Klinické syndromy afázie. In: CSÉFALVAY, Zsolt a kol. *Terapie afázie: Teorie a případové studie*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-316-1.

CSÉFALVAY, Zsolt. Terapie afázie. In: LECHTA, Viktor a kol. *Terapie narušené komunikační schopnosti*. 2. aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-901-9.

CSÉFALVAY, Zsolt a Milena KOŠŤÁLOVÁ. Diagnostika afázie. In: CSÉFALVAY, Zsolt, Viktor LECHTA a kol. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti u dospělých*. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0364-3.

CSÉFALVAY, Zsolt, Milena KOŠŤÁLOVÁ a Jiří MEKYSKA. Diagnostika dysartrie. In: CSÉFALVAY, Zsolt, Viktor LECHTA a kol. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti u dospělých*. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0364-3.

ČECHÁČKOVÁ, Miloslava. Získané organické poruchy řečové komunikace: Afázie. In: ŠKODOVÁ, Eva, Ivan JEDLIČKA a kol.. *Klinická logopedie*. 2. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-340-6.

DRAGOMIRECKÁ, Eva a Jitka BARTOŇOVÁ. *WHOQOL-BREF, WHOQOL-100: World Health Organization Quality of Life Assessment: příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace*. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2006. ISBN 80-85121-82-4.

DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4138-3.

DVOŘÁK, Josef. *Logopedický slovník: Terminologický a výkladový*. Žďár nad Sázavou: Logopedické centrum, 1998. ISBN

GURKOVÁ, Elena. *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3625-9.

HADJ-MOUSSOVÁ, Zuzana a Marie VÁGNEROVÁ. *Psychologie handicapu: Část 2. Rodina a její význam pro rozvoj handicapovaného jedince*. Liberec: Technická univerzita, Fakulta pedagogická, 1997. ISBN 80-7083-208-8.

HADJ-MOUSSOVÁ, Zuzana. Specifické rysy osobnosti postiženého jedince. In: HADJ-MOUSSOVÁ, Zuzana a Marie VÁGNEROVÁ. *Psychologie handicapu: Část 2. Rodina a její význam pro rozvoj handicapovaného jedince*. Liberec: Technická univerzita, Fakulta pedagogická, 1997. ISBN 80-7083-208-8.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 2. aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-485-4.

HUDÁKOVÁ, Anna a Ludmila MAJERNÍKOVÁ. *Kvalita života seniorů v kontextu ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing, 2013. ISBN 978-80-247-4772-9.

KALINA, Miroslav. *Cévní onemocnění mozku*. Praha: Triton, 2001. ISBN 80-7254-198-6.

KALINA, Miroslav a kol. *Cévní mozková příhoda v medicínské praxi*. Praha: Triton, 2008. ISBN 978-80-7387-107-9.

KALITA, Zbyněk a kol. *Akutní cévní mozkové příhody: diagnostika, patofyziologie, management*. Praha: Maxdorf, 2006. ISBN 80-85912-26-0.

KÁBRT, Jan a Jan KÁBRT, jr. *Lexikon medicum*. 3. dopl. vyd. Praha: Galén, 2015. ISBN 978-80-7492-200-8.

KLENKOVÁ, Jiřina. *Logopedie*. Praha: Grada, 2006. ISBN 978-80-247-1110-9.

LECHTA, Viktor a kol. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-801-5.

LECHTA, Viktor a kol. *Terapie narušené komunikační schopnosti*. 2. aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-901-9.

LECHTA, Viktor. *Narušená komunikační schopnost*. In: LECHTA, Viktor a kol. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-801-5.

LOVE, Russell J. a Wanda G. WEBB. *Mozek a řeč: neurologie nejen pro logopedy*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-464-9.

LUDÍKOVÁ, Libuše. *Kvalita života osob se speciálními potřebami*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80-244-3827-6.

MICHALÍK, Jan a kol. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-859-3.

MICHALÍK, Jan. *Vybrané oblasti, ve kterých je postavení občanů se zdravotním postižením nerovné: Zaměstnanost*. In: MICHALÍK, Jan a kol. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-859-3

NEUBAUER, Karel a kol. *Neurogení poruchy komunikace u dospělých: Diagnostika a terapie*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-159-4.

NEUBAUER, Karel a kol. *Kompendium klinické logopedie: Diagnostika a terapie poruch komunikace*. Praha: Portál, 2018. ISBN 978-80-262-1390-1.

NEUBAUER, Karel (2007a). Etiologie ZNPŘK u dospělých osob. In: NEUBAUER, Karel a kol. *Neurogenní poruchy komunikace u dospělých: Diagnostika a terapie*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-159-4.

NEUBAUER, Karel (2007b). Diagnosticky diferencované typy ZNPŘK u dospělých osob. In: NEUBAUER, Karel a kol. *Neurogenní poruchy komunikace u dospělých: Diagnostika a terapie*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-159-4.

NEUBAUER, Karel (2007c). Psycholingvisticky orientovaný přístup k oblasti ZNPŘK. In: : NEUBAUER, Karel a kol. *Neurogenní poruchy komunikace u dospělých: Diagnostika a terapie*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-159-4.

NEUBAUER, Karel. Terapie dysartrie. In: LECHTA, Viktor a kol. *Terapie narušené komunikační schopnosti*. 2. aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-901-9.

