

UNIVERZITA KARLOVA

HUSITSKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA

**Komunikační trénink a sociální začleňování osob po cévní
mozkové příhodě**

**Communication training and social integration of people over
cerebral apoplexy**

Diplomová práce

Vedoucí práce:

Prof. PhDr. Beáta Krahulcová, CSc.

Autor:

Bc. Denisa Kittnarová

Praha, 2021

Poděkování

Na tomto místě bych velmi ráda poděkovala prof. PhDr. Beátě Krahulcové, CSc., za odborné vedení mé diplomové práce, za její čas, trpělivost a cenné poznámky při zpracovávání. Mé poděkování patří také všem respondentům, za spolupráci při získávání dat pro výzkumnou část této diplomové práce.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou diplomovou prací „Komunikační trénink a sociální začleňování osob po cévní mozkové příhodě“ vypracovala samostatně. Dále prohlašuji, že všechny použité prameny a literatura byly řádně citovány, a že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne

.....

Bc. Denisa Kittnarová

Anotace

Předkládaná diplomová práce „Komunikační trénink a sociální začleňování osob po cévní mozkové příhodě“ se dělí na část teoretickou a část empirickou. Teoretická část v první kapitole seznamuje čtenáře s cévní mozkovou příhodou, jejími druhy, typy, dále rozebírá rizikové faktory, preventivní opatření a možnou léčbu. Druhá kapitola se věnuje fatickým poruchám způsobeným cévní mozkovou příhodou a traumaty mozku, kde se podrobněji věnuje například Bostonské klasifikaci afázií a Lurijově klasifikaci afázií. V následující kapitole je popsána rehabilitace a její možnosti. Ve čtvrté kapitole se diplomová práce zabývá komunikací a komunikačním tréninkem. V závěrečné kapitole teoretické části jsou popsány sociální služby. Druhá část práce je empirická, ta je zpracovaná na základě kvalitativního výzkumu, získání dat je realizováno pomocí výzkumu s využitím metody polostrukturovaných rozhovorů. Cílem této diplomové práce je zjistit na základě polostrukturovaného rozhovoru, jak se daří osoby po CMP začleňovat zpět do běžného života, jaké podpůrné služby jsou dostupné v jejich okolí a zda je podpora dostupná i pro jejich rodinné příslušníky. Závěr práce je věnován analýze a interpretaci dat.

Klíčová slova

Cévní mozková příhoda, rehabilitace, fatické poruchy, komunikace a komunikační trénink, sociální služby, rozhovor, polostrukturovaný rozhovor, klasifikace afázií, sociální začleňování.

Annotation

The submitted diploma thesis “Communication training and social integration of people over cerebral apoplexy” is divided into a theoretical part and empirical part. The theoretical part, in the first chapter, acquaints the reader with cerebral apoplexy, its kinds, types, further discusses risk factors, preventive measures and possible treatment. The second chapter deals with phatic disorder caused by cerebral apoplexy and brain trauma, where it deals in more detail with, for example, the Boston classification of Aphasia and Lurija’s Classification of Aphasia. The following chapter describes rehabilitation and its possibilities. In the fourth chapter the diploma thesis deals with communication and communication training. The final chapter of the theoretical part describes social services.

The second part of the thesis is empirical, it is based on the qualitative research, data collection is realized through research using the method of semi-structured interviews. The aim of this thesis is to find out, on the basis of a semi-structured interview, how people over CMP manage to integrate back into normal life, what support services are available in their area and whether support is also available for their family members. The conclusion of the thesis is dedicated to the analysis and interpretation of the obtained data.

Key words

Cerebral apoplexy, rehabilitation, phatic disorders, communication and communication training, social services interview, semi-structured interview, classification of aphasia, social integration.

OBSAH

ÚVOD	9
TEORETICKÁ ČÁST	11
1 CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA	11
1.1 Druhy cévní mozkové příhody	12
1.2 Typy cévní mozkové příhody	12
1.3 Rizikové faktory cévní mozkové příhody	13
1.4 Preventivní opatření cévní mozkové příhody	13
1.5 Léčba cévní mozkové příhody	14
2 FATICKÉ PORUCHY ZPŮSOBENÉ CMP A TRAUMATY MOZKU	16
2.1 Bostonská klasifikace afázií	17
2.2 Lurijova klasifikace afázií	18
2.3 Moderní technologie a léčba afázie	19
2.4 Fatické poruchy způsobené traumaty mozku	20
2.4.1 Primární poškození mozku traumatem	20
2.4.2 Sekundární postižení mozku traumatem	20
3 REHABILITACE A JEJÍ MOŽNOSTI VYUŽITÍ	22
3.1 Rehabilitační léčení	24
3.2 Aktivizační terapie	25
3.3 Ergoterapie	25
3.4 Pracovní rehabilitace	25
4 KOMUNIKACE A KOMUNIKAČNÍ TRÉNINK	26
4.1 Typy komunikačních poruch	27
4.2 Logopedická terapie	27
5 SOCIÁLNÍ SLUŽBY	29
EMPIRICKÁ ČÁST	33
6 KVALITATIVNÍ VÝZKUM	34
6.1 Metody výzkumného šetření	35
6.1.1 Rozhovor	35
6.1.2 Polostrukturovaný rozhovor	35
6.2 Cíl výzkumného šetření	36
6.3 Výzkumný soubor	36
6.4 Výzkumná data a okruhy otázek	37
6.5 Analýza dat	37

6.6	Shrnutí výsledku šetření	55
6.7	Diskuse výsledků a doporučení vyplývající z šetření	56
	Seznam tabulek	63
	Přílohy	64
	Příloha č. 1: Kladené otázky respondentům	66

SEZNAM ZKRATEK

CMP – cévní mozková příhoda

iCMP – ischemická cévní mozková příhoda

TK – krevní tlak

sTK – systolický tlak krve

DM – diabetes mellitus

CVA – cerebrovaskulární příhoda

AVM – arteriovenózní malformace

TIA – tranzitorní ischemická ataka (malá mozková příhoda)

LDL cholesterol – zlý cholesterol v krvi – nízkodenzitní lipoprotein

CNS – centrální nervová soustava

ÚVOD

Pro svou diplomovou práci jsem si vybrala téma „Komunikační trénink a sociální začleňování osob po cévní mozkové příhodě“. Hlavním důvodem výběru tohoto tématu byl velký zájem o to, dozvědět se více o sociálním začleňování osob po cévní mozkové příhodě. Momentálně jsem zaměstnaná v Domově pro seniory, kde mimo jiné pečuji také o klientku, která prodělala CMP a má problémy s komunikací, i proto jsem ráda, že jsem si právě toto téma vybrala.

Diplomová práce je rozdělena dvou částí, na část teoretickou a část empirickou. Teoretická část je rozdělena do pěti kapitol. V první kapitole se nejprve věnuji cévní mozkové příhodě jako takové, popisuji druhy, typy, rizikové faktory, preventivní opatření a krátce popisuji i možnou léčbu cévní mozkové příhody. V další kapitole popisuji fatické poruchy způsobené cévní mozkovou příhodou a traumaty mozku, kde popisuji bostonskou klasifikaci afázií, Lurijovu klasifikaci afázií, moderní technologie a léčbu afázie, fatické poruchy způsobené traumaty mozku pak dělím na primární a sekundární. Třetí kapitola popisuje rehabilitace a její možnosti využití. Následující kapitola charakterizuje komunikaci a komunikační trénink. Poslední, pátá kapitola v této diplomové práci je věnovaná sociálním službám.

Empirickou část této diplomové práce tvoří výzkumné šetření, které bylo provedeno s deseti respondenty, kteří pracují nebo dříve pracovali s lidmi po cévní mozkové příhodě. Šetření je provedeno metodou kvalitativního výzkumu. Ke sběru dat byl použit polostrukturovaný rozhovor.

Diplomovou práci jsem vypracovávala na základě odborné literatury k tématu komunikační trénink a sociální začleňování osob po cévní mozkové příhodě, z internetových zdrojů a ze sběru dat, které jsem získala za pomoci telefonických rozhovorů. Nejvíce mě zaujaly tyto publikace: *Neurogení poruchy komunikace u dospělých: Diagnostika a terapie*. Autorem knihy je Karl Neubauer a kol. Další publikací, kterou bych ráda uvedla napsali Dr. Mike Dow, David Dow a Megan Sutton, jde o knihu *100 otázek a odpovědí: Jak se uzdravit po mozkové mrtvici*.

Hlavním cílem této diplomové práce je zjistit na základě polostrukturovaného rozhovoru, jak se daří osoby po cévní mozkové příhodě začleňovat zpět do běžného života, jaké podpůrné služby jsou dostupné v jejich okolí a zda je podpora dostupná i pro jejich rodinné příslušníky. Na závěr je uvedeno shrnutí výsledků celé výzkumné části.

Práce by mohla sloužit ke zmapování toho, jak se daří lidem po cévní mozkové příhodě začleňovat do běžného sociálního a pracovního života. Je to velice důležité, z hlediska zdokonalování jejich začleňování.

TEORETICKÁ ČÁST

1 CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA

Cévní mozková příhoda (dále jen CMP) neboli iktus, také známá pod pojmem mrtvice představuje třetí nečastější příčinu úmrtí v rozvinutých zemích. Zároveň postihuje zhruba 5 % lidí starších 65 let. (Jordi, Viqué a kol., 2007).

CMP vzniká nejčastěji náhle. CMP je z 80 % příčinou ischemie části mozkové tkáně kvůli uzávěru některé z tepen zásobujících krví tuto oblast. Ve 20 % případů je příčinou hemoragický proces. Jedná se o rupturu neboli prasknutí tepny s krevním výlevem do okolní mozkové tkáně. Méně častou, ale hodně závažnou příčinou je subarachnoidální krvácení – mnohokrát z ruptury aneurysmatu (vrozeně vzniklé oslabení cévní stěny). Masivněji působící příčiny mají katastrofální následky, jedná se o těžké poruchy hybnosti končetin, těla a ztrátu schopnosti řečové komunikace. (Neubauer a kol., 2007).

Dow, Dow, Sutton (2018) uvádí, že: *„Jsou-li mozkové buňky poškozeny nebo zničeny, dochází k ohrožení funkce té části těla, kterou tyto cévy zásobují, a ta je následně oslabena, paralyzována či ztrácí schopnost koordinace“.*

Jenom u nás v ČR je ročně pro CMP hospitalizováno přibližně 50 000 pacientů (Růžička, 2019).

Určité části mozku se pojí se specifickými funkcemi. Mozková mrtvice způsobuje v jedné z těchto oblastí konkrétní poruchy. Poruchy levé mozkové hemisféry způsobují: ochabnutí či ochrnutí pravé části těla a senzorké poruchy, dále poruchy řeči a narušení analytických schopností. Poruchy pravé mozkové hemisféry způsobují: ochabnutí/ochrnutí levé strany těla a senzorké poruchy, dále vizuálně-prostorové poruchy a impulzivní či nevhodné chování. Poruchy v oblasti mozečku zapříčiňují problémy s koordinací a rovnováhou a také závratě. Poruchy v oblasti mozkového kmene přivozují potíže s polykáním, problémy se zrakem a sníženou ostražitost (Dow, Dow, Sutton, 2018).

Množství projevů a následků CMP záleží na rozsahu a oblasti poškození mozku. Poškození ovlivňuje především pohyblivost a samostatnost. Zároveň je zde riziko snížení kvality života a zvýšení potřeby pomoci ze strany rodiny nebo zdravotního či jiného personálu (Jordi, Viqué a kol., 2007).

Vzhledem k složitému uspořádání mozku platí, že poškození jedné strany mozku má vliv na opačnou stranu těla. Například cévní mozková příhoda, která postihla pravou stranu mozku, může narušit správnou funkčnost levé ruky a nohy (Dow, Dow, Sutton, 2018).

V odborné literatuře Arteriální Hypertenze – současné klinické trendy VII. se uvádí, že CMP patří celosvětově k nejčastějším příčinám morbidity a mortality. Cévní mozková příhoda rovněž patří mezi nejčastější příčiny invalidity a deprese (Widimský a kol., 2014).

Podle Vincenta-Onabaji (2013) je CMP měnící se onemocnění, které sebou nese mnohokrát celoživotní následky, samozřejmě také sociální. Sociální participace je jednou z hlavních složek lidského fungování. Přesněji se jedná o zapojení jedince do životních situací. Ještě k tomu přiměřenost dimenzí sociální participace, jako je komunitní život, ekonomická soběstačnost, sociální integrace, vzdělání a pracovní aktivity a volný čas, bývá spojena s lepším blahobytem a kvalitou života v obecné populaci, jako u pacientů s chronickým onemocněním (jako je CMP) (www.hindawi.com [online]).

1.1 Druhy cévní mozkové příhody

Druhy cévní mozkové příhody nazýváme dle původu krevní sraženiny a to:

- a) Trombóza: sraženina vznikne v dané cévě, která se ucpe.
- b) Embolie: sraženina vznikne ve vzdálené krevní cévě, zpravidla ve velkých tepnách v horní části těla, a krevním řečištěm dojde až do menší krevní cévy, přes kterou se už nedostane a způsobí její ucpání.
- c) Přejídná ischemická příhoda: jedná se o přejídný stav s projevem určitých příznaků, který nicméně trvá krátkou dobu a nezanechává následky. Je pro nás varováním, že existuje možnost recidivy iCMP v krátkém čase (Jordi, Viqué a kol., 2007).

1.2 Typy cévní mozkové příhody

Nejčastějším typem cévní mozkové příhody (zhruba 85 % všech případů) je mrtvice ischemická zvaná také jako trombotická. Nastává v mozkové cévě nebo mozku samotném důsledkem jejich ucpání neboli okluze krevní sraženinou. Z příčiny nedostačujícího krevního zásobení, tudíž nedostatečného přísunu kyslíku a živin, následně dochází k poškození mozku či v nějakých případech k nenávratnému zničení mozkové tkáně, která je touto cévou zásobena nebo jí obklopuje.

Druhý typ je méně častý (zhruba 15 % všech případů), jde o mrtvici hemoragickou, která způsobuje krvácení uvnitř mozku. Vznikne prasknutím cévy a roztržením mozkové tkáně. Krev poté tlačí na nervové buňky a poškozuje je. Následkem tohoto dochází k narušení jakékoli z funkcí, chování či činností, které jsou příslušnou částí mozku řízeny.

Hemoragická mrtvice je sice méně častá, ale pro život je mnohem nebezpečnější. Od ischemické mrtvice se často odlišuje bolestmi hlavy, žaludeční nevolností nebo záchvaty. Rozdíl jde však poznat pouze na základě rentgenového snímku mozku. Hemoragická mrtvice může být způsobena například vysokým krevním tlakem či oslabenými stěnami krevních cév, kdy je tento stav známý jako aneuryzma či arteriovenózní malformace (AVM), (Dow, Dow, Sutton, 2018).

1.3 Rizikové faktory cévní mozkové příhody

Jordi, Viqué a kol. (2007) v knize Zdraví pro třetí věk uvádí, že do neovlivnitelných rizikových faktorů patří: věk, pohlaví, dědičnost, rasa, geografické podmínky a podnebí. Mezi rizikové faktory stabilní spadají: vysoký krevní tlak, vysoce riziková kardiopatie, diabetes mellitus, přechodná ischemická příhoda. K rizikovým faktorům potenciálně ovlivnitelným se řadí: cholesterol, kouření, alkoholismus, obezita, sedavý způsob života, orální antikoncepce, migréna, menopauza a další.

Typickým příznakem CMP je objevující se opakovaná bolest hlavy a odlišující se od normální bolesti hlavy nebo nevolnosti, protože se najednou objevuje více příznaků. Tyto příznaky jsou: opakovaná silná bolest hlavy bez známé příčiny, opakované problémy se zrakem (vidění u jednoho nebo obou očí), opakované problémy s chůzí (špatná koordinace, závratě, ztráta rovnováhy), opakované projevy zmatenosti (problémy s řečí nebo dorozuměním) a opakovaná slabost všeobecně jedné části těla (tvář, paže nebo jedna noha) (Jordi, Viqué a kol., 2007).

1.4 Preventivní opatření cévní mozkové příhody

Preventivním opatřením CMP je především snížení vlivu rizikových faktorů. Mezi nejdůležitější režimová opatření patří: přestat kouřit, jíst vyváženou stravu, cvičit, zabránit obezitě, udržovat normální krevní tlak, dodržovat dietu apod. (Jordi, Viqué a kol., 2007).

