

UNIVERZITA KARLOVA
EVANGELICKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA

Diplomová práce

**Podněty pro duchovní péči o osoby
se získaným poškozením mozku**

Lenka Kurovská

Katedra praktické teologie
Vedoucí práce: Mgr. Ondřej Macek, Ph.D.
Studijní program: Teologie (N6141)
Studijní obor: Komunitní krizová a pastorační práce – diakonika

Praha 2023

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci s názvem Podněty pro duchovní péči o osoby se získaným poškozením mozku napsal/a samostatně a výhradně s použitím uvedených pramenů.

V Praze dne 21. dubna 2023

Lenka Kurovská

Bibliografická citace

KUROVSKÁ, Lenka. *Podněty pro duchovní péči o osoby se získaným poškozením mozku*. Praha, 2023. Diplomová práce. Univerzita Karlova, Evangelická teologická fakulta, Katedra Praktické teologie. Vedoucí práce Mgr. Ondřej Macek, PhD.

Anotace

Diplomová práce se zabývá oblastí duchovní péče o osoby, které prodělaly traumatické poranění mozku, cévní mozkovou příhodu či jiné poškození mozku získané během dospělosti. Představuje, čím po ukončení akutní léčby tito lidé procházejí, jaké jsou jejich potřeby a copingové strategie. Seznamuje s výsledky výzkumů věnujících se vzájemnému vztahu mezi spiritualitou/religiozitou a zvládáním nepříznivých okolností souvisejících se zdravotním stavem, léčbou a rehabilitací. Shrnuje doporučení pro vhodné uzpůsobení duchovní péče somatickým, komunikačním, kognitivním a psychosociálním změnám, které mohou v důsledku poškození mozku nastat. Zvláštní pozornost věnuje využití expresivních terapií a doplňkových metod, díky nimž lze reflektovat duchovní témata i jinak než v klasickém rozhovoru.

Klíčová slova

Získané poškození mozku, traumatické poranění mozku, cévní mozková příhoda, spiritualita, religiozita, duchovní péče

Summary

This thesis deals with the area of spiritual care for persons that suffered a traumatic brain injury, stroke or another brain damage at adult age. It describes what these people have to go through after termination of acute treatment, what are their needs and coping strategies. It presents results of researches dealing with correlation between spirituality/religiosity and managing of unfavourable circumstances connected with the health condition, therapy and rehabilitation. It summarises the recommendations for suitable adjustment of spiritual care to somatic, communication, cognitive and psychosocial changes, which may occur as a result of the brain injury. It pays special attention to the use of expressive therapies and supplementary methods thanks to which it is possible to reflect spiritual topics also in other ways than in a classical conversation.

Keywords

Acquired brain injury, traumatic brain injury, stroke, spirituality, religiosity, spiritual care

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucímu práce Mgr. Ondřeji Mackovi, Ph.D., za odborné vedení, cenné podněty a laskavý přístup. Jeho pojetí duchovní péče mě hluboce oslovilo a podnítilo k úvahám, jak jeho hodnotné myšlenky vnést do svého života a povolání. Děkuji klientům ERGO Aktivu, jejichž životní příběhy jsou pramenem inspirace, bez kterého by práce nevznikla. Moc děkuji také přátelům, kteří byli ochotni číst úseky textu, klást podnětné otázky a snášet mé rozlady. Ráda bych poděkovala i zaměstnancům Národní knihovny ČR v Klementinu a vyjádřila vděčnost za existenci této instituce. Mé obrovské poděkování patří Daně a Zdeňkovi Hornofovým za jejich čas, důvěru a sdílení silného životního příběhu. A hlavně – Bohu díky!

Obsah

Úvod	9
1 Nečekaný zásah do života člověka	11
1.1 Setkání s duchovním prožíváním klientů	11
1.2 Podpora v hledání nové životní orientace	13
2 Získané poškození mozku	15
2.1 Traumatické poranění mozku	17
2.2 Netraumatické poškození mozku	19
2.1.1 Cévní mozková příhoda.....	19
2.1.2 Ostatní typy poškození mozku	21
3 Nejčastější následky ZPM	22
3.1 Fyzické a smyslové funkce.....	22
3.1.1 Pohybová omezení	23
3.1.2 Smyslové poruchy a ostatní omezení	24
3.2 Kognitivní funkce.....	25
3.2.1 Pozornost.....	25
3.2.2 Paměť	26
3.2.3 Exekutivní funkce.....	27
3.3 Řeč a komunikace	27
3.3.1 Afázie	28
3.3.2 Dysartrie	29
3.4 Emoce a chování	29
3.4.1 Organická porucha osobnosti	29
3.4.2 Deprese	30
3.4.3 Posttraumatické následky	30
3.4.4 Vliv okolního prostředí	31
4 Život se ZPM.....	32
4.1 Léčba a rehabilitace	32
4.2 Důsledky ZPM pro rodinu a blízké	34
4.3 Potřeby osob se ZPM	37
4.3.1 Vybrané významnější potřeby.....	38
4.3.2 Potřeby představující copingové strategie.....	39
4.3.3 Duchovní potřeby	41
5 Spiritualita a náboženství u osob se ZPM	43
5.1 Měřicí nástroje hodnotící spiritualitu a religiozitu	43