NEUBAUER, Karel (2018a). Afázie. In: NEUBAUER, Karel a kol. *Kompendium klinické logopedie: Diagnostika a terapie poruch komunikace*. Praha: Portál, 2018. ISBN 978-80-262-1390-1.

NEUBAUER, Karel (2018b). Dysartrie a řečová dyspraxie. In: NEUBAUER, Karel a kol. *Kompendium klinické logopedie: Diagnostika a terapie poruch komunikace*. Praha: Portál, 2018. ISBN 978-80-262-1390-1.

NEVŠÍMALOVÁ, Soňa, Evžen RŮŽIČKA, Jiří TICHÝ a kol. *Neurologie*. Praha: Galén, 2002. ISBN 80-246-0502-3.

PAPATHANASIOU, Ilias, Patrick COPPENS a Constantin POTAGAS. *Aphasia and Related Neurogenic Communication Disorders*. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning, 2013. ISBN 978-0-7637-7100-3

PAPATHANASIOU, Ilias a Patrick COPPENS. Aphasia and Related Neurogenic Communication Disorders: Basic Concept and Operational Definitions. In: PAPATHANASIOU, Ilias, Patrick COPPENS a Constantin POTAGAS. *Aphasia and*



*Related Neurogenic Communication Disorders*. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning, 2013. ISBN 978-0-7637-7100-3.

PAYNE, Jan a kol. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, 2005. ISBN 80-7254-657-0.

SEIDL, Zdeněk. *Neurologie pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2733-2.

SEIDL, Zdeněk. *Neurologie pro studium i praxi*. 2. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5247-1.

ŠKODOVÁ, Eva, Ivan JEDLIČKA a kol. *Klinická logopedie*. 2. aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-340-6.

SKUTIL, Martin a kol. *Základy pedagogicko-psychologického výzkumu pro studenty učitelství*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-778-7.

SVOBODOVÁ, Lenka. Kvalita života. In: ŠUBRT, Jiří a kol. *Soudobá sociologie. III: Diagnózy soudobých společností*. Praha: Nakladatelství Karolinum, 2008,. ISBN 978-80-246-1486-1.

ŠUBRT, Jiří a kol. *Soudobá sociologie. III: Diagnózy soudobých společností*. Praha: Nakladatelství Karolinum, 2008,. ISBN 978-80-246-1486-1.

ŠVAŘÍČEK, Roman, Klára ŠEĐOVÁ a kol. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0.

ŠVAŘÍČEK, Roman: Kvalitativní přístup a jeho teoretická a metodologická východiska. In: ŠVAŘÍČEK, Roman, Klára ŠEĐOVÁ a kol. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0.

SVĚTOVÁ ZDRAVOTNICKÁ ORGANIZACE. *Rehabilitace po cévní mozkové příhodě: včetně nácviku soběstačnosti*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0592-3

VAŇÁSKOVÁ, Eva. Rehabilitace motorických řečových poruch po cévní mozkové příhodě. In: KALITA, Zbyněk a kol. *Akutní cévní mozkové příhody: diagnostika, patofyziologie, management*. Praha: Maxdorf, 2006. ISBN 80-85912-26-0.

VAVRDA, Vladimír: Změna kvality života: očekávání a realita. In: PAYNE, Jan a kol. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, 2005. ISBN 80-7254-657-0.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 5. rozšíř. a přeprac. vyd. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0225-7.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0696-5.

ŽUMÁROVÁ, Monika. Základní přístupy ke zkoumání. In: SKUTIL, Martin a kol. *Základy pedagogicko-psychologického výzkumu pro studenty učitelství*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-778-7

### **Seznam elektronických zdrojů**

BULLIER, Bénédicte, Hélène CASSOUDESALLE, Marie VILLAIN a kol. New factors that affect quality of life in patients with aphasia. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine* [online]. 63(1), 33-37 [cit. 2023-03-28]. Dostupné z: doi:10.1016/j.rehab.2019.06.015

Cévní mozková příhoda detailně. *Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně* [online]. 2023 [cit. 2023-02-25]. Dostupné z: <https://www.fnusa.cz/o-nemocnici/cmp/cevni-mozkova-prihoda-detailne/>

COMP: *About the COMP* [online]. 2023a [cit. 2023-03-10]. Dostupné z: <https://www.thecopm.ca/about/>

COMP: *Learn to Use the COPM* [online]. 2023b [cit. 2023-03-10]. Dostupné z: <https://www.thecopm.ca/about/>

Dotazník SF 36. *Klinika adiktologie* [online]. 2019 [cit. 2023-03-10]. Dostupné z: <https://www.adiktologie.cz/dotaznik-sf-36>

GILLEN, Glen. *Stroke Rehabilitation: A Function-Based Approach* [online]. 3rd ed. USA: Elsevier, 2011 [cit. 2023-03-11]. ISBN 978-0-323-05911-4. Dostupné z: [https://books.google.cz/books?id=V4-ptU-jZJoC&printsec=copyright&redir\\_esc=y#v=onepage&q&f=false](https://books.google.cz/books?id=V4-ptU-jZJoC&printsec=copyright&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false)

GEIGER, Debbe. Know the Signs of Stroke - BE FAST. *Duke Health* [online]. [cit. 2023-03-10]. Dostupné z: <https://www.dukehealth.org/blog/know-signs-of-stroke-be-fast>