Základní principy sekundární prevence:

- a) ovlivnění vaskulárních rizikových faktorů,
- b) antitrombotické léčbě – antiagregancia či antikoagulancia a
- c) chirurgické či endovaskulární léčbě (Widimský a kol., 2010).

Před pár desítkami let panovalo přesvědčení, že CMP je prakticky neléčitelná. V průběhu času se došlo k názoru, že z veškerých závažných onemocnění je to právě CMP, které lze nejlépe předcházet (Dow, Dow, Sutton, 2018).

Ovlivnění vaskulárních rizikových faktorů:

- krevní tlak – jde o nejdůležitější ovlivnitelný rizikový faktor iCMP. Snížení krevního tlaku vede k poklesu rizika recidivy CMP a TIA. U těchto pacientů by měl být TK pravidelně kontrolován.
- Diabetes mellitus – vyskytuje se přibližně u 25 % pacientů s iCMP. Je také podstatným faktorem zrodu recidivy iCMP. Významnou součástí opatření je pravidelná kontrola glykémie a ovlivnění diabetu změnou životního stylu a individuální farmakoterapií.
- Hyperlipidémie – novodobé studie prokázaly nepatrný vztah mezi koncentrací celkového cholesterolu i LDL cholesterolu a rizikem iCMP. Pokles koncentrace cholesterolu pomocí statinů snížilo výrazné riziko iCMP v primární, ale i v sekundární prevenci (Widimský a kol., 2010).

1.5 Léčba cévní mozkové příhody

Mezi nejúčinnější postupy k léčbě CMP patří:

- Nitroglycerin – tato látka rozšiřuje srdeční cévy a bolest zmizí v následujících minutách. Podává se prášek pod jazyk nebo ve spreji. Nežádoucím účinkem může být bolest hlavy.
- Antagonisté neboli blokátory kanálů pro vápník – zabraňují vstupu vápníku do srdečních buněk, a to zmírňuje tendenci koronárních atrií se zužovat a usnadní práci, kterou vykonává srdce, což znamená, že klesá potřeba kyslíku.
- Betablokátory – zamezují působení adrenalinu v těle, zvláště stimulaci srdce. Efektem je, že srdce tepe pomaleji a s menší silou, a proto potřebuje méně kyslíku, a rovněž snižují krevní tlak.
- Chirurgické zákroky – v případě nestabilní nebo stabilní anginy, které vzdorují účinkům léků, může být dosaženo nápravy prostřednictvím bypassů nebo v některých případech prostřednictvím koronární angioplastiky (Jordi, Viqué a kol., 2007).

Podle Holmerové a Cilaga (2007) potřebují starší pacienti většinou delší dobu k uzdravení a navrácení jejich původního stavu. Je pro ně důležité zejména, aby zůstali v péči zdravotnického zařízení, než se budou moci vrátit bezpečně domů. Pokud není umožněn úplně nezávislý život, tak by měl být zajištěn soubor zdravotních a sociálních služeb, který umožní tomuto člověku návrat domů. Dále je důležité, aby byli léčeni a ošetřováni multidisciplinárním týmem. Nejdůležitějším pro tyto pacienty je také rodina, která jim pomáhá a podílí se na rehabilitaci.

Antitrombotická terapie – antiagregace, antikoagulace

Dle nynějších doporučení musí být všem pacientům po iCMP podávána antitrombotická terapie, ale u pacientů nevyžadujících antikoagulaci je indikována antiagregační terapie. Mezi léky první volby patří kyselina acetylsalicylová, kombinace kyseliny acetylsalicylové a dipyridamolu (Aggrenox) nebo clopidogrel (Widimský a kol., 2010).

Chirurgická nebo endovaskulární léčba iCMP

Stenóza vnitřní karotidy (a. karotis interna) tvoří důležitou etiopatogenetickou příčinu TIA a iCMP. Uvádí se, že včasné zahájení léčby může snížit riziko recidivy iCMP až o 80 %.

K medikamentózní léčbě patří podání statinů a postupné snížení sTK u hypertoniků. Dále u pacientů, kterým není indikována antikoagulační léčba z jiné indikace. Je doporučeno ihned podat antiagregační terapii (Widimský a kol., 2010).

2 FATICKÉ PORUCHY ZPŮSOBENÉ CMP A TRAUMATY MOZKU

Mezi nejčastější následky CMP řadíme fatickou poruchu = porucha řeči. Řeč je jednou ze specifických lidských činností, která spadá k nejdiferencovanějším pohybovým úkonům člověka. Schopnost komunikace prostřednictvím řeči je jedním z nejrelevantnějších projevů sociální i kulturní evoluce člověka (Ambler, 2011).

Podle Růžičky (2019) je nutné při poruše řečové komunikace rozlišovat dvě základní skupiny postižení. V první skupině jsou poruchy jazykové složky, kam řadíme afázii, jedná se především o postižení symbolických procesů. Ve druhé skupině jsou poruchy motorické složky řeči, kam řadíme dysartrie, a jedná se o narušení motorických mechanismů tvorby řeči.

Afázie je podmíněná poškozením mozku, kdy se přesněji jedná o poruchu vyjadřování a chápání jazyka. Klient postižený afázií není schopen správně proměnit neslovní (mentální reprezentace tvořící myšlení) do symbolů a gramatického uspořádání jazyka a naopak. Afázie dělíme na klasické, neklasické a zkřížené (Koukolík, F., 2012).

Růžička (2019, s. 23) popisuje: „*Afázie je porucha porozumění (percepce) nebo produkce (exprese) řeči. Vzniká při získaných lézích mozkové kůry a s ní spojených níže uložených podkorových struktur, obvykle v dominantní mozkové hemisféře. Nejčastějšími příčinou afázie je cévní mozková příhoda.*“

Dysartrie – jde o poruchu tvorby řečových zvuků a artikulace slov, bez porozumění či exprese řeči. Neurologické příčiny dysartrie zahrnují poruchy inervace a také koordinace svalů podílejících se na tvorbě řeči. Rovněž mohou vzniknout při postižení dýchacího ústrojí, laryngu, nasofaryngu nebo orofaciální oblasti. (Růžička, 2019)

Mutismus – úplná ztráta schopnosti mluvit, ať už z důvodu těžké poruchy jazykové nebo motorické složky řeči (afonie, anartrie) či na psychologickém podkladu. (Růžička, 2019).

Dále máme další druhy postižení řeči jako např. alálie a dysfázie (Matoušek, 2003)

2.1 Bostonská klasifikace afázií

Klasifikace afázií (Geswind, 1988)

Vysvětlivky v tabulce:

- + bez patologického nálezu – poměrně zachovalé schopnosti
- ± sporné/nekonzistentní vyjádření příznaku,
- přítomen patologický nálezu – narušené schopnosti

Druh afázie	Spontánní řeč	Porozumění	Opakování	Pojmenování	Psaní	Čtení nahlas
Broccova	nonfluentní	+	-	±	-	±
Wernickeova	fluentní	-	-	-	-	-
Konduktivní	fluentní	+	-	±	-	±
Trankortikální motorická	nonfluentní	+	+	±	-	+
Trankortikální senzorická	fluentní	-	+	-	-	+
Anomická	Fluentní ale obtíže však s vybavováním slov	+	+	-	+	+
Globální	Nonfluentní až němý	-	-	-	-	-
Smíšená trankortikální	nonfluentní	-	+	-	--	-

Tabulka č. 1: Bostonská klasifikace afázií, Zdroj: www.wikiskripta.eu

Broccova afázie

Říká se jí také motorická či expresivní afázie, která má nápadně nonfluentní řeč s narušenou větnou stavbou. Je poměrně zachované porozumění, ale neschopnost opakovat. Broccova afázie vzniká při kortikální nebo subkortikální lézi Broccova centra řeči. Osoba s tímto onemocněním těžce hledá vhodné slovo, pomáhá si gestikulací, opisem, náhradními výrazy. Řeč nemocného je chudá a stereotypní (Růžička, 2019). Broccovu afázii ve většině případů doprovází pravostranná hemiparéza. Osoby s tímto onemocněním si jsou vědomi svého poškození a bývají často depresivní (Koukolík, F., 2012).

Wernickeova afázie

Přezdívána také jako senzorická či perceptivní afázie. Charakteristicky se vyznačuje plynulou, ale nesrozumitelnou řečí. V řeči jsou parafráze až neologismy, vážne opakování a porozumění je také špatné. Wernickeova afázie vzniká při poruše Wernickeova centra řeči. Také bývá pravostranná homonymní hemianopsie. Osoba s tímto onemocněním si

obvykle svoji poruchu neuvědomuje a často je podrážděný, protože mu okolí nerozumí (Růžička, 2019).

Kondukční afázie

Občas se vyskytuje v průběhu úprav perceptivní afázie nebo samostatně při parietální lézi v horní části Sylviovy rýhy. Nemocný mluví plynně, v řeči jsou četné paraafázie, ale poměrně dobře rozumí. U nemocného je však těžká porucha při pokusu o opakování řeči (Ambler, 2011).

Transkortikální motorická a transkortikální senzorycká afázie

Tyto afázie se vyznačují nápadně zachovanou schopností opakovat při postižení porozumění a také fluence řeči (Růžička, 2019).

Anomická afázie

Tuto afázii také nazýváme amnestickou, opakování a porozumění bývá zachováno. Anomická afázie je fluentní, ale s chudým obsahem. Nemocnému chybí významová slova, které pacient nahrazuje opisy a gestikulací (Růžička, 2019).

Globální afázie

Jde o kombinaci expresivní perceptivní afázie. V tomto případě zpravidla převažuje expresivní afázie. Vzniká při rozsáhlejší lézi ve frontální, parietální a horní temporální oblasti (Ambler, 2011).

2.2 Lurijova klasifikace afází

Lurijova klasifikace rozpoznává tři základní funkční jednotky mozku, jež se účastní na uskutečňování jakékoli mozkové činnosti.

1. Blok regulace tonu a bdění – aparáty prvního funkčního bloku tonizují a kontrolují korovou činnost. Dále bezprostředně podléhají vlivu mozkové kůry.
2. Blok příjmu, zpracování a uchování informací – umisťuje je hlavně do korových a podkorových oblastí distálně do Rolandova závitu, spánkové, týlní a temenní oblasti. Ve zmíněných oblastech jsou modálně specifické systémy, které jsou způsobilé pouze k příjmu určitého způsobu informace.
3. Blok programování, regulace a kontroly složitých forem činnosti – Lurija je umisťuje do předních částí hemisfér, hlavně do zón frontálních, prefrontálních a

premotorických. Poté upozorňuje na jejich těsné funkční propojení s retikulární formací (Neubauer a kol., 2007).

Fatické poruchy při poškození funkce třetího bloku

Klientům, kteří mají poškozené funkce třetího bloku a s eferentní motorickou afázií můžeme u nich pozorovat plačtivost, neschopnost samostatné kvalitní produkce a bezradnost, ale také i kritičnost. U klientů s tímto poškozením dochází k prodlevám při změně činností. Což se projevuje například zhoršeným plánováním, omezením aktivity a problémy se zapamatováním, případně též obtížemi při vyslovování. Dále můžeme pozorovat projevy dynamické afázie nebo alespoň její elementy přidružené k eferentní motorické afázií (Neubauer a kol., 2007).

Fatické poruchy při poškození funkce druhého bloku

Podle Neubauera a kol. (2007) poškození činností druhého mozkového laloku, které může nastat například při poškození postcentrální oblasti. Můžeme pozorovat vážnouci zpracování kinestetický (dostředivých) signálů. U nedostatečné zpětné kinestetické vazbě smíme pozorovat v řečové rovině projevy aferentní motorické afázie. Činnost druhého mozkového bloku může být negativně ovlivněna také např. při poškození spánkové oblasti, tzv. Wernickeovy zóny – smíme pozorovat projevy sensorické afázie.

2.3 Moderní technologie a léčba afázie

V posledních letech došlo k dramatickému nárůstu aplikací a moderních technologií určených pro pacienty s afázií. Existují nástroje, které pomáhají lidem s afázií vytvářet nebo používat uložené informace, aby mohli lépe komunikovat, když jsou venku (například když si chtějí objednat jídlo v restauraci). Existuje mnoho softwarových programů a aplikací navržených pro opakované účely, jako je procvičování pravopisu nebo porozumění slovům. Tyto nástroje mohou pacientům pomoci procvičit konkrétní dovednosti, ale neměly by být na úkor autentických rozhovorů s rodinou nebo jinými lidmi. Moderní technologie zahrnuje řadu možností od nástrojů pro generování řeči až po léčbu na dálku, konkrétně využití videohovorů ke spolupráci s terapeutem, nebo využití online skupin podpory (Dow, Dow, Sutton, 2018).

2.4 Fatické poruchy způsobené traumaty mozku

Úrazy vznikají jako následek pádu, při sportu i práci. Pády bychom přiřadili hlavně k starším lidem. Ve vyspělých zemích jsou úrazy jednou z nejčastějších příčin úmrtí v dětském věku. Dopravní nehody postihují hlavně mladé lidi, mnohokrát v souvislosti s požitím alkoholu. Tyto nehody tvoří více jak 50 % smrtelných úrazů centrální nervové soustavy (dále jen CNS) (Seidl, 2015).

2.4.1 Primární poškození mozku traumatem

Podkladem pro **mozkovou komoci** neboli otřes mozku jsou nejmírnější formy difúzní axonální léze. Nepozorujeme ložiskové symptomy a ve většině případů nezanechává žádné trvalé následky. Jako další je možné uvést například **Whipash syndrom**, který nejčastěji vzniká při autohavárii nárazem do vozidla zezadu. **Difúzní axonální poranění mozku** – relevantní poranění mozku, které je odpovědné za polovinu všech úmrtí na trauma CNS. Dále si představíme poranění lebky a lebních pokrývek: jde o poranění kůže, podkoží a lebních kostí a při neporušení tvrdé mozkomíšni pleny nepředstavuje podkožní hematom klinické nebezpečí. Jako poslední si do primárních poškození mozku traumatem uvedeme **mozkovou kontuzi** neboli zhmoždění. V tomto případě může jít o různá poranění lišící se rozsahem klinickým vedením a prognózou. Menší kontuze mají korelát pouze na EEG a rozsáhlé kontuze mohou vést k rozdrčení mozkové tkáně a úplné destrukci části mozku. Kontuze mají trvale ložiskový charakter z postižených struktur (Seidl, 2015).

2.4.2 Sekundární postižení mozku traumatem

Epidurální hematom vzniká krvácením mezi kalvu a tvrdou plenou mozkovou. Symptomy nastupují obvykle už v prvních třech hodinách po úraze, ale i později. Krvácení žilní etiologie se často projeví někdy i za několik dní. Zjistí se ložiskové příznaky, nitrolební hypertenze a alterace vědomí. **Akutní subdurální hematom** – jedná se o akutně vzniklou plášťovitou kolekci mezi tvrdou a měkkou plenou mozkovou. Příznaky jsou podobné jako u epidurálního krvácení. Vývoj je však delší, může trvat i řádově dny. **Chronický subdurální hematom** nebo také hygrom. Podstatou je krvácení z přemostujících žil u pacientů s různě vyjádřenou korovou atrofií. Poranění hlavy mnohokrát předchází také několik týdnů rozvoji hematomu. **Traumatické subarachnoidální krvácení** v mírné formě provází každé větší poranění CNS – větší příměš krve je při těchto frakturách báze lební. **Vegetativní stav – vigilní kóma a**

apalický syndrom – v tomto případě jde o stabilizovaný následek těžkého postižení mozku. Pokud tedy nedošlo k smrti z působení primární noxy (škodlivé látky). **Herniace mozkových struktur v důsledku úrazu** – při tomto narůstá expanze v uzavřeném prostoru lbi, části mozku se deformují a dislokují (posouvají) cestou nejmenšího odporu. **Poúrazový mozkový edém** vrcholí 3. až 7. den od úrazu a má původ buď cévní, a to z vazoparalýzy nebo ze zmnožení intra – anebo extracelulární tekutiny. Poúrazová infekce – jde o roztrženou dura matera a také je to potenciální cesta pro šíření infekce. Málokdy se vyvíjí do 48 hodin, propuknout může teprve po několika měsících i letech. Pneumocefalus je výskyt vzduchu v CNS (Seidl, 2015).