5.2	Přehledová studie o spiritualitě/religiozitě osob po TBI	46
5.3	Výzkumy zaměřující se na spiritualitu/religiozitu osob po CMP.....	54
5.4	Širší záběr výzkumu při neurologických onemocněních.....	57
6	Podněty pro duchovní péči o osoby se ZPM	58
6.1	Doporučené duchovní intervence	59
6.1.1	Přítomnost duchovně doprovázejícího	60
6.1.2	Pomoc s přerámováním situace	62
6.1.3	Zaměření na vděčnost a požehnání.....	63
6.1.4	Modlitba a meditace	64
6.1.5	Komunitní program	65
6.2	Využití prvků alternativní a doplňkové terapie	66
6.2.1	Hudba a muzikoterapie	67
6.2.2	Dotek a bazální stimulace.....	68
6.2.3	Vyprávění příběhů, storytelling.....	69
6.2.4	Sdílení vlastní zkušenosti prostřednictvím psaní či řeči.....	71
6.2.5	Recepce vizuálního umění, výtvarná exprese a arteterapie	72
6.2.6	Augmentativní a alternativní komunikace.....	73
6.2.7	Práce se vzpomínkami, reminiscenční terapie.....	74
7	Ilustrativní kazuistika	76
7.1	Zdeňkův příběh.....	76
7.2	Rozhovor k tématu duchovních intervencí.....	78
7.3	Podněty pro práci se Zdeňkem	81
	Závěr.....	84
	Seznam literatury.....	87
	Tištěné zdroje	87
	Elektronické zdroje.....	91
	Přílohy	97
	1 Komunikační karta pro duchovní péči	97
	2 Zdeňkova malba Ježíš na kříži	98

Seznam zkratek

ABI acquired brain injury

CMP cévní mozková příhoda

TBI traumatické poranění mozku (traumatic brain injury)

WHO Světová zdravotnická organizace

ZPM získané poškození mozku

Úvod

Úraz hlavy, mozková příhoda, nádorové nebo infekční onemocnění může vstoupit do života každého člověka bez ohledu na jeho věk či životní styl. Přichází nečekaně, náhle, otřese životem, změni jeho směr. Pokud je závažnějšího charakteru, zanechává dlouhodobé, leckdy nevratné následky, s nimiž je potřeba se naučit žít. V této práci se zaměřuji primárně na osoby, které poškození prodělaly v dospělém, produktivním věku a které jsou schopny návratu do domácího prostředí a alespoň k částečné soběstačnosti.

Jak říká neurolog Oliver Sacks, na nemoc, v tomto případně na poškození mozku, lze pohlížet i jinak než pouze jako na omezení života. U svých pacientů viděl, jak „... žijí svůj život, ať jsou jejich potíže jakékoli. Nejen navzdory novým podmínkám, ale právě pro ně a někdy dokonce díky nim.“¹ V procesu hledání nové životní orientace v důsledku neblahých změn hraje důležitou roli spiritualita. Díky ní mohou lidé vnímat událost, která se jim stala, jako smysluplný proces a lépe svou situaci zvládat. Duchovní prožívání má vliv na to, jak lidé své životní zkušenosti rozumí, jak ji zpracují a po jakých dalších cestách se vydají. Spiritualita je ovlivněna také somatickými, komunikačními, kognitivními a psychosociálními změnami, které mohou v důsledku poškození mozku nastat. I pokud jsou narušeny ty funkce mozku, které umožňují porozumět životu a jeho smyslu, může duchovně pečující nabídnout svou blízkost, přinášet útěchu a naději.

Cílem práce je představit možnosti uzpůsobení duchovní péče tak, aby nabídka blízkosti byla pro lidi se získaným poškozením mozku srozumitelná a podporovala je na jejich nelehké životní cestě. Téma zpracovávám v sedmi kapitolách. Vycházím z poznatků z praxe, kompiluji z odborné literatury, systematicky uspořádávám tematicky relevantní studie a uvádím ilustrativní kazuistiku, která slouží zároveň jako syntéza uvedených poznatků a doporučení.