MANNING, Molly, Anne MACFARLANE, Anne HICKEY, Rose GALVIN a Sue FRANKLIN. 'I hated being ghosted' – The relevance of social participation for living well with post-stroke aphasia: Qualitative interviews with working aged adults. *Health expect* [online]. 15.6.2021, 24: 1504– 1515 [cit. 2023-03-11]. Dostupné z: doi:10.1111/hex.13291

SLÁDKOVÁ, Petra. *Manuál k českému překladu WHODAS 2.0* [online]. 2016 [cit. 2023-02-07]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/res/file/klasifikace/who-das/whodas-manual.pdf>

SLOVÁČEK, Ladislav, Birgita SLOVÁČKOVÁ, Ladislav JEBAVÝ, Martin BLAŽEK a Jaroslav KAČEROVSKÝ. Kvalita života nemocných – jeden z důležitých parametrů komplexního hodnocení léčby. *MMSL* [online]. 1.3.2004, 73(1), 6-9 [cit. 2023-03-10]. Dostupné z: <https://www.mmsl.cz/pdfs/mms/2004/01/02.pdf>

TAUBNER, Helena, Malin HALLÉN a Åsa WENGELIN. Still the same? – Self-identity dilemmas when living with post-stroke aphasia in a digitalised society. *Aphasiology* [online]. 22. 3. 2019, 34:3, 300-318 [cit. 2023-03-10]. Dostupné z: doi: 10.1080/02687038.2019.1594151

TOMEK, Aleš, Jaroslava PAULASOVÁ SCHWABOVÁ, Hana MAGEROVÁ, Barbora URBANOVÁ a Magda VRÁBELOVÁ. Cévní mozková příhoda: Informace pro pacienty po cévní mozkové příhodě. In: *Čas je mozek* [online]. Nadační fond Čas je mozek, 2015 [cit. 2023-02-10]. 978-80-270-7583-6. Dostupné z: [https://www.casjemozek.cz/docs/Prirucka\\_pro\\_pacienty\\_po\\_CMP.pdf](https://www.casjemozek.cz/docs/Prirucka_pro_pacienty_po_CMP.pdf)

VOLNÝ, Ondřej, Hana POKORNÁ, Robert MIKULÍK a kol. *Průvodce cévní mozkovou příhodou pro pacienta a rodinu* [online]. Brno: Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně, 2016 [cit. 2023-03-11]. ISBN 978-80-906616-0-8. Dostupné z: [https://www.fnusa.cz/wp-content/uploads/Pruvodce\\_CMP.pdf](https://www.fnusa.cz/wp-content/uploads/Pruvodce_CMP.pdf)

World Health Organization: Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse. *WHOQOL: Measuring Quality of Life* [online]. Geneva, 1997 [cit. 2023-03-10]. Dostupné z: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/63482/WHO\\_MSA\\_MNH\\_PSF\\_97.4.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/63482/WHO_MSA_MNH_PSF_97.4.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

WRAY, Faye a David CLARKE. Longer-term needs of stroke survivors with communication difficulties living in the community: a systematic review and thematic synthesis of qualitative studies. *BMJ Open* [online]. 2017, 7:e017944 [cit. 2023-03-28]. Dostupné z: doi:10.1136/bmjopen-2017-017944

ZELTZER, Lisa, Katherine SALTER a Annabel MCDERMOTT. Stroke Impact Scale (SIS). *Stroke Engine* [online]. 29.6.2018 [cit. 2023-02-25]. Dostupné z: <https://strokengine.ca/en/assessments/stroke-impact-scale-sis/#References>

## **Seznam příloh**

Příloha 1: Vzor informovaného souhlasu

Příloha 2: Česká verze dotazníku WHODAS 2.0: verze s 36 otázkami pro odborného testujícího

Příloha 3: Ukázka polostrukturovaného rozhovor

**Příloha 1: Vzor informovaného souhlasu**

**Informovaný souhlas s poskytnutím rozhovoru k  
bakalářské práci**

**Téma bakalářské práce:** Vnímání kvality života osob s narušenou komunikační schopností po cévní mozkové příhodě

**Autor:** Marie Suchá

**Název pracoviště:** Pedagogická fakulta Univerzity Karlovy, Katedra speciální pedagogiky

**Prohlášení:**

1. Souhlasím s poskytnutím rozhovoru, jeho nahráváním a s poskytnutím dalších informací s tím souvisejících.
2. Souhlasím s tím, že údaje získané ve výzkumném šetření mohou být prezentovány v závěrečné práci, a to se zachováním anonymity mé osoby.
3. Jsem si vědom/a, že obsahem rozhovoru a informací s tím souvisejících mohou být rovněž osobní a citlivé záležitosti či obtížná témata.
4. Rozumím tomu, že není mou povinností odpovídat na obtížné a nepříjemné otázky.
5. Rozumím tomu, že kdykoliv mohu rozhovor ukončit a zrušit svoji účast na tomto projektu.
6. Jsem si vědom/a toho, že budu-li mít jakoukoliv otázku týkající se výzkumného šetření, mohu se obrátit na organizátorku výzkumného šetření, která mi dotazy zodpoví.
7. Rozumím všemu výše uvedenému a souhlasím s tím.

.....

*Jméno a příjmení*

.....

*Podpis*

V .....

Dne .....