3 REHABILITACE A JEJÍ MOŽNOSTI VYUŽITÍ

„Rehabilitace je činnost, jejímž cílem je optimální znovuoobnovení fyzických, psychických, sociálních a pracovních schopností, které byly sníženy v důsledku úrazu nebo onemocnění.“ (Seidl 2015)

Účelem rehabilitace je zlepšení hybnosti postižené části těla, kompenzace trvalých následků, nácvik chůze a soběstačnosti, prevence komplikací jako je spasticita, kontraktury nebo kloubní bolesti. Rehabilitace je podstatnou součástí terapie pro pacienty se všemi typy CMP (Růžička, 2019).

Podle Zuzany Slezákové (2014) musí být rehabilitace komplexní, ucelená a svým obsahem vyčerpávající. Je důležité při vykonávání rehabilitace dodržovat pár zásad a to: včasné stanovení léčebného postupu (má začít současně s péčí po odeznění akutních příznaků). Rehabilitace musí být přísně individuální – individualizace se týká výběru postupů, metod, technik i času, který se samozřejmě musí přizpůsobit aktuálnímu stavu klienta a jeho reakcím. Další zásadou je koordinace péče o klienta, přesněji jde o multidisciplinární rehabilitační tým.

Podle Neubauera (2007) léčebná asistence u pacientů s neurogení poruchou řeči je dlouhodobý proces a bez spolupráce postiženého a okolního prostředí se neobejde. Pomocí léčebného programu jsme rozvinuli stávající komunikační možnosti handicapovaných a zároveň jsme pomohli cíleně učit se novým technologiím, handicapovaní budou úspěšněji těžit z jeho verbální i neverbální komunikace úsilí. Při této práci je velmi důležité pomáhat okolnímu prostředí postižených a vytvářet pomáhající a motivující prostředí, ať už jde o rodinu nebo ústav. Jednak při stanovení formy a intenzity léčby nelze léčbu provést, pokud není respektován daný léčebný plán a možnosti zdravotnického zařízení, kde je postižený hospitalizován. Na druhou stranu jsou některé momenty spolupráce mezi rodinnými příslušníky nebo pečovateli při pomoci pacientům s poruchami komunikace zásadní pro efektivní vybavení a výsledky léčby.

Tým odborníků, kteří se starají o pacientovu rekonvalescenci podle Dow, Dow a Sutton (2018):

- Neurolog: lékař, který se zabývá diagnostikou a léčbou veškerých problémů centrální, periferní a autonomní nervové soustavy. Pomáhá diagnostikovat CMP a určuje nejvhodnější léčbu.

- Fyziatr: jedná se o lékaře, který se specializuje na léčbu a léčebnou rehabilitaci tělesného postižení přírodními a fyzikálními prostředky a z velké části se zaměřuje na zlepšení a fungování daného jedince v běžném životě.
- Zdravotní sestra: stará se o pacienty po CMP 24 hodin denně, sedm dní v týdnu a poskytuje jim potřebnou péči, asistenci, podporu a také informace.
- Fyzioterapeut: pomáhá klientovi obnovit jeho fyzickou sílu a mobilitu.
- Psychoterapeut: Pomáhá přizpůsobit se životu po mozkové mrtvici nebo hodnotí jeho kognitivní schopnosti.
- Logoped: zajišťuje kromě nácvičku řeči také rehabilitaci polykání.
- Sociální pracovník: pomáhají, podporují a seznamují klienta se zdroji, které bude ve svém životě potřebovat.
- Ergoterapeut: Pomáhá klientovi opětovně se zapojit do činností běžného života.
- Rekreační terapeut: zaobírá se potřebami klienta a maximalizuje jeho silné stránky prostřednictvím zálib a koníčků.
- Muzikoterapeut: zapojení klienta do běžného fungování prostřednictvím hudby.
- Odborníci na výživu: zajišťují, aby klient přijímal zdravou stravu a živiny, které potřebuje k jeho zotavení.
- Farmaceut: poskytuje léky a upozorňuje na jejich interakce a vedlejší účinky.

Významem rehabilitace je pomoci klientům omezit jejich závislost na osobách, kteří se o ně starají. Také jde o zlepšení jejich fyzických schopností. Nedílnou součástí k úspěšné rehabilitaci jsou schopnosti rehabilitačních pracovníků, spolupráce a pomoc rodiny, přátel, a hlavně postoj klientů (Jordi, Viqué a kol., 2007).

V prvních dvou až třech měsících by mělo probíhat období spontánního uzdravování. V této době by se mělo jednat o dosažení největších pokroků. Rekonvalescence totiž po CMP může probíhat ještě několik dalších let. Jedna z nejdůležitějších věcí je, aby klienti nebo jejich rodiny neztratili naději. Je potřeba zachovat svoji sílu a optimismus, že se nakonec uzdraví (Dow, Dow, Sutton, 2018).

Růžička (2019) rehabilitace by měla být zahájena, co nejdříve po vzniku CMP. Rehabilitace by měla být intenzivní, a to zejména nejméně tři měsíce, protože v této době je její účinek nejefektivnější.

Pro zlepšení kvality života klientů je nutné, aby se podrobili rehabilitaci, která ovlivní jejich budoucí život. Následky CMP můžeme konečně posoudit po skončení rehabilitace (Jordi, Viqué a kol., 2007).

„Komplexní lázeňská péče je vhodná co nejdříve po odeznění akutního stadia CMP u pacientů se závažným postižením hybnosti, kde lze očekávat zlepšení funkce, opakovat ji lze do 24 měsíců od vzniku onemocnění. Kontraindikací je opakování CMP více než dvakrát, nebezpečí embolizace, závažná srdeční nedostatečnost, těžká porucha sensorické složky řeči a špatná spolupráce pacienta.“ (Růžička, 2019, s. 237).

Feigin, Valery (2007) ve své knize Cévní mozková příhoda: prevence a léčba mozkového iktu uvádí, že pacienti, kteří mají narušené řečové schopnosti může logoped předepsat speciální program na rehabilitaci řeči jako je úsilí komunikovat počítaje očního kontaktu, gest, výrazů tváře, četně čtení a kreslení a spousty dalších.

Podle výzkumu Obembe a Eng (2015) počet cévních mozkových příhod narůstá. Bohužel ne všechny osoby po CMP mají dostatečný přístup k péči a rehabilitaci, jakou by potřebovali, aby dosáhli, co možná nejlepšího možného výsledku. Dále v článku uvádí, že roste kritika na nedostatek služeb a výzkumu dlouhodobých následků po CMP. *„Komplexní národní audity péče o cévní mozkovou příhodu ukazují alarmující úroveň zanedbávání, pokud jde o management chronických onemocnění, a zdá se, že naznačují kolektivní nihilismus ohledně potenciálu změnit funkci a pohodu po včasné léčbě cévní mozkové příhody“* (www.ncbi.nlm.nih.gov [online]).

3.1 Rehabilitační léčení

- **Akutní stadium** – člověk se musí polohovat několikrát za den, pohybuje se postiženými končetinami ve všech kloubech, zvláště v tom směru, který je více omezen.
- **Subakutní stadium** – pokud máme spolupracujícího klienta, tak dle pokračujeme v aktivním cvičení pouze s dopomocí. Návčik sezení provádíme otáčením na bok přes zdravou polovinu těla. Návčik stoje je prováděn u lůžka. Návčik chůze se provádí za pomoci fyzioterapeutky.
- **Chronické stadium** – pokud máme klienta, který se i nadále motoricky zlepšuje při léčebném tělocviku, můžeme u něj ještě mnoho zlepšit ergoterapií.

Jedna z nejdůležitějších významů pro tuto fázi je psychika pacienta. Častokrát i dobře hybný pacient zůstává úplně pasivní. Když toto nastane, tak se snažíme v návčiku

denních činností dosáhnout alespoň nezávislosti při hygienických úkonech, při stravování, aby další osobu zatěžoval, co nejméně (Vytejková, Sedlářová, Wirhová, Otradovcová a Kubátová, 2015).

3.2 Aktivizační terapie

Jedná se o terapii, jejímž cílem je, aby se klienti bez velkého úsilí cítili dobře při různých činnostech např. gymnastické cvičení, zpěv, hraní na hudební nástroj a další. Dále jde o to, aby byli ve styku s jinými klienty nebo terapeuty. Využívá se u klientů vážně mentálně postižených, lidí s akutní psychózou nebo u klientů s velmi omezenými schopnostmi (Matoušek, 2003).

3.3 Ergoterapie

U nás byla ergoterapie ovlivněna medicínou, a právě proto se ergoterapeuti uplatňovali ve zdravotnictví. Počínaje rokem 1992 se ergoterapie vyčlenila z fyzioterapie a bylo zřízeno její samostatné studium. V průběhu roku 1994 došlo také k podstatné události, a to k založení České asociace ergoterapeutů v Ostravě, která spolupracuje s mezinárodními ergoterapeutickými organizacemi (Jelínková, Krivošíková, Šajtarová, 2009).

Cílem ergoterapie je dosáhnout maximální nezávislosti a soběstačnosti klientů, a to hlavně v sociálním, domácí, ale i pracovním prostředí. Jde však stále především o léčbu prací – proces obnovy práceschopnosti a opět začlenění do zaměstnání. Zvyšujeme tím také kvalitu jejich života (Kalvach, Zadák, Jirák a kol., 2004).

Činnost ergoterapie v zařízení je plánovaná tak, aby se v ní prolínalo, co nejvíce činností, metod a podnětů. Příklad: do průběhu ručních prací se mohou také zařadit prvky muzikoterapie, nebo aromaterapie (Malíková, 2011).

3.4 Pracovní rehabilitace

V zákoně č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti a vyhláška č. 518/2004 Sb., o zaměstnanosti je pracovní rehabilitace určena osobám se zdravotním postižením. Pracovní rehabilitace zahrnuje poradenskou činnost zaměřenou na volbu zaměstnání, nebo volbu povolání, ale také i jiné výdělečné činnosti. Poskytuje teoretickou a praktickou přípravu pro zaměstnání nebo jinou výdělečnou činnosti. Zaměřuje se na zprostředkování, udržení a změnu zaměstnání nebo změnu povolání a také vytváří vhodné podmínky pro výkon zaměstnání nebo jiné výdělečné činnosti.

4 KOMUNIKACE A KOMUNIKAČNÍ TRÉNINK

Jednou z kognitivních funkcí, kterou může CMP narušit je komunikace. Mluvíme o tom, že nemocný ztrácí schopnost vyjádřit své myšlenky a názory. Ve společnosti dochází k tomu, že schopnost mluvit je spojována s inteligencí. Lidé s afázií inteligenci neztratili, pouze ji nezvládá vyjádřit pomocí normálních jazykových kanálů. Pro člověka s tímto onemocněním to může být zcela zdrcující (Dow, Dow, Sutton, 2018).

Rodina je jako síť vztahů a komunikace, má aktivní či podpůrné prvky i prvky obranné či nepřátelské. V přechodném období mezi fázemi vývoje rodiny se vztahové role většinou postupně mění, někdy však rychle reagují na stresující události (např. nezaměstnanost, nemoc – v tomto případě CMP a další). Komunikační chování (komunikace) je udržovatelem vztahu a indikátorem kvality vztahu. Řízení vztahů je náročný proces, s hranicemi z hlediska osobních předpokladů (vlastností), emoční rovnováhy a záměrů spřízněných lidí. Kontakt pracovníka s rodinou může bránit předchozí zkušenost rodiny se snahou využít odbornou pomoc nebo kontakt s různými státními orgány. Do jisté míry jde o způsob rodinné komunikace, ve kterém může převládat neefektivní, ale agresivnější obranný postoj (Matoušek, Pazlarová a kol., 2014).

Řečová komunikace je podle Neubauera (2007) problematika interpersonální komunikace byla studována v oborech lingvistiky a psychologie, které komplexně vytvořily psycholingvistický výzkumný obor řečová komunikace. Výsledky a východiska tohoto výzkumu jsou dlouhodobě součástí diagnostiky a léčby neurogenních poruch řečové komunikace. Systém klasifikace bariér verbální komunikace si klade za cíl odhalit příčiny bariér, stimulovat komunikační dovednosti v určité oblasti a napomoci k tomu, aby proces verbální komunikace byl vnímán jako multimodální jev.

V rámci **komunikačního tréninku** po cévní mozkové příhodě je možné využít také některé z moderních technologií, které se momentálně na trhu nabízí. Jsou jimi různé druhy afatických slovníků, z nichž některé jsou vydávány na CD s obrazovým výukovým materiálem a některé jsou vytvořeny jako webová aplikace prostřednictvím, které je možné komunikaci a slovní zásobu procvičovat. Například se tím zabývá AfaSlovník – jde o první logopedickou aplikaci pro léčbu afázie v ČR. Umožňuje lidem po CMP zábavně a samostatně procvičovat. Tento slovník nemusí využívat jen osoby po CMP, ale také jejich rodinní příslušníci nebo kliničtí logopedi (www.afaslovník.cz [online]).

V článku „Aplikace pomáhá s řečí lidem po mrtvici, probíhá první testování na lidech“ hovoří o aplikaci, která by měla být dostupná všem, protože pomáhá jediné intenzivní terapie, ale bohužel logopedů je u nás málo. Vývoj této konkrétní aplikace trval několik let. První verze fungovala v roce 2015. Na základě podnětů nejen od odborníků se začala rozšiřovat a její vývoj trvá dodnes (www.idnes.cz [online]).

K dispozici je také obrázkový slovník, který je určen osobám po CMP, k počáteční léčbě afázie. Tento slovník se jmenuje afatický a byl vytvořen jako nezisková pomoc všem, kteří jsou v důsledku poškození mozku nebo cévní mozkové příhody postižení afázií. Afatický slovník je také určen rodinným příslušníkům, jako ten předešlý (<http://slovník.kvalitne.cz/info.htm> [online]).

4.1 Typy komunikačních poruch

Dvě komunikační poruchy ovlivňují řeč a ta zbývající jazyk. Řeč je možnost vyjadřovat se artikulovanými zvuky a jazyk je abstraktní systém znaků. Ten umožňuje dorozumívát se prostřednictvím řeči. Jazyk existuje pouze v naší mysli. Řeč však můžeme vnímat sluchem – je skutečnou realizací konkrétních znaků. Klient může utrpět i více poruch současně.

Dysartrie je jedna z typů komunikační poruchy, která způsobuje špatnou artikulaci. Pro tyto osoby je však několik jednoduchých strategií, pomocí kterých můžeme srozumitelnost řeči zlepšit: mluvejte pomalu, výrazně artikulujte a mluvejte nahlas. Na základě konkrétních symptomů logoped doporučí specifická cvičení, které mohou pomoci špatnou artikulaci zlepšit.

Následujícím druhem poruchy řeči je apraxie. Ta se ve většině případů vyskytuje společně s afázií, která patří mezi hlavní komunikační poruchy ovlivňující jazyk. Apraxie při mluvení narušuje schopnost koordinace či posloupnosti pohybů svalů v ústech. Léčba pomáhá nemocným v tom, aby komunikovali efektivněji (Dow, Dow, Sutton, 2018).

4.2 Logopedická terapie

Logopedie pomáhá lidem s poruchami komunikace, proto by se měla zaměřit na pomoc pacientům spočívající v obnovení činností, které jsou pro ně nejdůležitější. Tento cíl je základní nejen proto, že pacient chce tyto aktivity obnovit, ale také proto, že je neúčinnější začlenit léčbu do věcí, které pacienta po cévní mozkové příhodě motivují.

Způsob, jakým se náš mozek mění, můžeme podpořit tím, že budeme dělat věci, které nás uspokojují a dávají nám smysl (Dow, Dow, Sutton, 2018).

Feigin, Valery (2007) popisuje, že pacienty s narušenou schopností řeči mohou logopedi předepsat speciální logopedické programy, jako je pokus o komunikaci, včetně psaní, kreslení, očního kontaktu, gest, mimiky atd. Pomáhá také probírat rodinné záležitosti, prohlížet a popisovat fotografie známých a míst, povídat si o přátelích atp. Logoped může také doporučit různé podpůrné nástroje. Jiné metody mohou pomoci pacientům, kteří mají potíže najít správné slovo. Například: Místo slova „knihovna“ mohou říct například „místo, kde si půjčit knihy“. Dalším způsobem, jak to vyjádřit, je napsat to, nakreslit jeho obrázek nebo ukázat na nějaký předmět. Pro někoho může být vhodné ukázat na obrázky na tabuli nebo použít klávesnici k psaní. Je nesmírně důležité, aby si pacient představil, co chce říci, tedy aby si v duchu vytvořil obraz toho, co chce říci.