Inspirací k volbě tématu bylo mé setkání se spirituálním prožíváním klientů na pracovišti zaměřeném na neurorehabilitaci. Ať už se o posvátnu zmínili přímo, nebo jen náznakově, např. letnými slovy pronesenými směrem vzhůru či ve výtvarné tvorbě, vnímala jsem za těmito vyjádřeními úžas, touhu po klidu a potřebě jiného vidění světa. Některé z těchto útržků zahrnuji do první kapitoly, představující zároveň vstupní bránu do problematiky. Přestože je práce v první

¹ SACKS, Antropoložka na Marsu, 15

řadě určena těm, kteří osoby se získaným poškozením mozku duchovně doprovázejí, věřím, že přinese podněty také pro rehabilitační pracovníky, kteří se u svých klientů setkají se spiritualitou.

Co získané poškození mozku je a jaké jsou jeho nejčastější následky, představím ve druhé a třetí kapitole. Jelikož mozek ovlivňuje všechny životní funkce, je i škála možných následků velmi rozsáhlá. Změnám, které se dotýkají osobního, rodinného, pracovního i společenského života, bude věnována kapitola čtvrtá. Zde také popíšu, čím lidé procházejí v systému péče a návazných služeb, a představím jejich nejčastější potřeby a copingové strategie. V páté kapitole se zaměřím na výsledky studií, věnujících se vzájemnému vztahu spirituality/religiozity a zdraví. Na poli výzkumu jsou oba tyto konstrukty často spojovány s řadou žádoucích jevů včetně životní spokojenosti, kvality života a fyzického a duševního zdraví. Výsledky studií přispívají k pochopení, jak mohou lidé se získaným poškozením mozku využívat náboženské a duchovní zdroje k tomu, aby jim pomohly vyrovnat se s náhlým vznikem invalidity a nalézt nový smysl své životní cesty.

Získané poškození mozku vyžaduje duchovní péči, která je schopná reagovat na následky v různých stádiích závažnosti. Má tedy svá specifika. V šesté kapitole proto věnuji pozornost doporučením od autorů, kteří se danou problematikou zabývají či zabývali. K těm se v sedmé kapitole vyjádřím v rámci rodinné kazuistiky také ti, jichž se bezprostřední týká. Do podnětů se promítá i můj zájem o terapie a techniky, jež využívají uměleckého projevu a jiných kanálů než jen verbálních. Považuji je za přínosné nejen pro vyrovnávání deficitů, ale i pro práci se spirituálními tématy. Tím, že vycházejí z přirozených lidských projevů (vyprávění příběhů, hudba, malba, dotek), vyjadřují též duchovní zkušenost a pomáhají vnášet přesah, což je podstata duchovní péče.

1 Nečekaný zásah do života člověka

Získané poškození mozku je nenadálá situace, která se neočekávaně a s velkou silou promítá do všech oblastí lidského života. Člověk přichází o jistoty, zaměstnání, peníze, mění se jeho vztahy, intimita, zájmy, sociální postavení, schopnost vychutnat jídlo atd. A nejen to. Vyvolává v člověku otázky po smyslu. Jak se to mohlo stát? Kdo za to může? On sám, nebo někdo jiný? Kdo? Jaký je smysl té situace?

Pro někoho je to výzva, úkol. Pro někoho jiného trest, další reaguje rezignací. Existenciálně spirituální otázky člověka více či méně zaměstnávají, ať už vědomě či podvědomě. Hledá novou životní orientaci. I pro člověka, který se nepovažuje za spirituálního či náboženského, je důležitá chápající blízkost druhého. Dle Opatrného právě tato blízkost a rozhovory, vedoucí k posílení toho, co je v jeho životě hluboké, nosné a cenné, jsou právě tím, co obecně spadá do spirituální oblasti, a tedy i oblasti duchovní péče. V ní jde především o konkrétního člověka v jeho jedinečném životě a o hluboké porozumění jeho specifickým potřebám.² Tuto problematiku rozvine šestá kapitola, která se věnuje duchovní péči uzpůsobené potřebám a možnostem lidí po poškození mozku.