## Příloha 2: Česká verze dotazníku WHODAS 2.0: verze s 36 otázkami pro odborného testujícího

### WHODAS 2.0

Světová zdravotnická organizace  
Dotazník pro hodnocení disability 2.0

36 otázek  
česká verze pro  
odborného testujícího

### Verze s 36 otázkami pro odborného testujícího

#### Úvod

Tento nástroj byl vyvinut týmem Světové zdravotnické organizace (WHO) pro klasifikace, terminologii a standardy v rámci WHO / National Institutes of Health (NIH) Joint Project on Assessment and Classification of Disability.

Před použitím tohoto nástroje musejí být tazatelé vyškoleni podle manuálu *Measuring Health and Disability: Manual for WHO Disability Assessment Schedule – WHODAS 2.0* (WHO 2010), který obsahuje průvodce rozhovorem a další podklady pro výuku.

Další informace WHO lze nalézt na webové adrese:

<https://www.who.int/classifications/international-classification-of-functioning-disability-and-health/who-disability-assessment-schedule>.

WHO lze kontaktovat na e-mailu: [whodas@who.int](mailto:whodas@who.int).

Přeloženo se svolením Světové zdravotnické organizace podle manuálu *Measuring Health and Disability: Manual for WHO Disability Assessment Schedule – WHODAS 2.0*, Geneva, World Health Organization, 2010. Staženo 5. 12. 2016.

Tento překlad nebyl vytvořen Světovou zdravotnickou organizací (WHO). WHO neodpovídá za obsah ani správnost tohoto překladu. Originální anglické vydání: *Measuring Health and Disability: Manual for WHO Disability Assessment Schedule – WHODAS 2.0*, Geneva, World Health Organization; 2010. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO je závazným a autentickým vydáním.

Překlad: MUDr. Bc. Petra Sládková, Ph.D.

Grafická úprava: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky

Revize překladu a grafické úpravy provedena k 4. 4. 2022.

Kontaktní e-mail pro dotazy či připomínky ohledně dotazníku WHODAS 2.0: [mkf@uzis.cz](mailto:mkf@uzis.cz).

Česká dokumentace k dotazníku WHODAS 2.0, která zahrnuje i dokumenty *Manuál k českému překladu WHODAS 2.0* a *WHODAS 2.0 - Instrukce k jednotlivým otázkám*, je k dispozici na webové adrese: <https://www.uzis.cz/whodas>.

# WHODAS 2.0

Světová zdravotnická organizace  
Dotazník pro hodnocení disability 2.0

36 otázek  
česká verze pro  
odborného testujícího

Tento dotazník obsahuje verzi WHODAS 2.0 pro odborného testujícího s 36 otázkami.

**Instrukce pro tazatele jsou psány tučnou kurzívou – nečtěte je nahlas.**

**Text, který má slyšet respondent (tázaný), je psán**

ve standardním písmu modře.

**Takový text čtete nahlas.**

## Sekce 1 Obálka

<b><i>Položky F1–F5 vyplňte před začátkem každého rozhovoru</i></b>				
F1	Identifikační číslo respondenta			
F2	Identifikační číslo tazatele			
F3	Pořadí testování (1, 2, atd.)			
F4	Datum provedení rozhovoru	— —	— —	— —
		den	měsíc	rok
F5	Životní situace (způsob bydlení) v době rozhovoru (Zakroužkujte pouze jednu možnost)	Nezávislé bydlení		1
		Samostatné bydlení s profesionální asistencí		2
		Pobývajících v zařízení (nemocnice, domov pro seniory)		3

***Pokračujte prosím na další stránku...***



# WHODAS 2.0

Světová zdravotnická organizace  
Dotazník pro hodnocení disability 2.0

36 otázek  
česká verze pro  
odborného testujícího

## Sekce 2 Demografické a jiné základní údaje

Tento rozhovor byl vytvořen Světovou zdravotnickou organizací za účelem lepšího porozumění potížím, vznikajícím v důsledku zdravotních problémů. Údaje, které v rámci tohoto rozhovoru poskytnete, jsou důvěrné a budou použity jen pro potřeby výzkumu. Rozhovor potrvá 15–20 minut.

**Lidem, kteří byli do výzkumu zařazeni z obecné populace (tj. těm, kteří nejsou pacienti zdravotnických zařízení nebo klienty pobytových sociálních služeb) řekněte:**

I když jste zdravý/á a žádné potíže nemáte, je nutno pro úplnost probrat všechny otázky.

Začnu s obecnými otázkami.

A1	Zaznamenejte pohlaví respondenta	Ženské	1
		Mužské	2
A2	Jaký je Váš věk?	_____ let	
A3	Kolik let celkem jste strávil/a studiem ve školách či v učení?	_____ let	
A4	Jaký je Váš <u>současný rodinný stav</u> ? (Vyberte jednu nejlepší možnost)	Nikdy v manželském vztahu	1
		Ženatý / vdaná	2
		V manželství, ale žijící odděleně	3
		Rozvedený/á	4
		Vdovec / vdova	5
		Žijící s druhem / družkou	6
A5	Co nejlépe popisuje Vaše <u>hlavní pracovní postavení</u> ? (Vyberte jednu nejlepší možnost)	Placená práce (zaměstnanec)	1
		Osoba samostatně výdělečně činná	2
		Neplacená práce (dobrovolník)	3
		Student / studentka	4
		V domácnosti	5
		Důchodce / důchodkyně	6
		Nezaměstnaný/á (ze zdravotních důvodů)	7
		Nezaměstnaný/á (z jiných důvodů)	8
Jiná situace (prosím upřesněte): _____	9		

# WHODAS 2.0

Světová zdravotnická organizace  
Dotazník pro hodnocení disability 2.0

36 otázek  
česká verze pro  
odborného testujícího

## Sekce 3 Úvod do rozhovoru

**Řekněte respondentovi (tázanému):**

Tento dotazník je o potížích, které lidé mají kvůli svým zdravotním problémům.