Ideální je také to, když logoped připravuje nějaký druh cvičebního programu pro nemocného domů. V dnešní době moderní technologie nabízí spoustu možností. Je široká škála aplikací a tréninkových programů. Logoped by měl léčbu a tréninkové programy vždy přizpůsobit klientovi na míru (Dow, Dow, Sutton, 2018).

Velmi důležité je potřeba tyto klienty povzbuzovat k tomu, aby mluvili, psali. V některých případech se bohužel stává, že propadají depresi nebo frustraci. Navazující pravidelné cvičení rtů a jazyka může pomoci lidem, kteří mohou číst, psát a rozumí řeči druhých, ale jen těžko zřetelně vyslovují (Feigin, Valery, 2007).

5 SOCIÁLNÍ SLUŽBY

Druhy sociálních služeb dělíme na sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence. Formy poskytování sociálních služeb rozdělujeme na pobytové, ambulantní a terénní. Sociální služby vychází ze zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

Sociální služby poskytují nejen organizace, ale i jednotlivci, kteří mají k této činnosti oprávnění. V první řadě se jedná o nestátní neziskové organizace, které poskytují obsáhlé spektrum služeb. Mezi další důležité poskytovatele sociálních služeb řadíme obce, kraje, kteří dbají na vytváření vhodných podmínek pro rozvoj sociálních služeb zejména zjišťováním opravdových potřeb lidí a zdrojů k jejich uspokojení

Rozsah a forma pomoci – podpora poskytnutá pomocí sociálních služeb musí zachovávat lidskou důstojnost. Pomoc pokaždé vychází z individuálně určených potřeb osob. Na osoby působíme aktivně, podporujeme rozvoj jejich samostatnosti, dále motivujeme k takovým činnostem, které nevedou k dlouhodobému setrvávání nebo prohlubování nepříznivé sociální situace, a hlavně posilujeme jejich sociální začleňování a další (Holczerová, Dvořáčková, 2013).

Sociální poradenství zahrnuje: základní sociální poradenství a odborné sociální poradenství. Základní sociální poradenství jsou poskytovatelé sociálních služeb vždy povinni tuto činnost zajistit, protože je to základní činnost při poskytování všech druhů sociálních služeb. Odborné sociální poradenství je orientované na potřeby jednotlivých okruhů sociálních skupin osob v občanských poradnách, rodinných, manželských, poradnách pro osoby se zdravotním postižením, poradnách pro oběti trestných činů a domácího násilí, poradnách pro seniory a ve speciálních lůžkových zdravotnických zařízeních hospicového typu (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách).

Služby sociální péče pomáhají osobám zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost. Cílem služeb sociální péče je podpořit život v jejich přirozeném sociálním prostředí, umožnit jim v nejvyšší možné míře zapojení do běžného života společnosti. Pokud to jejich stav vylučuje, zajistit jim důstojné prostředí a zacházení. Každý člověk má právo na poskytování těchto služeb v co nejméně omezujícím prostředí (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách).

Níže jsou uvedeny vybrané služby sociální péče, které mohou uplatnit osoby po cévní mozkové příhodě.

Osobní asistence je služba, která se poskytuje bez časového omezení osobám v jejich přirozeném sociálním prostředí a při činnostech, které daná osoba potřebuje. Jde

tedy o jednu z terénních služeb poskytovanou osobám se sníženou soběstačností, a to z důvodu věku, chronického onemocnění, zdravotního postižení, kdy jejich situace vyžaduje už pomoc jiné fyzické osoby. Základní činnosti, které služba zajišťuje: pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně, pomoc při zajištění stravy, pomoc při zajištění chodu domácnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím a v poslední řadě pomoc při uplatnění práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách).

Pečovatelská služba je buď ambulantní nebo terénní služba sociální péče poskytovaná osobám, se sníženou soběstačností – věk, chronické onemocnění nebo zdravotní postižení, rodiny s dětmi, pokud situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Tato služba je poskytována ve vymezeném čase, v domácnosti osob nebo v zařízení sociálních služeb, kde může poskytovat vyjmenované úkony. Základní činnosti: pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, pomoc při zajištění chodu domácnosti a zprostředkování kontaktu se společenským prostředím (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách).

Průvodcovské a předčitatelské služby tato služba obsahuje tyto základní činnosti: tj. zprostředkování kontaktu se společenským prostředím a pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. Jde o službu terénní nebo ambulantní, kterou poskytujeme osobám, jejichž schopnosti jsou sníženy z důvodu věku nebo zdravotního postižení v oblasti orientace nebo komunikace, a napomáhá jim osobně si vyřídit vlastní záležitosti. Průvodcovské a předčitatelské služby mohou být poskytovány též jako součást jiných služeb (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách).

Odlehčovací služba využívají osoby, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení. O tyto osoby je pečováno v jejich přirozeném prostředí. Odlehčovací služby jsou buď terénní, ambulantní či pobytové. Cílem této služby sociální péče je umožnit pečující osobě nezbytný odpočinek. Činnosti, které služby nabízí: pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, pomoc při osobní hygieně nebo zajištění podmínek pro hygienu, pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů a také při obstarávání osobních záležitostí, poskytnutí ubytování (v případě pobytové služby), výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím a sociálně terapeutické činnosti (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách).

Centra denních služeb, služba ambulantní pro osoby se sníženou soběstačností, z důvodu věku, chronické onemocnění nebo zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách).

Denní stacionáře, opět služba poskytující ambulantní formou. Je také pro osoby se sníženou soběstačností, z důvodu věku nebo zdravotního postižení, dále je pro osoby s chronickým duševním onemocněním, kdy situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách).

Týdenní stacionáře – zde se poskytují pobytové služby. Poskytují se osobám se sníženou soběstačností z důvodu věku nebo zdravotního postižení, a osobám s chronickým duševním onemocněním, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Základní činnosti, které služba poskytuje jsou: v první řadě poskytnutí ubytování, poskytnutí stravy, pomoc při hygieně nebo zajištění podmínek pro ni, pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti a v neposlední řadě pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách).

Domovy pro osoby se zdravotním postižením – pobytová služba, poskytující služby osobám se sníženou soběstačností, z důvodu zdravotního postižení, kdy jejich situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Základní činnosti, které služba nabízí: pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí, poskytnutí ubytování, poskytnutí stravy, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, sociálně terapeutické činnosti a pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách).

Domovy pro seniory jsou poskytovány formou pobytové služby a je to služba poskytovaná osobám zejména se sníženou soběstačností, z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách).

Služby sociální prevence zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách říká: „*Služby sociální prevence napomáhají zabránit sociálnímu vyloučení osob, které jsou tímto ohroženy pro krizovou sociální situaci, životní návyky a způsob života vedoucí ke konfliktu se společností, sociálně znevýhodňující prostředí a ohrožení práv a oprávněných zájmů trestnou činností jiné fyzické osoby. Cílem služeb sociální prevence je napomáhat osobám*

k překonání jejich nepříznivé sociální situace a chránit společnost před vznikem a šířením nežádoucích společenských jevů“.

Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením jsou služby ambulantní nebo terénní, které jsou poskytovány osobám v důchodovém věku nebo osobám se zdravotním postižením ohroženým sociálním vyloučením. Základní činnosti této služby jsou sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí, dále pomoc při zprostředkování kontaktu se společenským prostředím (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách).

Sociálně terapeutické dílny ambulantní služba poskytovaná osobám se níženou soběstačností, a to z důvodu zdravotního postižení. Tyto osoby nejsou z tohoto důvodu umístitelné na otevřeném ani chráněném trhu práce. Jejich účelem je dlouhodobá a pravidelná podpora zdokonalování pracovních návyků, a hlavně dovedností prostřednictvím sociálně pracovní terapie. Tato služba obstarává: pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, nácvik dovedností pro zvládnání péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začlenění a v neposlední řadě podpora vytváření a zdokonalování základních pracovních návyků a dovedností (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách).

Sociální rehabilitaci cituje zákon č. 108/2006, Sb., o sociálních službách takto: *„je to soubor specifických činností směřujících k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob, a to rozvojem jejich specifických schopností a dovedností, posilováním návyků a nácvikem výkonu běžných, pro samostatný život nezbytných činností alternativním způsobem využívajícím zachovaných schopností, potenciálů a kompetencí. Sociální rehabilitace se poskytuje formou terénních a ambulantních služeb, nebo formou pobytových služeb poskytovaných v centrech sociálně rehabilitačních služeb“.* Služba je poskytována formou terénních nebo ambulantních sociálních služeb a její základní činnosti jsou: nácvik dovedností pro zvládnání péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začlenění, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. Služba je poskytována však i formou pobytových služeb, v centrech sociálně rehabilitačních a má tyto základní činnosti: poskytuje ubytování, poskytuje stavu a pomáhá lidem při osobní hygieně nebo alespoň poskytuje podmínky pro osobní hygienu (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách).

EMPIRICKÁ ČÁST

Praktická část této diplomové práce vychází z teoretické části. Teoretická část diplomové práce je zaměřena na charakteristiku cévní mozkové příhody, fatické poruchy způsobené CMP a traumaty mozku, rehabilitaci a její možné využití, komunikaci a komunikační trénink a sociální služby.

S ohledem na cíl práce jsem zvolila kvalitativní strategii, vzhledem k provedení výzkumu do hloubky, nikoliv potvrzení či vyvrácení hypotéz.

Výzkumným tématem této diplomové práce je dopad na sociální začleňování osob po CMP. Výzkumná část diplomové práce je provedena v oblasti rehabilitace hybnosti a řeči.

6 KVALITATIVNÍ VÝZKUM

Empirická část této diplomové práce je zpracovaná na základě kvalitativního výzkumu, a to z důvodu hlubšího získání potřebných dat k realizaci.

„Kvalitativní výzkum je proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník vytváří komplexní, holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a prování zkoumání v přirozených podmínkách.“ (Hendl, 2005)

Kvalitativní přístup zahrnuje řadu různých metod, které se snaží nalézt porozumění studovanému sociálnímu problému. Kvalitativní výzkum je nenumerické zkoumání a interpretace sociální reality. Jedinečnost kvalitativních přístupů není jen v tom, že nepracují s měřitelnými charakteristikami. Snaží se nahlížet na určitý fenomén (prvek, aspekt, proces apod.) v pro něj autentickém prostředí a vytvářet jeho obraz v co nejkompaktnější podobě, včetně forem jeho vztahů s jinými aspekty apod. Předmětem kvalitativní metodologie je studium běžného, každodenního života lidí v jejich přirozených podmínkách (Reichel, 2009).

Podle Hendla (2005) kvalitativní výzkumník, tedy jeho práce je často přirovnávána k činnosti detektiva. Vyhledává a analyzuje veškeré informace, které vedou k osvětlení výzkumných otázek. Výzkumník činí deduktivní a induktivní závěry. Sběr dat a jejich analýza v kvalitativním výzkumu probíhá v delším časovém intervalu. Výzkumník pracuje přímo v terénu, na základě svých úvah vybírá místa pozorování, nebo také jedince, které sleduje delší dobu, v různých časových okamžicích.

Otevřené kódování je technika, která byla vyvinuta v rámci analytického aparátu zakotvené teorie, ale pro svou jednoduchost a zároveň efektivitu je využívána a aplikovatelná ve velmi širokém spektru kvalitativních projektů.

Kódování obecně představuje operace, kterými jsou data analyzována, konceptualizována a sestavována novým způsobem. Při otevřeném kódování je text rozdělen do jednotek jako sekvence, tyto jednotky jsou pojmenovány a výzkumník pak pracuje s nově pojmenovanými (označenými) fragmenty textu.

Postupujeme tak, že analyzovaný text (přepsaný rozhovor, záznam z pozorování, dokument) nejprve rozdělíme do celků. Jednotkou může být slovo, slovosled, věta, odstavec. Hranice jednotky doporučujeme nevolit formálně, ale podle významu, to znamená, že se jednotka stává sémantickou jednotkou různé velikosti (jednou to může být

slovo, podruhé delší věta). Takový přístup vede k překrývání hranic některých významových jednotek. Každé vzniklé jednotce přidělíme jistý kód (jméno nebo označení) (Švaříček, Šed'ová a kol., 2007).

6.1 Metody výzkumného šetření

Pro svůj kvalitativní výzkum jsem zvolila nejrozšířenější metodu výzkumného šetření, a to polostrukturovaný rozhovor. Otázky do polostrukturovanému rozhovoru jsem si vytvářela před setkáním s respondenty. Rozhovor nám poskytuje možnosti zachování přirozeného projevu, respondent může rozvést své odpovědi, tazatel zase své otázky.

6.1.1 Rozhovor

Interview neboli rozhovor je technika, která je poměrně široce využívána ve výzkumné oblasti mnoha oborů, psychologie, antropologie, pedagogiky, etnografie, sociologie, sociální psychologie, andragogiky aj. Uplatňují se v kvalitativním i kvantitativním přístupu. To samozřejmě určuje konkrétní formy rozhovorů, které se pak liší především mírou jejich standardizace (tzv. formalizace). Dalším rozdílem, analogickým k pozorování, je, že rozhovory v kvalitativním výzkumu obvykle vede jedna osoba, zatímco u kvantitativních šetření, která pracují s předepsanými (formalizovanými) formami rozhovorů, skupina tazatelů (samozřejmě adekvátně vyškolených). Jak bylo poznamenáno dotazovaným osobám říkáme respondenti nebo také, často v kvalitativním zkoumání, informátoři či informanti (Reichler, 2009).

Švaříček, Šed'ová a kol. (2014) sdělují také, že nejčastější formou kvalitativního výzkumu je rozhovor, nazývaný také jako hloubkový rozhovor. Hloubkový rozhovor popisujeme jako nestandardizované dotazování, a to pomocí několika otevřených otázek. Hloubkový rozhovor dále zachycuje výpovědi respondentů, v jejich přirozené podobě. Do jisté míry je rozhovor strukturovanou konverzací, kde využíváme otázky jako hlavní, navazující i pátrací. Hloubkový rozhovor se skládá z těchto částí: výběr metody, příprava rozhovoru, průběhu vlastního dotazování, přepisu rozhovoru, reflexe rozhovoru, analýzy dat a jiných.

6.1.2 Polostrukturovaný rozhovor

Polostrukturovaný rozhovor je také nazývaný jako částečně řízený nebo rozhovor pomocí návodu. Tento rozhovor je vyznačován tím, že má dopředu připravený soubor

otázek, který bude jeho předmětem, aniž by bylo předem striktně stanoveno jejich pořadí. Tazatel může formulace pokládaných otázek z části modifikovat, nevyhnutelné však je, aby byly otázky probrány všechny. Polostrukturovaná varianta rozhovoru v zásadě kombinuje výhody a minimalizuje nevýhody obou krajních forem interview a to volného, nestrukturovaného anebo strukturovaného. Přesněji řečeno, jistá volnost připadá jako vhodná k vytvoření přirozenějšího kontaktu tazatele s informantem. Do určité míry se dají akceptovat jeho osobnostní specifika a komunikace může plynout lehčeji atp. (Reichel, 2009).

6.2 Cíl výzkumného šetření

Cílem této diplomové práce je zjistit na základě polostrukturovaného rozhovoru, jak se daří osoby po CMP začleňovat zpět do běžného života, jaké podpůrné služby jsou dostupné v jejich okolí a zda je podpora dostupná i pro jejich rodinné příslušníky.

Se zřetelem na cíl výzkumného šetření jsem koncipovala dvě hlavní výzkumné otázky:

HV1: Jak se daří osoby po CMP začleňovat do běžného sociální a pracovního života?

HV2: Jsou sociální služby dostatečně dostupné pro osoby po CMP ve vašem okolí? A je tato podpora dostupná i pro příbuzné těchto osob?

S ohledem na cíl práce jsem zvolila kvalitativní strategii, vzhledem k provedení výzkumu do hloubky, nikoliv potvrzení či vyvrácení hypotéz. Na základě hlavních výzkumných otázek jsem zformulovala tazatelské otázky, které pomohou ke komplexnějšímu pochopení výzkumného problému.

6.3 Výzkumný soubor

Kvalitativního výzkumu se zúčastnilo 10 respondentů, kteří pracují nebo pracovali v oblasti rehabilitace hybnosti a řeči. Věk respondentů se pohyboval v rozmezí od 25 let do 82 let. Výzkumného šetření se zúčastnilo devět žen a jeden muž. Délka praxe u respondentů byla odlišná. V polostandardizovaném rozhovoru jsem měla připravené základní otázky k danému tématu, které jsem operativně doplňovala. Rozhovory jsem zaznamenávala do telefonu a následně přepisovala do textové podoby. Rozhovory

probíhaly vždy se souhlasem respondenta. Rozhovor byl s každým respondentem uskutečněn po telefonu a z to jednoho prostého důvodu, kterým je pandemie Covid-19. Všichni respondenti byli poučeni o tom, jak budou informace z rozhovoru použity a hlavně, že vše zůstane v anonymitě.

6.4 Výzkumná data a okruhy otázek

Sběr dat do této diplomové práce probíhal po domluvě s respondenty telefonicky, z důvodu pandemie Covid-19. Rozhovory s respondenty probíhaly téměř bez problémů. Všichni aktivně spolupracovali a byli velmi ochotní a vstřícní. Při rozhovorech jsem je nemusela směřovat doplňujícími dotazy, protože jejich přístup byl velmi aktivní a všichni byli připravení, vzhledem k tomu, že jsem jim otázky poslala dopředu. Díky jejich připravenosti rozhovor v průměru trval kolem 12 minut. Předem jsem měla připravenou osnovu rozhovoru, která se skládala z několika tematických okruhů. Tyto konkrétní okruhy mi pomohly ke standardizaci výzkumu a možnosti srovnání s ostatními respondenty.

6.5 Analýza dat

Rozhovory jsem zpracovala a zároveň interpretovala postupem otevřeného kódování, tj. proces rozebírání, porovnávání, prozkoumávání, konceptualizace a kategorizace údajů.

Polostrukturovaný rozhovor se skládá z 11 otázek. Otázky byly vytvořeny pro respondenty, kteří pracují v oblasti rehabilitace hybnosti a řeči, nebo v ní pracovali.

Základní informace o respondentech jsem zapsala do tabulky:

Respondent	Věk	Pohlaví	Délka praxe	Kvalifikace
Respondent č. 1	44 let	žena	15 let	fyzioterapeut
Respondent č. 2	29 let	žena	5 let	koordinátor
Respondent č. 3	32 let	muž	7 let	fyzioterapeut
Respondent č. 4	25 let	žena	1 rok	psycholog
Respondent č. 5	28 let	žena	3 roky	fyzioterapeut

Respondent č. 6	82 let	žena	64 let	vrchní sestra
Respondent č. 7	52 let	žena	12 let	sociální pracovník
Respondent č. 8	29 let	žena	4 roky	fyzioterapeut
Respondent č. 9	48 let	žena	20 let	sociální pracovník
Respondent č. 10	40 let	žena	15 let	fyzioterapeut

Tabulka č. 2: Informace o respondentech, kteří pracují nebo pracovali v oblasti rehabilitace hybnosti a řeči, Zdroj: vlastní výzkum

V následující části tohoto výzkumu jsou uvedeny otázky, které byly kladeny respondentům v polostrukturovaném rozhovoru. Otázky byly kladeny v přítomném i minulém čase. Velmi záleželo na tom, zda v momentální chvíli ten člověk pracuje či nepracuje v oblasti rehabilitace hybnosti a řeči.

Otázka č. 1: Jaký je Váš věk? (viz. tabulka č. 2)

Otázka č. 2: Jaká je Vaše kvalifikace a délka praxe? (viz. tabulka č. 2)

Otázka č. 3: Jaké sociální služby poskytujete klientům po CMP?

Poskytované sociální služby osobám po CMP se u respondentů částečně lišila, protože ne všichni respondenti pracují ve stejném zařízení. Například **respondentka č. 1, respondent č. 3, respondentka č. 5 a respondentka č. 8** pracují ve stejném zařízení. Všichni jsou kvalifikací fyzioterapeuti, na tuto otázku odpověděli tak, že poskytují služby následné péče a sociální rehabilitaci.

Respondentka č. 7 a respondentka č. 9 jsou také ze stejného zařízení, kde pracují na pozici sociální pracovník – ekonom. Osobám po CMP poskytují následnou péči, sociální a zdravotní poradenství. Obě služby mají bezplatné. Dále každý rok pořádají rekondiční pobyty, které se pořádají v rekreačních zařízeních v Čechách a na Moravě.

Hlavním významem těchto pobytů je intenzivní komplexní rehabilitace, kde se klient také učí vyrovnat s jeho novou životní situací.

Respondentka č. 4 je kvalifikovaná psycholožka. V zařízení, kde pracuje pomáhají dětem, dospělým, ale i seniorům. Pomáhají klientům znovu nalézt řeč. Respondentka odpovídala za celou organizaci, ve které pracuje. Na položenou otázku odpověděla: *„Určitě to tak, že my máme ten samostatný kognitivní trénink. Potom skupinový trénink mozku a řeči tomu říkáme, ale žádná z těch služeb vlastně není specializovaná přímo jenom pro lidi po cévní mozkové příhodě, ale jsou tam i právě tady tihle ti klienti a potom máme ten kognitivní trénink.“* Respondentka také uvedla, že je služba terénní. V případě, že se klienti nemohou pravidelně dostávat do sdružení, tak ve výjimečných případech jezdí oni k nim domů. Dále se vyjadřovala k sociální rehabilitaci takto: *„A zároveň můžou využívat i služeb naší sociální rehabilitace, do které spadá třeba výuka angličtiny nebo pomoc s hledáním zaměstnání. Že máme třeba cvičný pohovory anebo taky učení na počítači. A pak ještě tady máme logopeda, který taky pracuje tady s těmito klienty“.* Vzhledem k tomu, že respondent č. 4 ve sdružení působí jako psycholožka, tak mi sdělila, že tam poskytuje i odborné sociální poradenství. Nekomunikuje pouze s klienty, ale i s jejich rodinnými příslušníky. Rozebírají, co se dá dělat, když příslušníka rodiny postihla cévní mozková příhoda, jaké teď mají možnosti, odpovídají jim na jejich dotazy.

Respondentka č. 6 pracuje v zařízení, kde poskytují sociální služby jako je domov pro seniory, domov se zvláštním režimem a odlehčovací službu. Je vystudovaná jako zdravotní sestra a má bohaté zkušenosti s klienty po cévní mozkové příhodě i z nemocnice.

Respondentka č. 10 je zaměstnána v léčebných lázních a pracuje tam jako fyzioterapeutka. Respondent uvedl, že klientům po CMP poskytují realizaci, což znamená rozcvičení, rozhýbání a snaží o návrat těchto klientů do běžného života, což pro ni znamená, aby se zvládli umýt, najíst, došli si na WC, a podobně.

Další respondent funguje v asociaci jako koordinátor svépomocných aktivit a jeho kvalifikace je spíše management. Osobám po CMP poskytují ergoterapii, logopedickou konzultaci, trénink kognitivních funkcí a podporu pečujících. Dále **respondentka č. 2** uvedla, že v asociaci poskytují hlavně základní sociální poradenství, které se týká vysvětlení toho, co vlastně znamená mít poškození mozku, protože ve většině případů se to

netýká pouze klienta, ale celé jeho rodiny. Pro odborné sociální poradenství klientům a rodinám vyhledají spíše odborníky. Pokud klienti nezvládnou docházet do asociace, ta poskytuje terénní programy, kdy v rodinách poskytují domácí rehabilitace. Přesněji se k dnešní pandemické situaci respondentka vyjádřila takto: „*Kort ještě teď s covidem a v týchle době, takže bych vám hlavně jakoby domácí rehabilitace je tam je tam je to pak logopedie anebo terapie fyzioterapie a psychoterapie většinou online nebo osobně ty lepší, takže takže tady ty vlastně základní jakoby základní, ten terapeutické základní balíček, ale ale ne v takový nějaký formě denního stacionáře, nebo že by tato služba opravdu jakoby tady jela jo, u nás to opravdu jsou spíš jakoby v domácnostech terénní péče. No ale co tady vlastně se snažíme se skupinama dělat, tak jsou ty sociálně aktivizační služby. Pro která o sobě s tím našim pro tu vaši cílovou skupinu se zdravotním postižením, tedy pro lidi se získaným poškozením mozku, a to jsou právě ty svépomocné aktivity a svépomocné aktivity aktuálně hlavně i pro pečující osoby. Jo, takže vlastně máme to ten záběr trochu širší. Máme jako projekty vlastně nebo určitý druhy podpory tady směřují ke klientům jako myslím a dotování jejich vlastní terapii.*“

Otázka č. 4: Se kterými poskytovateli sociálních služeb konkrétně Vaše organizace spolupracuje?

Se všemi respondenty se shodneme na tom, že téměř všichni spolupracují s domovy pro seniory, s domovy pro osoby se zdravotním postižením, s pečovatelskou službou, s domovy se zvláštním režimem a odlehčovací službou. Teď se budu snažit podrobněji rozepsat, kdo s kým spolupracuje.

Respondentka č. 4 uvedla, že spolupracují s klinikou Logo, která je tedy spíše zdravotnické zařízení. Do tohoto zařízení jim dochází klienti přímo na skupinu, která je pro lidi po CMP. Dále sdělila, že je to pro jejich klienty přínosné.

Respondentka č. 6 uvedla: v zařízení, ve kterém konkrétně pracuje, spolupracují: CUSTODIUM, jedná se o neziskovou, dobrovolnickou organizaci. Forma služby je ambulantní, terénní i pobytová. Dále uváděla Domov Zvonková, Domov Vršovický zámeček, Centrum sociální a ošetřovatelské pomoci, domácí zdravotní péče, zdravotní ústav, Most k domovu, a Fakultní nemocnice Královské Vinohrady.

Jak už jsem uváděla výše, tak **respondentka č. 10** pracuje v lázeňské péči. Přesněji na tuto otázku odpověděla: „*U nás, my jsme jakoby lázeňská péče, takže my nejsme jako dlouhodobě léčebna dlouhodobě nemocných, takže k nám třeba přijdou na tu rehabilitaci, jsou tam ty tři, čtyři týdny a vlastně se pak vrací buď do nějakých těch LDN nebo se vrací do domácí péče podle toho, jak jsou na tom, jako by doma, jestli jsou schopni se o ně postarat nebo ne.*“

Respondentka č. 9 a respondentka č. 7 společně vyjmenovaly tyto služby: osobní asistence, pečovatelská služba, tísňová péče, průvodcovské a předčitatelské služby, podpora samostatného bydlení, odlehčovací služby, centra denních služeb, denní stacionáře, týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, chráněné bydlení a sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče. Dále sdělily, že spolupracují s celou Prahou, a s jednotlivými městskými částmi.

Respondentka č. 2 uvedla, že se sociálními službami nespolupracují, spíše na ně odkazují. Spíše mají poradny v zařízeních a v nemocnicích – jednotka intenzivní péče, pracoviště následné intenzivní péče. V těch zařízeních a nemocnicích už téměř vědí, kdo by měl zájem o konkrétní služby. Asociace jim dodává kontakty na určité poskytovatele. Přesněji uvádí proč: „*No, protože většinou tak jo, jak jsou kombinovaný ty postižení různý, tak někdo potřebuje logopeda. Někdo potřebuje klinickýho logopeda, někdo potřebuje opravdu spíš komunitu. Někdo potřebuje psychoterapeuta. Je to individuální, většinou je to mix jo něčeho někdo potřebuje pomoc s nastavením nějaký domácí, jako domácí to domácí ekonomický šetření jo výběrem kompenzačních pomůcek je to opravdu různě.*“ Poskytují, ale také odkazují na různá kontaktní místa, která pomáhají osobám po CMP.

Respondent č. 3, respondentka č. 8, respondentka č. 1 a respondentka č. 5 konkrétně spolupracují s domovy pro seniory a s pečovatelskou službou.

Otázka č. 5: Jaké sociální služby jsou dostupné ve Vašem okolí?

Dostupné služby v okolí byly různé, a to hlavně z důvodu větších a menších měst. Ve větších městech mají pochopitelně více zařízení k dispozici pro osoby po cévní mozkové příhodě.

Respondentka č. 7 a respondentka č. 9 spolupracují, jak už jsme výše uvedli se všemi možnými zařízeními z Prahy a různých pražských částí, zejména tedy Praha 5.

Poblíž města Pardubice pracuje **respondentka č. 10**. Z rozhovoru vyšlo, že mají v okolí dostupné denní stacionáře, domovy pro seniory, osobní asistenci, centra denních služeb, domovy pro osoby se zdravotním postižením, chráněné bydlení, sociálně aktivizační služby poskytované ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče, průvodcovské a předčitatelské služby a odlehčovací služby. Respondentka si také myslí, že u nich velmi dobře funguje terénní sociální služba.

Respondentka č. 4 na otázku odpověděla, že v jejich okolí mají dostupné všechny sociální služby, a to z toho důvodu, že je z Brna. Uváděla i různé příklady: *„Jo, že třeba stacionáře různý. Oni můžou ti klienti fakt docházet buď někam ambulantně, když chtějí nebo když chtějí tak můžou jakoby i za nimi domů se dá dojezdět. Záleží pak právě na závažnosti té poruchy jo, že někteří klienti prostě se s nimi dá pracovat i na začlenění zpátky do té společnosti na tom, aby si našli tu práci, a tak a někteří klienti spíš právě už jsou pak doma a jezdí za nimi různý ty, asistenční služby, takže se to fakt hodně liší, ale tady je fakt dostupný jako všechno, no.“*

Respondent č. 3, respondent č. 8, respondent č. 5 a respondent č. 1 zodpověděli tuto otázku takto. V jejich okolí jsou dostupné tyto konkrétní sociální služby: pečovatelská služba, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče, azylové domy, domy na půl cesty, služby následné péče, sociálně terapeutické dílny a sociální rehabilitace.

Respondentka č. 6 informovala o tom, že v jejich okolí dostupné LDN, odlehčovací služby, domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem a sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením.

Respondentka č. 2 krásně popisuje, jak je to s dostupností sociálních služeb nejen v Praze, ale i mimo ni. Sděluje, že je situace skutečně zcela odlišná. V Praze můžeme vidět, že jsou služby více dostupné (podpora, pomoc, možnosti), než v jiné části ČR. V praxi naráží na to, že ty služby mimo území Prahy dostupné moc nejsou. Uvádí, že

v dnešní době není jednoduché sehnat si pro sebe službu nebo terapeuta, tak aby to bylo dlouhodobě udržitelný a aby to fungovalo. Nicméně vyjmenovala služby dostupné v jejich okolí: osobní asistence, pečovatelská služba, služby tísňové péče, na které odkazuje i Diakonie a průvodcovské a předčitatelské služby. Respondentka v rozhovoru uvedla konkrétní příklad, který aktuálně řeší: *„My teď řešíme hrozný problémy teď jak dostat klienta z Lysý nad Labem vlastně dvakrát týdně do stacionáře do Prahy budu, ale o to řešíme roky tenhle problém prostě, že nemá vlastně nárok na žádnou podporu rehabilitaci v tý Praze, protože nemá trvalý pobyt v Praze. Má ho tam, a do toho ho žádná služba ho vozit nemůže jako nebude, protože je to daleko moc tam i tam středočeská nevozí do Prahy, pražská nebo do Středních Čech. No hrozná jako patová situace, co kolem toho jako vymýšlíme, jenom abychom vlastně dostali jednoho klienta do služby. Jo, takže ono to vůbec není vlastně v praxi potom úplně jednoduchý.“*

Otázka č. 6: Využívají Vaši klienti rekvalifikace a otázka č. 7: Poskytujete ve Vašem zařízení rekvalifikační kurzy?

Většina respondentů se k těmto otázkám vyjádřila tak, že jejich klienti rekvalifikace nevyužívají a ani ve svém zařízení rekvalifikační kurzy klientům neposkytují. Takto odpověděli konkrétně **respondent č. 3, respondentka č. 8, respondentka č. 5, respondentka č. 1, respondentka č. 10 a respondentka č. 6.**

Respondentka č. 7 a respondentka č. 9 odpověděly, že v jejich sdružení mají většinou seniory, a pokud to jsou lidi v produktivním věku, tak ti šli už spíše do invalidního důchodu. Udávali příklad, že mají pána kolem 50 let, momentálně je po rehabilitacích a k nim do sdružení přijde až po novém roce. Ten by se, s největší pravděpodobností rád na rekvalifikační kurz přihlásil. Jinak bohužel nemají žádnou zkušenost rekvalifikací klientů, hlavně nikdy neměly klienta, který by to potřeboval.