**Ukažte respondentovi kartu č. 1 a řekněte:**

Zdravotními problémy myslíme nemoci fyzické i duševní, jakož i další zdravotní potíže, krátkodobé či dlouhodobé, může jít o poranění, poruchy mozku, potíže emočního charakteru a rovněž potíže s alkoholem nebo drogami.

Během odpovědí na otázky zvažte všechny své zdravotní problémy. Když se Vás zeptám, jaké potíže máte při vykonávání nějaké činnosti, vezměte v úvahu...

**Přejděte ke kartě č. 1 a vysvětlete, že „potíže s činností“ znamenají:**

- zvýšenou námahu
- nepříjemné pocity nebo bolest
- pomalost
- změnu ve způsobu, jak činnost provádíte

**Řekněte respondentovi:**

Každá otázka, na kterou budete odpovídat, se vztahuje na potíže v období posledních 30 dnů. Současně je třeba zodpovědět, jak velké potíže jste měl/a v průměru za posledních 30 dní při vykonávání činností obvyklým způsobem.

**Ukažte respondentovi kartu č. 2 a řekněte:**

Při odpovědi použijte tuto stupnici.

**Čtěte škálu nahlas:**

Žádné, lehké, střední, těžké, extrémní nebo vůbec nemohu provést.

**Ujistěte se, že respondent může karty č. 1 a č. 2 v průběhu rozhovoru snadno vidět.**

# WHODAS 2.0

Světová zdravotnická organizace  
Dotazník pro hodnocení disability 2.0

36 otázek  
česká verze pro  
odborného testujícího

## Sekce 4 Potíže v hlavních oblastech

### Doména 1 Kognice

Položím Vám teď několik otázek o [porozumění a komunikaci](#).

**Ukažte respondentovi karty č. 1 a č. 2.**

Jak velké <a href="#">potíže</a> jste měl/a v posledních 30 dnech v těchto činnostech:		žádné	mírné	střední	těžké	extrémní / vůbec nemohu provést
D1.1	<a href="#">Soustředit se na činnost po dobu 10 minut?</a>	0	1	2	3	4
D1.2	<a href="#">Zapamatovat si důležité věci, které je třeba udělat?</a>	0	1	2	3	4
D1.3	<a href="#">Rozebrat a vyřešit problémy v každodenním životě?</a>	0	1	2	3	4
D1.4	<a href="#">Naučit se něco nového, například jak se dostat na nové místo?</a>	0	1	2	3	4
D1.5	<a href="#">V obecném smyslu rozumět tomu, co lidé říkají?</a>	0	1	2	3	4
D1.6	<a href="#">Začít a udržet rozhovor (konverzaci)?</a>	0	1	2	3	4

### Doména 2 Mobilita

Teď se Vás budu ptát na [potíže s pohyblivostí](#).

**Ukažte respondentovi karty č. 1 a č. 2.**

Jak velké <a href="#">potíže</a> jste měl/a v posledních 30 dnech v těchto činnostech:		žádné	mírné	střední	těžké	extrémní / vůbec nemohu provést
D2.1	<a href="#">Vydržet stát delší dobu, například 30 minut?</a>	0	1	2	3	4
D2.2	<a href="#">Vstát ze sedu?</a>	0	1	2	3	4
D2.3	<a href="#">Pohybovat se po bytě?</a>	0	1	2	3	4
D2.4	<a href="#">Dostat se ven z domu?</a>	0	1	2	3	4
D2.5	<a href="#">Ujít delší vzdálenost, například 1 km?</a>	0	1	2	3	4

**Pokračujte prosím na další stránku...**

# WHODAS 2.0

Světová zdravotnická organizace  
Dotazník pro hodnocení disability 2.0

36 otázek  
česká verze pro  
odborného testujícího

## Doména 3 Sebeobsluha

Teď se Vás budu ptát na potíže s péčí o sebe.

**Ukažte respondentovi karty č. 1 a č. 2.**

Jak velké <u>potíže</u> jste měl/a v posledních <u>30 dnech</u> v těchto činnostech:		žádné	mírné	střední	těžké	extrémní / vůbec nemohu provést
D3.1	<u>Umýt si celé tělo?</u>	0	1	2	3	4
D3.2	<u>Obléci se?</u>	0	1	2	3	4
D3.3	<u>Najíst se?</u>	0	1	2	3	4
D3.4	<u>Zůstat několik dní sám/sama?</u>	0	1	2	3	4

## Doména 4 Vztahy s lidmi

Teď se Vás budu ptát na potíže s navazováním a udržováním kontaktů s lidmi. Mějte prosím na paměti, že jde jen o potíže, které vyplývají z Vašich zdravotních problémů. Tím myslím nemoci tělesné či duševní, poranění, emoční potíže, a potíže s alkoholem nebo drogami.