Respondentka č. 2 přesněji se vyjadřuje k otázce č. 6 takto: *„Tady na to vyloženě jako koncept jako takovej aktuální jakoby nemáme, ale ale ale minimálně vnímáme, jako by to bylo, jakože komunikujeme, že se jako se stranami i s různými firmami, s korporáty, takže tam je jakoby, že jo tlak legislativní na toho ty lidi vlastně zaměstnávat, takže se začne vytvářet možná lepší podmínky. A zjišťujuou se vlastně ti ti jako jako jak bych to řekla jako normální podnikatele, jaký jsou vlastně ty podmínky, aby vytvořily ty pracovní místa vůbec pro ty lidi jo, takže je aktuálně na to neděláme, ale říkám zase vím, že*

minimálně Ergo aktiv a tady ty, že mají vlastně jako tréninkový pracovní místa a snaží se mladý lidi vrátí vlastně do práce, no.“ Dále reaguje na otázku č. 7 tak, že: „to ne, to jakoby jako mohlo, mohlo jim zpřístupnit jo tak jako tu pracovat nebo zprostředkovat to pracovní místo nebo jako nácvik na něj. Tak to ne, to ne. Máme tady nácvik jako na tu soběstačnost na takovou tu sociální situaci. Jako no ono je to ten často se ty lidi jakoby vůbec, aby se odpoutali, jo od svého pečujícího a byli jakoby soběstační a neměly strach a obavy vůbec jít sami někam, tak jakoby to je pro nás asi takový starý maximum. Bohužel víc jakoby zatím nemáme tady žádnéj projekt, na to žádný finance, abychom jsme rozjeli i to.“

Respondentka č. 4 uvádí, že v jejich organizaci rekvalifikační kurzy neposkytují. Zatím neměli klienta, který by se vrátil zpátky po cévní mozkové příhodě do pracovního života. Nezapomněla však říci, že mají organizace, na které by se s tímto požadavkem mohli obrátit.

Otázka č. 8: Jak probíhá socializace klienta po CMP? Můžete mi ji krátce popsat? Jakou dobu přibližně trvá?

Se všemi respondenty jsme se shodli na tom, že socializace klienta po cévní mozkové příhodě, a nejen u ní trvá u každého člověka různě – je individuální.

V této zpracované otázce se opět objeví slova každého respondenta. Začneme **respondentkou č. 1**, která popisovala socializaci klientů po cévní mozkové příhodě tak, že prvotní je sociální kontakt, nedílnou součástí je komunikace a aktivizace pacientů. Hlavní složku je rehabilitace osob po cévní mozkové příhodě a nejdůležitější je pokus o návrat do domácího prostředí.

*„Je, to je to hodně, je to hodně individuální. Vzhledem k tomu, co jaký, jaký jaký centrum, vlastně jaký má postižení, tak jo, jaký má deficit. Třeba úplně v pohodě jsou lidi, který jsou třeba po nehodě, nebo měli tu příhodu a tu to místo jakoby ve frontální části takto většinou je vidět, třeba že nemaj ani náhled a jsou jo furt vlastně jakoby jo dostatečně. Jak to říct. Jako odvážní a nebojí se komunikace a nebojí se mezi lidi a chtěj bejt vlastně společenský. Naopak je potřeba je třeba v tý tý tý společnosti těch ostatních klientů, který třeba to takhle nemají a nějaký strach jim furt z toho zůstává nějaká nejistota. Uvádí **respondentka č. 2**. U všech osob po CMP je práce na zlepšení dlouhodobá. „Pak ti třeba, kterých jsou apatický, tak často to má hodně jako psychický*

dopad právě na ten na ty jejich, jako na tu nejistotu a na ten na ten strach vůbec začít znovu komunikovat. Takže když je, když je postižena ta komunikace, tak to strašně ztíží tu situaci v tom vůbec v té socializaci. Jo, to je prostě, protože ty lidi se styděj, bojejí a tak, aby jim to pomaličku ta rehabilitace jo, logopedii, jako když ztratíte řeč, když tak je to prostě strašně pomaličku není to není to to a je to takový někdy zoufalý, takže to jsou takový. To to vnímám, že vlastně ztráta ty komunikace, nebo tak. Tak je to špatné, no jinak jinak to je v pohodě. Jinak vlastně jsou to lidi, který když jo ne, nemaj, jako to je taky bezprostřední. Oni jsou dost poučení. Vlastně oni jsou jako takový pohodový. Oni vlastně jo sis toho nějak jako až tolik, vlastně když nemusejí, tak nedělaj. No prostě to tak berou no.“

Respondent č. 3 odpovídal podobně jako respondentka č. 1. V daném zařízení se nejprve snaží o prvotní sociální kontakt, poté následuje komunikace, aktivizace pacienta, rehabilitace pacienta po CMP, a hlavně a na tom si myslím, že se shodneme všichni je pokus o návrat do domácího prostředí. Snažíme se o to, aby byl klient, co nejsoběstačnější a nemusel být na někom závislý.

Respondentka č. 7 také uvádí, že socializace klienta je skutečně individuální. Záleží na mnoha faktorech: rodina, kamarádi, vůle, chtíč. Nejhlavnějším cílem je začlenění osob po CMP do běžného sociálního, popřípadě pracovního života. Mají Kluby CMP, které jim v tomto hodně pomáhají a také rekondiční pobyty, které jsou velkým přínosem pro socializace těchto osob.

Další respondentka odpověděla, a to konkrétně **respondentka č. 4**: *„Je to velice individuální fakt strašně záleží na tom na, vlastně, jaký je ten stav toho klienta, jaký ten klient má možnosti. Samozřejmě je to něco jinýho u klienta, který prostě zůstane potom třeba na lůžku a u klienta, který prakticky je schopen, se vrátit zpátky a do toho běžného života, nebo třeba jenom s nějakým omezením. Co se týká socializace, tak si myslím, že je fajn třeba hodně klientů právě navštěvuje tu skupinu třeba pro lidi s podobným problémem. Já si myslím, že vlastně docela důležitý, aby klient třeba poté cévní mozkové příhodě přijal ten svůj nový stav, že hodně klientů třeba zažívá nějakou frustraci spojenou s tím, že by vlastně byli rádi, kdyby se to vrátilo všechno zpátky, ty schopnosti, ale často to není možné, že i když jsem, i když to postižení, vlastně třeba není až tak velké. Tak stejně. Můžou mít třeba problém z vybavenosti slova, tak. I tak si myslím, že i fajn, právě když chodí třeba do nějaké podpůrné skupiny, nebo mají prostě ve svém okolí někoho, kdo je přímá, s tím*

prostě můžou komunikovat, kdo jim pomáhá a myslím si, že základy právě přijetí tohoto nového stavu, a to jim pomůže vlastně hledat nějaký ty nové možnosti, které mají no že, asi nevím, jestli je to úplně dobrá slovy na tu otázku.“

Respondentka č. 5 říká, že: *„osobu po cévní mozkové příhodě se snažíme začlenit do společnosti, důležitost klademe na sociální kontakt. Dalším důležitým faktorem je komunikace a aktivizace toho klienta. Konkrétně já se specializuji na rehabilitaci osob po CMP, trénujeme s nimi, jsme s nimi v pravidelném kontaktu a jako ostatní se snažím o navrácení tohoto člověka do běžného života.“*

Respondentka č. 9 důležitost kladla hlavně na rekondiční pobyty u nich ve sdružení a Kluby CMP, které lidem pomáhají vyrovnat se s novou životní situací. Opět jsme si potvrdili, že je socializace individuální. Na rekondičním pobytu mají opravdu bohatý program např. ergoterapii, nácvik používání kompenzačních pomůcek, přednášky se zdravotní a sociální tematikou a spousty dalších.

Respondentka č. 6 odpověděla tak, že záleží na: *„Podle rozsahu následkům, takhle podle po stabilizaci stavu postiženého, jak během přeložen na neurologické a poté na speciálně rehabilitační oddělení, to znamená že je poslanej do špitálu. Když se tam trochu vzpamatuje nebo dostane, tak půjde na neurologii, nebo jde na rehabilitační oddělení. Oddělení rehabilitace nemáme jo? podle rozsahu následků mozkové příhody se klient musí podrobit řadě metod jo, to je pohybová rehabilitace trénink jízdy na pojízdném, že se to znamená, že ty lidi se musí naučit, aby když byly schopny trošičku to že nemůžou na nohy cvičení řeči. Důležitá je také péče o psychiku klienta, to je jedna.“* Respondentka dále informuje o tom, že se snaží lidem říkat, že v aktuálním zařízení nemají rehabilitaci, která je potřebná k tomu, aby klientovi v maximální možné míře pomohla opět, aby se stal opět soběstačným nebo alespoň částečně. Jak jsme si však výše uvedli, tak spolupracuje s jinými zařízeními, které rehabilitace poskytují.

Respondentka č. 8 hovoří o tom, že se lidi po CMP snaží vrátit zpět do domácího prostředí, do jeho běžného a pracovního života. Dále s pacientem rehabilitují, snaží se o aktivizaci pacienta, trénování komunikace, a hlavně o sociální kontakt.

Respondentka č. 10, jak jsem již výše uváděla pracuje v lázeňské péči a k této otázce se vyjádřila takto: „*Určitě, oni třeba přijdou z nějakýho většinou rehabilitačního ústavu, když se zlepší trošku a jsou schopný už určitejch nějakých věcí, že třeba my tam nemáme úplně ty ležící pacienty, že nás sem dostávají jako třeba ty, co jsou na vozíku, nebo už jsou třeba schopni chodit o holých jedno nebo jestli v chodítku, nebo v něčem takovém, aby byli soběstační, si prostě dojít třeba nebo mít s sebou někoho, nějakou asistenci, aby jim třeba pomohla se dopravit i na tom vozíku a nebo teda na těch holí, nebo na tom chodítku, že by nám došly na tu rehabilitaci a tady už vlastně oni musejí být schopný i toho, aby šli na jídlo, takže nejsme úplně ty ležící tam nemáme, spíš tam máme už tyhle ty, kteří se postavěj a jsou schopni nějaký možný chůze, s kterou jo, aby aby ty lázně zvládli, protože ta lázeňská péče je o tom, že se musej jakoby o sebe umět postarat a nebo mít u sebe někoho, kdo by jim s tím pomohl, takže nějakýho nějaký doprovod s nima většinou jezdí, když přijdou do těch lázní, co se týče k nám jakoby.*“

Otázka č. 9: Jak se Vám daří začleňovat osoby po CMP do běžného života?

Jedná se o jednu z nejdůležitějších a klíčových otázek tohoto výzkumného šetření.

K této otázce se **respondentka č. 4** vyjádřila tak, že: „*No ale, víte, co já to беру z pohledu spíš toho psychologa takhle, že úplně jako z hlediska těch institucí to asi nedokážu až tolik říct. Ale spíš právě z hlediska toho psychologa vnímám ten velký rozdíl v tom, když se tomu klientovi vlastně povede přijmout to, že už vlastně na tom není tak jak to dřív a že musí pracovat s tím novým stavem, který má po té cévní mozkové příhodě a že ta skupina je právě jedna z těch věcí, která může pomoci taky může pomoci samozřejmě právě spolupráce s nějakým psychologem.*“

Respondentka č. 2 se v této oblasti i s touto cílovou skupinou pohybuje kolem 5 let. Říká, že se jí osoby po CMP daří začleňovat, ale ne bez opory. „*Potřebujou mít někoho kdo zorganizuje setkání, kdo tady bude dlouhodobě, jo, kdo tady bude třeba každé týden, protože oni třikrát nepřijdou jednou jo jo je to hrozně, oni jsou hrozně nestabilní, napadne snít nepřijdou, jo, je jim není dobře nepřijdou, není dobře pečujícímu, nepřijdou maj lékaře nepřijdou, je to prostě hrozně maj toho vlastně hrozně moc. Jo, takže takže, takže jsem si spíš tak jako přijdu, jako v klidu vorazit.*“

Respondent č. 3, respondentka č. 8, respondentka č. 5 a respondentka č. 1 na tuto otázku odpověděli, tak, že velmi záleží na charakteru těch lidí.

Vzhledem k tomu, že má **respondentka č. 9** bohaté zkušenosti s touto cílovou skupinou, tak se jim ve sdružení osoby po CMP daří začleňovat půl na půl. Pokud je s klientem rodinný příslušník, který mu pomáhá, tak se bohužel stává, že za něj dělá veškeré věci. Člověk po CMP se tomu vyhýbá. Za to, když je člověk sám a nemá podporu okolí, tak je ta snaha obrovská. V tomto případě se spoléhá pouze sám na sebe.

Respondentka č. 10 uvádí: „*Určitě, záleží i na tý jejich vůli, jestli jako teda opravdu zahodí šanci a už teda nechtěj třeba, ale většinou třeba fakt se dostanou k nám, tak si myslím, že z toho, jakoby v uvozovkách nejhorsího jsou venku, ale třeba zůstávají tam třeba nějaký ty parézy, že jo, třeba že nezvedaj tu špičku, takže jsou tam různé nějaký tydlety peroneální pásky a tak dále nebo třeba mají třeba tu půlku těla ochrnutější, že se třeba nebo slabší, takže se vlastně zaměřujeme tak nějak, aby se to hlavně lepšilo, takže jim poradit třeba co na doma, jak cvičit, doporučení, třeba ještě nějaký pomůcky, který třeba s nima ještě nepřišli do styku, nebo je třeba nemaj anebo, jo, zkusíme na ni prostě, třeba s čím se ještě nesetkali, tak se snažíme ještě třeba na tom způsobem je došoupnout do něčeho, co by jim třeba ještě mohlo pomoci.*“

Respondentka č. 6 momentálně nemá klienty, které by měla začleňovat do běžného života. Ve své výpovědi se zmiňuje o tom, že v současné práci posílají klienty do LDN (když je potřeba) a pak jim klienty vrací zpět do zařízení. Samozřejmě v tom zařízení zprostředkovávají rehabilitace anebo si někteří rodinní příslušníci zajistí speciálně rehabilitační centrum, kam svého příbuzného na nějaký čas dají.

Respondentka č. 7 také uvádí, že se jim ve sdružení klienty daří začleňovat půl na půl. Znovu uvádí, že je to hodně individuálního u každého člověka. Znovu sdělila, že klientům hodně k socializaci pomáhají Kluby CMP, rekondiční pobyty. Také sdělila, že záleží na tom, zda má osoba po CMP rodinu či nikoliv.

Otázka č. 10 Jaká je Vaše spolupráce s rodinnými příslušníky klienta?

Někteří rodinní příslušníci mají zájem o své členy rodiny. **Respondentce č. 6** často některé rodiny volají, sdělují ji, co vše potřebují vyřídit a zařídit. Bohužel má respondentka

i negativní zkušenosti s rodinnými příslušníky, kdy o své blízké nejeví žádný zájem. Stává se, že 15. den v měsíci je navštíví, a to, když klientům přijde důchod. Dále uvedla, že to také záleží na povaze těch lidí.

Respondentka č. 9 uvedla, že nemá žádnou negativní zkušenost s rodinnými příslušníky. Naopak spolupráci s rodinnými příslušníky hodnotí jako velmi dobrou. Rodina většinou chce, aby osoba po CMP zase normálně fungovala. Rodina hradí rekondiční pobyty, snaží se naučit veškeré cviky, aby s osobou po CMP mohli sami cvičit, zajímají se o různé novinky.

Respondentka č. 2 odpovídá takto: *„Tam právě vlastně jsme teď na ty poslední za dva, dva a půl roku, kdy nám funguje ten projekt pro pečující, tak navázali takovou bližší komunikaci s nimi a zjistili jsme vlastně, že to je jako jo, že tam je, že to je gro všeho prostě takový pečující a jeho přístup vůbec ke všemu a jeho úsilí. Takže snažíme vlastně jako teď, No jako podpořit je čím dál jako jako, co nejvíc. No opravdu vlastně i teď máme tady narážime na trošku situaci, kdy máme i stárnoucí pečující jo, kdy vlastně jako je znatelný, že už nebudou moct vlastně takovouhle mírou a do takovýhle prostě s takovýmhle, jo, v takovýhle formě jako ve svém věku už pečovat jakoby dlouho, jo, že to je už neudržitelný, jo tak teď vlastně.“*

Respondentka č. 1, respondentka č. 5, respondentka č. 8 a respondent č. 3 odpověděli, že záleží velmi na rodině. Uvedli, že mají pozitivní, ale i negativní zkušenosti. Někdy se rodina snaží zapojit, do celého toho procesu, a někdy nikoliv.

Respondentka č. 10 uvádí *„Já, co jsem se zatím setkala, tak se tím to bylo tak nějak jakoby všechno v normě v pořádku ty děti, většinou to jsou, že jo nebo i ten manžel, manželka. Tak většinou se snaží taky, aby prostě toho dotyčného rozchodil, protože úplně toho ležáka, že jo doma jako moc nechtěj, takže jenom aspoň kdyby se šel na ten záchod, tak jsou prostě šťastní, že se došourá na ten záchod a nemusí nikde chodit s mísou a tak dále, nebo ty plínky, když potom třeba nemají, tak jsou na tom jako tak to považují za velký úspěch. Jo, když ty lidi dokážou se třeba jenom tu hygienu zajistit tím, že jídlo jim zanesou na stůl a sami se dokážou najíst. Takže to bych řekla, že jsou takový největší požadavky, o který jim jde. Ale jestli ujde já nevím kilometr nebo deset to už je tak nějak jako jedno no, takže hlavně tyhle ty soběstační věci jakoby co se týče jídla a hygieny.“*

Na dotaz, zda jim rodinní příslušníci klienta pomáhají respondentka uvedla: „*No určitě, i když jako hodně nám třeba pomáhají, když něco nebo tak jako s oblíkáním, nebo tak, jako klidně si je svlíknou oblíknou. Někdy je třeba, jako když ty rodinný příslušníci vyloženě úplně nechťejí, tak je třeba si je necháváme sami ty lidi, protože oni, když tam ty rodinný příslušníci s nima jsou, tak jsou takový ufnukanější. Takže jsme někdy rádi, že ten dotyčný třeba odejde, že ho tam nemáme na tý tělocvičně, někdy zase, když je to třeba trochu těžší spolupráce, nebo tak, vážne tam třeba i ta komunikace trochu tak oni zase vědí, co se nám třeba chce říct, než si na to zvykneme, tak třeba jsme ze začátku i rádi, že tam třeba jsou, řeknou nám to, jo on chce říct tohle nebo chci říct támhleto. Takže podle toho, jaká je ta situace, no ale někdy je lepší, když tam ty rodinný příslušníci nejsou, protože ty klienti úplně jinak s náma spolupracují.*“

Respondentky jsem se dále zeptala, že se klient asi i více soustředí na to, co s ním dělá? Tak dále odpověděla: „*Určitě, oni do toho i tak jako povídaj, že tohle on jako neudělá a takovýhle, že snažej se je chránit abychom je třeba moc nezatížili. Ano, nebo abychom náhodou po nich nechťeli něco nemožného přitom po nich nic nemožného nechcem, prostě většinou to zkusíme, když to jde, tak snažíme to dopilovat anebo prostě dotáhnout do nějakýho lepšího koncečku. Takže takže spíš z tohohletoho důvodu. No, takže říkám, ale někdy zase dobrý, je tam mít, aby třeba věděli, co s nima mají dělat, takže jim třeba zase ukážeme, že by bylo dobrý, ještě kdyby dělali to, a to, takže vždycky je to tak nějak na pováženou podle toho, jak se ty lidi, taky trochu chovaj. Někdo je moc drsnej, někdo zas naopak je furt chrání, že je tohle už ne, to už na něj bude hodně, nebo on se zadýchává to už teda opatrně nebo takový no, takže někdy je lepší, když tam nejsou.*“

Respondentka č. 4 uvedla, že rodina dochází třeba na nějakou jednorázovou konzultaci, aby se ujistili, zda něco nedělají špatně, zda je vše v pořádku. Zároveň se stává, že rodina klienta osobu po CMP doprovází do organizace, protože se občas stane, že klient nemá takovou orientaci. Respondentky jsem se dále ptala, zda se za ten rok praxe setkala nějakým negativním přístupem rodinných příslušníků: „*Určitě, s negativním přístupem rodinných příslušníků jsem se nesečkala. Oni jsou vždycky rádi, když narazí na nějakou takovouhle organizaci. Přijde mi, že jsou i velice podporující, spíš právě jsem se nesečkala jakoby s negativním přístupem těch lidí po cévní mozkové příhodě, protože s tím často bývá spojena nějaká jako frustrace s tím, že prostě některý ty věci nejdou tak, jak šly dřív.*“

Otázka č. 11: Využívá i rodina klienta sociální podporu ve Vašem zařízení?

Ve sdružení u **respondentky č. 7 a respondentky č. 9** využívají rodiny klienta sociální podporu. Když potřebují, tak je jim nápomocný psycholog, který rodině pomáhá vyrovnat se s aktuální situací v rodině. S psychology mají respondentky velmi dobré zkušenosti. Hlavně uvedli, že v dnešní době není vůbec žádná ostuda požádat o pomoc psychologa. Pro rodinné příslušníky v rámci sdružení pořádají přednášky a semináře, rekondiční pobyty, kterých se můžou zúčastnit i rodinní příslušníci jako doprovod.

Respondentka č. 10 odpověděla: „*Ona ta fiziotherapie jako trošičku je trošku jako jde ruku v ruce s tou psychologii, protože ty lidi většinou jsou na dně, nebo i kdyby to byli mladý lidi, že jsou prostě najednou tam, kde vůbec nechtěli být, že jo, takže někdo prostě to chce vdávat, někdo to prostě zase jako je zas tak urputnej člověk už třeba trošku přibrzdit, aby to zase nepřepískl a spíše si neublížil. Takže jako jo s tou psychologii to frčí taky. Je fakt, že ty klienty, jejich rodinní příslušníci taky na to nejsou třeba kolikrát úplně dobře jak psychicky, tak ale i fyzicky, že jsou třeba fakt z nich, že jo ztahaný. Bolí je taky ledasco, takže třeba tam i někdy si dokoupěj i nějaký oni sami, nebo nebo nějaký ty procedury, tak nějak na ulehčení, když je postaráno od toho jejich jeho člena. Takže třeba využívají i oni tyhle ty jakoby lázeňský služby a myslím si, že spousta lidí pak už třeba se obrací i na toho psychologa, někdy i na psychiatra, když už toho je hodně, ale ale většinou se snažíme tak nějak jako taky na ni působit, po tý psychický stránce, no.“*

Samozřejmě když rodina potřebuje tak v zařízení poskytují sociální podporu a také podávají doporučení rodinným příslušníkům, ohledně jejich příbuzných v daném zařízení (např. řešení rehabilitací). Poskytuje také cenné rady v oblasti zdravotní péče. Tyto informace mi poskytla **respondentka č. 6**.

Respondentka č. 8, respondentka č. 5, respondent č. 3 a respondentka č. 1 odpověděli téměř stejně, a to tak, že se rodina v tom konkrétním zařízení snaží využívat sociální podporu. Opět záleží na rodině klienta, kdo to potřebuje či nepotřebuje, kdo jeví zájem či nejeví zájem apod.

Respondentka č. 4 nejprve sdělila, že rodinní příslušníci sociální podpory u nich v organizaci nevyužívají, ale: „*možná ona je to spíš takový, že maximálně se přijdou poradit ohledně takových těch, jak to říct faktických věcí, co mají prostě dělat, kam můžou zajít, ale není to úplně tak, že by oni sami využívali podporu pro sebe, ačkoliv si myslím, že by to, že by se to někdy hodilo, že by si to zasloužili.“*

Asociace, ve které pracuje **respondentka č. 2**, tak rodinní příslušníci využívají hlavně programu podpory pečujících, jak již respondentka uvedla v předchozí otázce. Jedná se podpůrný program, kde se jedná o cyklus přednášek a aktivit svépomocného charakteru. Přednáší jim např. neurolog, fyzioterapeut, sociální pracovníce, ergoterapeut. Hlavním cílem tohoto projektu je sdílení cenných zkušeností. Projekt je zdarma.

Vyhodnocení výzkumné otázky č. 1

První výzkumná otázka zní: **Jak se daří osoby po CMP začleňovat do běžného sociálního a pracovního života?**

Pomocí polostrukturovaného rozhovoru bylo za úkol zjistit, jak se daří začleňovat osoby po CMP do běžného sociálního a pracovního života. Ptala jsem se respondentů, kteří pracují nebo dříve pracovali s osobami po CMP, v oblasti rehabilitace hybnosti a řeči.

Úspěšnost začlenění těchto osob záleží na mnoha faktorech. Z provedeného výzkumu vyplývá, že nejpodstatnějším faktorem je podpora rodiny a blízkého okolí klienta. Další faktory, které podle respondentů mohou hrát roli jsou již značně individuální. Záleží na povaze, vůli, charakteru a přístupu klienta k rehabilitaci a také schopnosti klienta přijmout život takový jaký je, tedy takový, jaký se stal, když klient přišel částečně nebo úplně o schopnost komunikovat a vyjadřovat se.

Někteří respondenti zodpověděli, že se klienty po CMP daří začleňovat půl na půl. V případě, že má klient rodinu, tak ten rodinný příslušník většinu věcí udělá za toho nemocného klienta. Naopak pokud je klient sám a skutečně nikoho nemá, tak se ho daří začlenit do běžného sociálního a pracovního života snáz, protože se ten člověk velmi snaží. Ví, že je závislý pouze sám na sobě a dělá všechno proto, aby se do toho „normálního“ běžného života vrátil. Respondenti také rozdělili, jak to funguje u začleňování mužů a žen. Z výzkumu vyplynulo, že ženy se začleňují lépe, a to z toho důvodu, že vždycky pečovaly o své rodiny (manžel a děti).

Jeden z respondentů také uvedl, že si myslí, že když se dostanou do rehabilitačního střediska včas, tak jsou osoby po CMP z nejhorsího venku, protože se zaměřují na slabší části těla. Fyzioterapeut chce vždy, aby se to zlepšilo. Radí rodinám, jak s nemocným cvičit doma, doporučuje konkrétní pomůcky, které pomůžou ve zlepšení hybnosti nebo i řeči.

Z výzkumného šetření jsem se mi bohužel nepodařilo zjistit, jak se začleňují lidé po CMP do pracovního života. Většina respondentů totiž uváděla, že k nim dochází klienti senioři anebo klienti, kteří šli do invalidního důchodu.

Začleňování osob po CMP je hodně individuální stejně jako socializace těchto osob, u každého to probíhá jinak. Některé osoby po CMP se vrací zpět domů k rodině, kde s nimi nadále v rehabilitaci pokračuje rodina. Naopak některé osoby se navrátí třeba do LDN, domovů pro seniory nebo se hledá jiné možnosti, kam tuto osobu umístit.

Vyhodnocení výzkumné otázky č. 2

Druhá výzkumná otázka zní: **Jsou sociální služby dostatečně dostupné pro osoby po CMP, ve Vašem okolí? Je tato podpora dostupná i pro příbuzné těchto osob?**

Pomocí otázek polostrukturovaného rozhovoru bylo za úkol zjistit, jak jsou sociální služby pro osoby po CMP dostupné v jejich okolí a zda je tam určitá podpora i pro rodinné příslušníky těchto osob.

Z výzkumného šetření vyplynulo, že dostupnost sociálních služeb závisí z větší části na místě pobytu osob po CMP. S tím, že ve větších městech jako je např. Praha, Brno a Pardubice jsou sociální služby dostupnější. Zejména je například dostupná pečovatelská služba, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče, azylové domy, domy na půl cesty, služby následné péče, sociálně terapeutické dílny, sociální rehabilitace a další.

Kdežto naopak v menších městech či vesnicích může být dostupnost sociálních služeb horší, přičemž problémem může být, jak uvedl jeden z respondentů i to, jak zajišťovat přepravování klientů ze středočeského kraje do Prahy, když jedním z požadavků pražských center může být i to, že příslušný klient by měl mít trvalý pobyt na území hl. m. Prahy.

V každém případě z výzkumného šetření vyplynulo, že by mohlo být více zařízení, projektů, sdružení právě pro osoby po CMP a jejich rodinné příslušníky.

Mnoho respondentů uvedlo, že poskytují sociální podporu rodinným příslušníkům, osob po CMP. Některé z nich poskytují rekondiční pobyty nejen osobám po CMP, ale právě s nimi jezdí i rodinní příslušníci, pro které je to také velkým přínosem. Jak jsme již uváděli, tak na rekondičních pobytech probíhají individuální i skupinová cvičení, psychoterapie, arteterapie, při poruchách řeči logopedická reedukace, nácvik používání kompenzačních pomůcek a spoustu dalšího. Na rekondiční pobyty jezdí multidisciplinární tým – fyzioterapeut, neurolog, logoped, psycholog, internista a ergoterapeut.

Většina z respondentů uvedla ať už se jednalo o sdružení, asociaci či nějaké zařízení, že poskytují poradenskou činnost, ať už základní nebo odbornou. Rodinám radí, na koho se obrátit, pomáhají vyrovnat se s tím, co se stalo, a hlavně poskytují psychickou podporu.

6.6 Shrnutí výsledku šetření

Výzkumné šetření jsem dělala s respondenty, kteří pracují nebo dříve pracovali v oblasti rehabilitace hybnosti a řeči. Šetření bylo provedeno pomocí kvalitativního výzkumu, za pomoci techniky polostrukturovaného rozhovoru. V diplomové práci byly zkoumány dvě výzkumné otázky.

Jedna z výzkumných otázek byla, jak se daří osoby po CMP začleňovat zpět do běžného sociálního a pracovního života. Čtyři respondenti z deseti udávají, že záleží na charakteru těch osob. Jeden respondent uvedl, že osoby po CMP nezačleňuje. Dva z respondentů uvedli, že se daří tyto osoby začleňovat půl na půl. Další tři respondenti uvedli, že v tomto případě hodně záleží na rodině daného klienta. Někteří zase uvedli, že to závisí na mnoha faktorech. Shrnu bych to tak, že začleňování osob po CMP je u každého individuální.

Další výzkumná otázka zněla, jsou sociální služby dostatečně dostupné pro osoby po CMP ve vašem okolí a je tato podpora dostupná i pro příbuzné těchto osob. Z rozhovorů vyplynulo, že hodně záleží na tom, kde osoba, která prodělala CMP žije. Pokud žije ve větším městě, tak jsou tam sociální služby dostupnější více, než když žije někde v malém městě nebo vesnici.

Z výzkumu vyplynulo, že by mohlo být více sociálních služeb zaměřené na osoby po CMP v menších městech, aby mohl mít každý svého psychologa, ergoterapeuta a všechny odborníky, kteří mu pomohou v návratu do jeho sociálního a pracovního života.

6.7 Diskuse výsledků a doporučení vyplývající z šetření

V empirické části popisuji metodologii výzkumného šetření. Předmětem diplomové práce bylo zjistit pomocí rozhovoru, jak se daří začleňovat osoby po CMP do společnosti. Další dílčí výzkumná otázka byla, zda jsou sociální služby dostatečně dostupné nejen pro osoby po CMP, ale i jejich rodinné příslušníky.

Výzkumný vzorek se skládal z deseti respondentů. Nalézt odpovědi se mi podařilo pouze částečně. K příštím výzkumům bych použila více respondentů, a to hlavně z řad logopedů, abych dokázala podrobněji informovat čtenáře, jak probíhá komunikační trénink u osob po CMP.

Zároveň bych provedla více rozhovorů v menších městech a vesnicích, tak aby bylo možné odhalit oblasti, ve kterých v současné době sociální služby dostupné nejsou anebo jsou dostupné pouze v minimálním rozsahu. Tím, že většina respondentů byla z větších měst (Praha, Brno a Pardubice), tak mohlo dojít k určitému zkreslení výsledků ve výzkumném šetření, neboť dostupnost jakýchkoli služeb v těchto velkých městech je více než dostatečná.