**Ukažte respondentovi karty č. 1 a č. 2.**

Jak velké <u>potíže</u> jste měl/a v posledních <u>30 dnech</u> v těchto činnostech:		žádné	mírné	střední	těžké	extrémní / vůbec nemohu provést
D4.1	<u>Jednat s lidmi, které neznáte?</u>	0	1	2	3	4
D4.2	<u>Udržovat vztahy s přáteli?</u>	0	1	2	3	4
D4.3	<u>Vycházet s lidmi, kteří jsou Vám blízcí?</u>	0	1	2	3	4
D4.4	<u>Získávat nové přátele?</u>	0	1	2	3	4
D4.5	<u>Sexuální aktivity?</u>	0	1	2	3	4

**Pokračujte prosím na další stránku...**

# WHODAS 2.0

Světová zdravotnická organizace  
Dotazník pro hodnocení disability 2.0

36 otázek  
česká verze pro  
odborného testujícího

## Doména 5 Životní aktivity (domácnost, práce, škola)

### 5(1) Aktivity v domácnosti

Teď se Vás budu ptát na potíže se zvládnutím domácnosti, s péčí o členy rodiny, případně ostatní blízké. Jedná se o vaření, úklid, nákupy, péči o ostatní a péči o Váš majetek.

**Ukažte respondentovi karty č. 1 a č. 2.**

Kvůli vlastním zdravotním problémům, jak velké <u>potíže</u> jste měl/a v posledních 30 dnech v těchto činnostech:		žádné	mírné	střední	těžké	extrémní / vůbec nemohu provést
D5.1	Vykonávat své <u>povinnosti</u> v domácnosti?	0	1	2	3	4
D5.2	Udělat <u>dobře</u> nejdůležitější domácí práce?	0	1	2	3	4
D5.3	<u>Být hotov/a</u> se vším, co jste měl/a doma udělat?	0	1	2	3	4
D5.4	Udělat doma patřičně <u>rychle</u> vše, co jste měl/a?	0	1	2	3	4

**Pokud je některá z odpovědí D5.1 – D5.4 hodnocena výše než „žádné“ (větší než „0“), zeptejte se:**

D5.01	V kolika z posledních 30 dnů jste <u>domácí práce</u> omezil/a nebo úplně vynechal/a kvůli svým zdravotním problémům?	Zapište počet dnů _____
-------	---	-------------------------

**Pokud respondent pracuje (placená nebo neplacená práce, osoba samostatně výdělečně činná), nebo chodí do školy, projděte otázky **D5.5 – D5.10** na další straně.**

**V opačném případě přejděte k otázce **D6.1** na následující straně.**

# WHODAS 2.0

Světová zdravotnická organizace  
Dotazník pro hodnocení disability 2.0

36 otázek  
česká verze pro  
odborného testujícího

## 5(2) Práce nebo školní aktivity

Teď Vám položím několik otázek na práci nebo školní aktivity.

**Ukažte respondentovi karty č. 1 a č. 2.**

Kvůli vlastním zdravotním problémům, jak velké <u>potíže</u> jste měl/a v posledních 30 dnech v těchto činnostech:		žádné	mírné	střední	těžké	extrémní / vůbec nemohu provést
D5.5	Vaše každodenní <u>práce/škola</u> ?	0	1	2	3	4
D5.6	Udělat <u>dobře</u> nejdůležitější úkoly v práci / ve škole?	0	1	2	3	4
D5.7	<u>Být hotov/a</u> se vším, co jste měl/a udělat?	0	1	2	3	4
D5.8	Udělat práci patřičně <u>rychle</u> ?	0	1	2	3	4
D5.9	Měl/a jste v důsledku svých zdravotních problémů <u>nižší pracovní zařazení</u> ?				ne	1
					ano	2
D5.10	<u>Vydělal/a</u> jste v důsledku svých zdravotních problémů <u>méně peněz</u> ?				ne	1
					ano	2

**Pokud je některá z odpovědí D5.5 – D5.8 hodnocena výše než žádné (větší než „0“), zeptejte se:**

D5.02	V kolika z posledních 30 dnů jste <u>chyběl/a v práci / ve škole na půl dne nebo více</u> kvůli svým zdravotním problémům?	Zapište počet dnů _____
-------	--	-------------------------

**Pokračujte prosím na další stránku...**

# WHODAS 2.0

Světová zdravotnická organizace  
Dotazník pro hodnocení disability 2.0

36 otázek  
česká verze pro  
odborného testujícího

## Doména 6 Účast ve společnosti (participace)

Teď se budu ptát na Vaše zapojení ve společnosti a na to, jaký dopad na Vás a na Vaši rodinu mají Vaše zdravotní problémy. Některé tyto otázky se mohou týkat potíží, které trvají déle než posledních 30 dnů, nicméně v odpovědi se, prosím, soustředte právě na posledních 30 dnů. Znovu připomínám, že otázky se týkají potíží, vznikajících v důsledku zdravotních problémů: fyzických, duševních nebo emocionálních, problémů s alkoholem nebo drogami.