Pokud jde o výzkumnou otázku, jak se daří začleňovat osoby po CMP do zpátky do běžného života, většina z respondentů uvedla, že socializace osob probíhá individuálně. Výsledky mohly být zkresleny tím, že většina respondentů pracuje se seniory nebo s lidmi v produktivním věku, kteří po následku CMP jdou do invalidního důchodu. Tyto výsledky odpovídají také informacím obsaženým v teoretické části této diplomové práce, kde jsem uvedla, že nejčastější příčinou invalidity je cévní mozková příhoda.

Pokud bychom srovnali tento výzkum s výzkumy publikovanými v zahraničí. Je zřejmé, že nedostatek respondentů neumožňuje vyvodit statistické závěry ohledně procentuální úspěšnosti začleňování osob po CMP do běžného sociálního i pracovního života.

Takového výsledky je možné nalézt v systematickém přehledu „*What Are the Social Consequences of Stroke for Working-Aged Adults?*“, publikovaného dne 23. dubna, 2009 (autorský kolektiv Katie Daniel, Charles D.A. Wolfe, Markus A. Busch, and Christopher McKeivitt), ze kterého vyplývá, že úspěšnost začleňování zpět do pracovního života se pohybuje od 0 % do 100 %, přičemž průměrná hodnota je 44 % u lidí v produktivním věku. (www.ahajournals.org [online])

Dostupnost respondentů byla také hodně ovlivněna pandemií Covid-19, ne všichni respondenti chtěli spolupracovat na diplomové práci, a ti, co chtěli, tak pouze po telefonu – samozřejmě souhlasili se zpracováním rozhovoru v rámci diplomové práce.

Na zlepšení začleňování osob po CMP se podílí například sdružení pro rehabilitaci osob po cévních mozkových příhodách, Občanské sdružení Logo z. s. a v neposlední řadě také Asociace osob po získaném poškození mozku, z.s.

ZÁVĚR

Diplomová práce se věnovala tématu komunikační trénink a sociální začleňování osob po cévní mozkové příhodě. Cílem této diplomové práce bylo zjistit, jak se daří osoby po CMP začleňovat do běžného sociálního i pracovního života a jak jsou sociální služby dostupné v jejich okolí nejen pro osoby po CMP, ale zda je podpora dostupná i pro jejich rodinné příslušníky.

V teoretické části diplomové práce jsem podrobněji popisovala cévní mozkovou příhodu (druhy, typy, rizikové faktory, preventivní opatření a její léčbu). Dále jsem věnovala pozornost fatickým poruchám způsobené CMP nebo traumaty mozku (primární a sekundární), kde jsem se zabývala Bostonskou kvalifikací afázií, Lurijovou klasifikací afázií a v neposlední řadě také moderními technologiemi a léčbou afázie. V teoretické části také popisuji rehabilitaci a její možnosti, komunikaci a komunikační trénink a poslední kapitole jsem se zaměřila na sociální služby.

Realizovaný výzkum v empirické části, jehož výzkumný soubor tvořilo deset respondentů pracujících či dříve pracujících v oblasti rehabilitace hybnosti a řeči (fyzioterapeut, koordinátor, sociální pracovník nebo zdravotní sestra). V této práci jsem zvolila kvalitativní výzkum, který jsem prováděla pomocí rozhovorů.

Část empirická byla věnována výzkumnému šetření, kde jsem si stanovila dvě výzkumné otázky. První výzkumná otázka se týkala toho, jak se daří osoby po CMP začleňovat do běžného sociálního i pracovního života a druhá otázka byla zaměřená na dostupnost sociálních služeb pro osoby po CMP a také jsem zjišťovala, zda je podpora dostupná i pro rodinné příslušníky těchto osob. Z hlediska cíle této diplomové práce jsem zvolila kvalitativní strategii, nejednalo se však o potvrzení nebo vyvrácení hypotéz.

Sociální začleňování osob po CMP je hodně individuální. Někteří respondenti sdělovali, že záleží na tom, zda je osoba, kterou postihla cévní mozková příhoda na celou situaci sama anebo pomáhá rodinný příslušník. Skutečně záleží na mnoha faktorech.

Velmi se mi však líbilo, jak respondenti popisovali podporu ze strany rodinných příslušníků, že na ně nezapomínají. Pořádají pro ně různé semináře, přednášky, rekondiční pobyty a další.

Cíl mé diplomové práce byl z mého pohledu naplněn jen částečně. Výzkumné otázky byly sice zodpovězeny, ale myslím si, že by to chtělo větší zkoumaný vzorek. Do výzkumu bych příště zapojila i logopeda, zeptala se na názor lékaře a dalších osob.

Seznam použité literatury a dalších zdrojů

TIŠTĚNÉ ZDROJE

AMBLER, Zdeněk. *Základy neurologie*. Praha: Galén, 2011. 7. vydání, 351 s. ISBN 978-80-7262-707-3.

DOW, Mike – DOW, David – SUTTON, Megan. *100 otázek a odpovědí, jak se uzdravit po mozkové mrtvici: rady pro všechny, kteří bojují za své vlastní uzdravení nebo uzdravení někoho blízkého*. Překlad Kateřina Němečková. Brno: BizBooks, 2018. 1. vydání, 256 s. ISBN 978-80-265-0778-9.

FEIGIN, Valery L. *Cévní mozková příhoda: prevence a léčba mozkového iktu*. Praha: Galén, 2007. 1. vydání, 207 s. ISBN 978-80-7262-428-7.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005. 1. vydání, 408 s. ISBN 80-7367-040-2.

HOLCZEROVÁ, Vladimíra, DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. *Volnočasové aktivity pro seniory*. Praha: Grada, 2013. 1. vydání, 93 s. ISBN 978-80-247-4697-5.

HOLMEROVÁ, Iva – CILAG, Janssen. *Madridský plán a jiné strategické dokumenty*. Praha: Gerontologické centrum., 2007. 111 s. ISBN 978-80-254-0174-3.

JELÍNKOVÁ, Jana, KRIVOŠÍKOVÁ, Mária, ŠAJTAROVÁ, Ludmila. *Ergoterapie*. Praha: Portál, 2009. 1. vydání, 270 s. ISBN 978-80-7367-583-7.

KALVACH, Zdeněk, ZADÁK, Zdeněk, JIRÁK, Roman, ZAVÁZALOVÁ, Helena, SUCHARDA, Petr a kol. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada, 2004. 1. vydání, 864 s. ISBN 80-247-0548-6.

KOUKOLÍK, František. *Lidský mozek: funkční systémy, norma a poruchy*. Praha: Galén, 2012. 3. přepracované a doplněné vydání, 400 s. ISBN 978-80-7262-771-4.

MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada, 2011. 1. vydání, 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3.

MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál, 2003. 1. vydání, 288 s. ISBN 80-7178-549-0.

MATOUŠEK, Oldřich, PAZLAROVÁ, Hana a kol. *Podpora rodiny: manuál pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2014. 1. vydání, 171 s. ISBN 978-80-262-0697-2.

NEUBAUER, Karel a kol. *Neurogení poruchy komunikace u dospělých: diagnostika a terapie*. Praha: Portál, 2007. 1. vydání, 227 s. ISBN 978-80-7367-159-4.

REICHEL, Jiří. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada, 2009. 1. vydání, 192 s. ISBN 978-80-247-3006-6.

RŮŽIČKA, Evžen a kol. *Neurologie*. Praha: TRITON, 2019. 1. vydání, 541 s. ISBN 978-80-7553-681-5.

SEIDL, Zdeněk. *Neurologie pro studium i praxi*. Praha: Grada, 2015. 2. vydání, 383 s. ISBN 978-80-247-5247-1.

SLEZÁKOVÁ, Zuzana. *Ošetrovatelství v neurologii*. Praha: Grada, 2014. 1. vydání, 232 s. ISBN 978-8-247-4868-9.

ŠVAŘÍČEK, Roman, ŠEĐOVÁ, Klára. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách: pravidla hry*. Praha: Portál, 2007. 1. vydání, 384 s. 978-80-7367-313-0.

VIQUÉ, Jordi a kol. *Zdraví pro třetí věk*. Přeložil: Lucie Kubešová. Čestlice: Rebo, 2007. 1. vydání, 294 s. Knihovna zdraví (Rebo). ISBN 80-7234-536-2.

VYTEJČKOVÁ, Renata, SEDLÁŘOVÁ, Petra, WIRHOVÁ, Vlasta, OTRADOVCOVÁ Iva a KUBÁTOVÁ, Lucie. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné III. Speciální část*. Praha: Grada, 2015. 1. vydání, 303 s. ISBN 978-80-247-3421-7.

WIDIMSKÝ, Jiří jr. a kol.: *Arteriální Hypertenze – současné klinické trendy VIII*. Praha: TRITON, 2010. str. 148. ISBN 978-80-7387-362-2.

PRÁVNÍ PŘEDPISY A ZÁKONY

Vyhláška č. 518/2004 Sb., kterou se provádí zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

ELEKTRONICKÉ ZDROJE

AFASLOVNÍK. www.afaslovník.cz. [online] [citováno dne 19.12.2021]. Dostupné z: <https://www.afaslovník.cz/>

AFATICKÝ SLOVNÍK. <http://slovník.kvalitne.cz>. [online] [citováno dne 19.12.2021]. Dostupné z: <http://slovník.kvalitne.cz/info.htm>

BRZOBOHATÁ, Anna. *Aplikace pomáhá s řečí lidem po mrtvici, probíhá první testování na lidech*. [online] [citováno dne 19.12.2021]. Dostupné z: https://www.idnes.cz/zpravy/domaci/afazie-aplikace-ztrata-reci-logopedia-uceni.A190318_174606_domaci_brzy

DANIEL, Katie, WOLFE, Charles D.A., BUSCH, Markus A., MCKEVITT, Christopher. *What Are the Social Consequences of Stroke for Working-Aged Adults?* [online]. 23 April 2009 [citováno dne 19.12.2021]. Dostupné z: https://www.ahajournals.org/doi/full/10.1161/STROKEAHA.108.534487?fbclid=IwAR0jYh4qc73ACJoJ7EGRDt5b_9GXbixsCEAIOaOVFIcelN9bRiyRcIXqaSs&

OBEMBE, Adebimpe O. a ENG, Janice J. *Rehabilitation Interventions for Improving Social Participation after Stroke: A Systematic Review and Meta-Analysis*. [online] 29 July 2015 [citováno dne 19.12.2021]. Dostupné z: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4868548/?fbclid=IwAR3hTixbUJIKtqCMJ2M61sOTEi-_Gb0MJR42_ar6rSbbvHH4jeAfPvQtuo0

VINCENT-ONABAJO, Grace O. *Social Participation after Stroke: One-Year Follow-Up of Stroke Survivors in Nigeria* [online]. 21 October 2013 [citováno dne 19.12.2021]. Dostupné z: https://www.hindawi.com/journals/isrn/2013/532518/?fbclid=IwAR0M_4oYI7K7icq7vwxEev47bAkZU-fLIr-2JEOOplsaToiJpzVFxHvATpc

WIKISKRIPTA. *Afázie/PGS/diagnostika*. [online] [citováno dne 19.12.2021] Dostupné z: <https://www.wikiskripta.eu/w/Af%C3%A1zie/PGS/diagnostika>

Seznam tabulek

Tabulka č. 1: Bostonská klasifikace afázií, Zdroj: www.wikiskripta.eu	17
Tabulka č. 2: Informace o respondentech, kteří pracují nebo pracovali v oblasti rehabilitace hybnosti a řeči, Zdroj: vlastní výzkum.....	37

Přílohy

Příloha č. 1 – Seznam kladených otázek respondentům

Abstrakt

KITTNAROVÁ, Denisa. *Komunikační trénink a sociální začleňování osob po cévní mozkové příhodě*. Praha 2021. Diplomová práce. Univerzita Karlova v Praze. Husitská teologická fakulta. Katedra psychosociálních věd a etiky. Vedoucí práce prof. PhDr. Beáta Krahulcová, CSc.

Hlavním cílem mé diplomové práce bylo zjistit, jak se daří začleňovat osoby po cévní mozkové příhodě zpět do běžného sociálního a pracovního života. Teoretická část seznamuje čtenáře s cévní mozkovou příhodou jako takovou. Dále se věnuje fatickým poruchám způsobeným cévní mozkovou příhodou a traumaty mozku, rehabilitaci a její možnosti, komunikaci a komunikačnímu tréninku a v neposlední řadě sociálním službám. Pro tuto práci jsem zvolila kvalitativní metodu k získání dat pomocí polostrukturovaného rozhovoru. V závěru této diplomové práce jsou zpracovány a interpretovány výsledky výzkumného šetření.

Abstract

KITTNAROVÁ, Denisa. *Communication training and social integration of people over cerebral apoplexy*. Prague 2021. Diploma thesis. Charles University in Prague. Hussite Theological Faculty. Department of Psychosocial Sciences and Ethics. Thesis supervisor PhDr. Beáta Krahulcová, CSc.

The main goal of my diploma thesis was to find out, how successful it is to integrate people over cerebral apoplexy into normal social and working life. The theoretical part introduces the reader to the cerebral apoplexy as such. It also deals with phatic disorders caused by cerebral apoplexy and brain trauma, rehabilitation and its possibilities, communication, and communication training and, last but not least, social services. In this thesis, I chose a qualitative method to obtain data using a semi-structured interview. At the end of this diploma thesis, the results of the research survey are processed and interpreted.

Příloha č. 1: Kladené otázky respondentům

Následující otázky byly pokládány respondentům (fyzioterapeut, psycholog, sociální pracovník, ...), kteří pracují nebo dříve pracovali v oblasti rehabilitace hybnosti a řeči)

Téma diplomové práce: Komunikační trénink a sociální začleňování osob po CMP

1. Jaký je Váš věk?

16 - 26	27 - 50	51 - 65	66 - 75	76 +

2. Jaká je Vaše kvalifikace?

3. Jaké sociální služby poskytujete klientům po CMP?

Sociální poradenství	
Základní	Povinné a bezplatné
Odborné	

Služby sociální péče	
Osobní asistence	
Pečovatelská služba	
Tísňová péče	
Průvodcovské a předčitatelské služby	
Podpora samostatného bydlení	
Odlehčovací služby	
Centra denních služeb	
Denní stacionáře	
Týdenní stacionáře	
Domovy pro osoby se zdravotním postižením	
Domovy pro seniory	
Domovy se zvláštním režimem	
Chráněné bydlení	
Sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče	

Služby sociální prevence	
Raná péče	
Telefonická krizová pomoc	
Tlumočnické služby	
Azylové domy	
Domy na půl cesty	
Kontaktní centra	
Krizová pomoc	
Intervenční centra	
Nízkoprahová denní centra	

Nízkoprahová zařízení pro děti a mládež	
Noclehárny	
Služby následné péče	
Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi	
Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením	
Sociálně terapeutické dílny	
Terapeutické komunity	
Terénní programy	
Sociální rehabilitace	

4. Se kterými poskytovateli sociálních služeb konkrétně Vaše organizace (zařízení) spolupracuje?

5. Jaké sociální služby jsou dostupné ve Vašem okolí?

Sociální poradenství	
Základní	
Odborné	

Služby sociální péče	
Osobní asistence	
Pečovatelská služba	
Tísňová péče	
Průvodcovské a předčitatelské služby	
Podpora samostatného bydlení	
Odlehčovací služby	
Centra denních služeb	
Denní stacionáře	
Týdenní stacionáře	
Domovy pro osoby se zdravotním postižením	
Domovy pro seniory	
Domovy se zvláštním režimem	
Chráněné bydlení	
Sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče	

Služby sociální prevence	
Raná péče	
Telefonická krizová pomoc	
Tlumočnické služby	
Azylové domy	
Domy na půl cesty	
Kontaktní centra	
Krizová pomoc	
Intervenční centra	
Nízkoprahová denní centra	
Nízkoprahová zařízení pro děti a mládež	

Noclehárny	
Služby následné péče	
Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi	
Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením	
Sociálně terapeutické dílny	
Terapeutické komunity	
Terénní programy	
Sociální rehabilitace	

6. Využívají Vaši klienti rekvalifikace?
7. Poskytujete ve Vašem zařízení rekvalifikační kurzy nebo nějaké doporučujete?
8. Jak probíhá socializace klienta po CMP? Můžete mi ji krátce popsat? Jakou dobu přibližně trvá?
9. Jak se Vám daří začleňovat osoby po CMP do běžného života?
10. Jaká je Vaše spolupráce s rodinnými příslušníky klienta?
11. Využívá i rodina klienta sociální podporu ve Vašem zařízení?