**Ukažte respondentovi karty č. 1 a č. 2.**

V posledních 30 dnech:		žádné	mírné	střední	těžké	extrémní / vůbec nemohu provést
D6.1	Jak velké potíže Vám činilo <u>zapojit se do společenských aktivit</u> (jako jsou oslavy, náboženské, kulturní i jiné akce) stejným způsobem jako ostatní?	0	1	2	3	4
D6.2	Jak velké potíže Vám dělaly různé <u>bariéry nebo překážky</u> ve Vašem okolí?	0	1	2	3	4
D6.3	Jak velké potíže jste měl/a s postoji a chováním ostatních, abyste <u>žil/a přiměřeně důstojně</u> ?	0	1	2	3	4
D6.4	Jak velké potíže jste měl/a se stráveným <u>časem</u> , který zabírají přímo Vaše zdravotní problémy nebo jejich důsledky?	0	1	2	3	4
D6.5	Jak velké <u>emocionální potíže</u> Vám vznikaly v důsledku Vašich zdravotních problémů?	0	1	2	3	4
D6.6	Jak velké potíže Vám vznikaly tím, že Vaše zdravotní problémy odčerpávaly vlastní nebo rodinné <u>finanční prostředky</u> ?	0	1	2	3	4
D6.7	Jak velké potíže měla <u>rodina</u> v důsledku Vašich zdravotních problémů?	0	1	2	3	4
D6.8	Jak velké potíže jste měl/a při aktivitách ve <u>volném čase</u> (relaxace, dovolená)?	0	1	2	3	4

***Pokračujte prosím na další stránku...***

# WHODAS 2.0

Světová zdravotnická organizace  
Dotazník pro hodnocení disability 2.0

36 otázek  
česká verze pro  
odborného testujícího

H1	V <u>kolika</u> z posledních 30 dnů byly zmíněné potíže přítomny?	Zapište počet dnů _____
H2	V kolika z posledních 30 dnů jste <u>vůbec nebyl schopen / nebyla schopna</u> vykonávat své obvyklé aktivity nebo práci kvůli zdravotním problémům?	Zapište počet dnů _____
H3	V kolika z posledních 30 dnů jste musel/a <u>částečně omezit</u> své obvyklé aktivity nebo práci kvůli zdravotním problémům?	Zapište počet dnů _____

Jsme u konce, děkuji Vám za spolupráci.



## **WHODAS 2.0**

Světová zdravotnická organizace  
Dotazník pro hodnocení disability 2.0

36 otázek  
česká verze pro  
odborného testujícího

Karta č. 1

### **Zdravotní problémy zahrnují:**

- **Nemoci fyzické i duševní**
- **Poranění**
- **Psychické nebo emocionální problémy**
- **Problémy s alkoholem**
- **Problémy s drogami**

### **Mít potíže s nějakou činností znamená:**

- **Zvýšenou námahu**
- **Nepříjemné pocity nebo bolest**
- **Pomalost**
- **Změnu ve způsobu, jak činnost provádíte**

**Uvažujte jen o období posledních 30 dnů.**

# WHODAS 2.0

Světová zdravotnická organizace  
Dotazník pro hodnocení disability 2.0

36 otázek  
česká verze pro  
odborného testujícího

## Karta č. 2



### **Příloha 3: Ukázka polostrukturovaného rozhovoru (respondent č. 1)**

1. Jak jste vnímal/a následky CMP, zejména NKS bezprostředně po CMP, jak jste se s tímto vyrovnávala? Jak tuto skutečnost vnímáte nyní?  
*„No po příhodě jsem nemohl jako chodit, což se zlepšilo, protože jako jsem hodně cvičil, ale jako ta ruka se nezlepšila no (povzdech). Špatně se mi s tím vyrovnávalo, hlavně tedy kvůli té ruce, to mi opravdu dělalo jako ten problém. Ale víte co, no, jako ta jako afázie mi dělala ze začátku větší problémy než teď, uměl jsem říct jen například jako-dobry den- a to bylo všechno, s tím jsem se vyrovnal jako i rychleji. No teď jsem i v té jako afázii mnohem lepší, jenom mám to slovo jako, ... to je pro mě takový jako odrazový můstek, to mě trochu štve.“*
2. S jakým ohlasem, s jakými reakcemi jste se setkal/a z počátku ze strany Vaší rodiny, ze strany nejbližších?  
*„Ale jo, musím říct, že jako celkově úplně super. Já jako jsem se na tom podílel a sám jsem se taky snažil. Ale jako moje rodina mě hodně jako to, podporovala. I myšlenkově i v té jako, no, jako rehabilitaci. Ale jinak jako super, nebyla to sranda.“*  
*„Moje jako starší dcera mi hodně pomáhala. Jezdila za mnou. Já jsem jel do jako [název nemocnice] a tam jsem byl týden na jako JIP, jako pak jsem šel na pokoj a ona mi zařídila, že budu v [název města]. To byly jako ty rehabilitace. Jako, no, bylo to drahý, ale jako stálo to za to. Mně to dalo hodně (úsměv).“*
3. S jakými reakcemi jste se setkal/a, setkáváte z důvodu vaší NKS od veřejnosti?  
*„Jako úplně super. Občas jim říkám, třeba v jako, jako restauraci, že mám afázii, aby s tím počítali, tak je upozorním. Ale ví to jako třeba kamarádi, kteří tam za mnou chodí, tak ty jim to jako třeba jako řeknou. No a vždycky jsou v pohodě, nejsou jako žádné špatné reakce.“*
4. Jak tyto skutečnosti vnímali Vaši přátelé, sociální kontakty?  
*„Já moc ty kamarády a kontakty nemám, jako nevyhledávám je taky tady a jako někomu třeba vadilo, že mluvím pomalu no. Ale třeba na jako těch jako rekondičních pobytech, jak teď jedu, tak tam potkávám jako nové lidi. Jako tam jsou úplně skvělý lidi.“*

5. Jaké emoce jste pociťoval/a po CMP a na počátku diagnózy afázie?  
*„No jako, víte, jako hlavně kvůli ztrátě práce, kvůli té ruce, to jako jsem se s tím vyrovnával jako blbě. A taky jsem si jako nedovedl představit, jak to všechno jako bude, to mi dělalo asi největší problém. Protože jsem se bál, že všechno bude jinak, což byla jako pravda. Jako ale já jsem za to rád, protože se teď koukám jinýma jako očima na svět, než předtím a všímám si více věcí“*
  
6. Měl/a jste nějakou podporu ze strany rodiny, přátel, popřípadě někoho jiného ? Jak vás podporují teď? Kde nebo v kom vidíte největší oporu?  
*„No nejvíce rodina, pak jsem tedy v [název organizace], tak mám podporu. A v tom [název města], tam to bylo taky super, ale jako stálo to hodně peněz, ale stálo to za to.“*
  
7. Měla Vaše NKS a jiné následky CMP dopad na Váš profesní život/změnu povolání?  
*„No víte, já jsem vyučený umělecký rytec kovu a pak jsem no (ukáže na svou pravou ruku), takže jsem nemohl pokračovat jako kvůli jako té ruce. No a tak jsem byl v tom invalidním důchodu, první 2 roky a pak jsem byl v normálním důchodu. A povolání jsem neměnil, to nemělo cenu. No my vlastně jako byt, takže jsem neměl potřebu hrabat peníze. A tu svoji práci jsem jako předtím miloval.“*
  
8. Jak ovlivnila NKS Vaše sebepojetí, sebevědomí, Vaši psychiku?  
*„No jako já už jsem jako říkal, že jako se teď jako koukám jinak na věci a jako žiju jako každý den tak, jako kdyby byl poslední. (pauza) Jako si to užívám“*
  
9. Jaké největší omezení vnímáte spojené s NKS?  
*„Jako se týče jako volání, jako, jako když s vámi mluvím, tak jako mluvím. Ala jako když to nemůžu a nemůžu říct, tak ten jako, s kým volám, tak to jde hůř, než když se takhle jako vidíme no. Ale jako když si s někým neznáte, takto je jako horší. Kdy jako neví, že mám afázii (povzdech). Ale já jako s tou afázií říkám, že jako je to tak jak to je, protože jako, jako to, že špatně mluvím a trvá mi to dýl, tak to je občas problém pro mě.“*

10. Jak vypadá nyní Váš sociální život, s kým se nejčastěji setkáváte? Jak se liší Váš soc. život před a po CMP, NKS?  
*„No já moc ty kamarády nevyhledávám. Jako jsem raději s rodinou taky. (pauza) No jako já mam spíš ty lidi v té afázii, no to je jako úplně super, no. To je jako sranda a taky jako jezdím na ty rekondice jako a letos jedu pětkrát na ten pobyt a jako těším se na to jako moc (úsměv).“*
11. Bydlíte sám, nebo s někým, popř. v nějaké pobytové službě?  
*„No jako s manželkou a s tou jako mladší dcerou, ta je jako dospělá, ale má vážnou nemoc. Chvilku je to soužití dobrý, chvilku nedobrý, ale jako no je to normální. Střídá se. Lidi si na to z okolí zvykli.“*
12. Jak vnímáte Vaši samostatnost? V jaké oblasti samostatnosti vnímáte největší potíže?  
*„No jako co zvládnou, tak zvládnou, nezvládnou toho jako toho tolik, jako co jsem zvládl před tou nemocí. Ale jo, tak jako já mám rád, když se něco děje, furt, furt. Mám rád, když mám jako co dělat.“*
13. Dokážete se sám pohybovat? Zvládáte se orientovat po městě, nebo potřebujete doprovod či pomoc?  
*„No jako já po městě jezdím tramvají, metrem, kousek pěšky. Ale jako musím se přiznat, že jako co dělám na těch rekondicích jako nedělám tady v Praze (smích). Tam si chci něco dokázat (úsměv).“*
14. Jaký je váš partnerský život? V čem se liší od situace před CMP? Jak váš partner bere NKS a jiné CMP následky?  
*„S manželkou už jsem jako těch (píše si číslovku 3 do vzduchu) osmatřicet let. No jako byly tam náznaky, jako jak to v životě chodí, a jako byly nebyly. Jako spolu teďka osmatřicet let no. No ale za bolševika to nebylo jako dobrý, uživit tu jako, no rodinu, až už jako po revoluci jinačí, tak se to začalo. To jsem rád, protože jako já abych uživil rodinu, tak jsem měl jako více prací.“*
15. Vnímáte nějaké pokroky od té doby, co vám byla diagnostikována afázie?  
*„Jako určitě se mi to zlepšilo, jak jako jsem říkal to jenom ‚dobrý den‘ no. Jako nejsem úplně jako spokojený, ale jsem rád, že jako rozumím a můžu mluvit, ne jako ta jako [jméno], ta jako moc nemůže mluvit a jako musí hodně jako psát.“*

16. Jaká je vaše situace v oblasti samostatného pohybu nyní a jaké byla bezprostředně po CMP?

*„No jako já jsem teda jako berli ze začátku nepotřeboval, protože já jako bývalý sportovec jsem to jako chtěl dokázat (smích). Tak jsem jako po té nemoci v té nemocnici se šoural, takže se mi ta noha zlepšila. No a teď chodím úplně jako super, jenom ta ruka jako no. A to mi i jako říkali, že na kole nemůžu jako, ale jako já naopak jako mi to dělá dobře a jezdím pak po parku tady.“*