1.1 Setkání s duchovním prožíváním klientů

Níže uvedu pár příkladů, které podnítily můj zájem o duchovní prožívání osob po mozkových příhodách, úrazech hlavy či jiném získaném poškození mozku. Zažila jsem je z pohledu toho, kdo se v neurorehabilitačním centru³ zabývá sociální prací a arteterapií. Příklady jsou následující:

Klientka (44 let, po úrazu do hlavy způsobeném cizí osobou) v průběhu mapování své životní situace spontánně vypověděla důležitý moment, který vnesl do jejího života zcela nečekaně rozměr hlubokého klidu a důvěry: „*Po poranění mozku jsem byla týden v kómatu. Měla jsem různé sny. Většinou byly plné neklidu, bála jsem se. Někdo po mně šel. Připomínaly se mi těžké a smutné*

² OPATRŇÝ, Spirituální péče, 13–14

³ ERGO Aktiv – Centrum neurorehabilitace pro osoby se získaným poškozením mozku, www.ergoaktiv.cz

události z dětství. Pak jsem se v jednom ze snů ocitla na představení v zahradním divadle. Představení skončilo a lidé postupně odcházeli domů. Já tam zůstala. Lidé už všichni odešli. Vtom jsem si všimla, že naproti mně sedí Bůh. Prostě tam se mnou byl.“ Chvilku jsme si s klientkou o jejím snu povídaly. Jaký má vliv na její současný život? Mluvila o vděčnosti, smyslu, klidu. Samozřejmě bojuje s následky poškození, kvůli nimž nemůže dělat práci, kterou milovala, aspoň ne v takové podobě, jako dříve, ale hledá, jak by mohla. „*Když se třeba setkám s něčím špatným nebo někým nepříjemným, vzpomenu si na dojem z tohoto snu. Nevědělo se, zda budu žít, nevěděla jsem to ani já, ani moji nejbližší. Žiju. A ten sen vnesl do mého života klid, zde je vše v pořádku.*“

Klient (57 let, po cévní mozkové příhodě, hudebník) během individuálního arteterapeutického sezení mluvil o své lásce k hudbě a o „... *Boží lásce a Božím pokoji*“. Tato jeho slova nás zavedla k hovoru o „... *svatém poli, kde dochází ke zprostředkování vztahu mezi člověkem a Bohem prostřednictvím umění.*“

Klient (21 let, po poranění mozku v důsledku pádu ze střechy v opilosti) začal mluvit o Bohu během záplavy nadávek na lékařskou péči. Jako ve všech svých vyjádřeních byl i v tomto velmi svérázný: „*To je jasný, Bůh je se mnou. Kdo nevěří v Boha, je úplně blbej. I před úrazem jsem věděl, že Bůh je, ale to je jasný přece.*“ Souběžně s těmito slovy dával polibky svým přívěskům a náramkům, které pro něj mají spirituální přesah.

Také ve výtvarné tvorbě klientů po poškození mozku se čas od času objeví náboženská symbolika nebo obraz nesoucí spirituální výpověď. Klientka (40 let, po cévní mozkové příhodě) malovala obrazy, jejichž ústředním bodem byl jakýsi tunel, kam se vše sbíhá. Nebylo pro ni možné je doprovodit slovním komentářem, protože trpěla expresivní afázií. Možná právě proto je s ještě větším zaujetím mlčky stále znovu v různých obměnách vytvářela a sdělovala tak svůj prožitek alternativní formou.

Jinému klientovi (25 let, po poranění mozku v důsledku nehody na motorce), který měl problém s přizpůsobením ve skupině, kde na sebe neustále strhával pozornost, se v kresbě občas objevila postava kněze. „*Je tu proto, aby na všechno dohlédl. Dává pozor, aby se někomu něco nestalo,*“ dodával.

Během těchto útržkovitých setkání se spiritualitou si vždy kladu otázku, zda a jak by bylo vhodné zařadit duchovní péči jako nabídku služeb komplexní neurorehabilitace. Během tvorby rehabilitačních plánů se totiž většina odborníků zaměřuje nejen na aktuální zdravotní stav, ale snaží se k člověku přistupovat holisticky. Je tomu tak proto, že v neurorehabilitaci je v posledních letech kladen velký důraz na zvyšování kvality života, jejíž důležitou součástí je i spirituální

dimenze člověka.⁴ V praxi je však tato oblast často opomíjena. Málokterý rehabilitační pracovník je totiž dostatečně obeznámen s tématy spirituality a religiozity a zřídka kdy je součástí multidisciplinárního týmu také duchovní. Profesně nejbliže k němu mívá psychoterapeut, obzvláště je-li formován ve směru, který se s duchovní péčí v mnohém prolíná, např. logoterapie či PCA přístup.⁵

1.2 Podpora v hledání nové životní orientace

Přístupy lidí po poškození mozku ke spirituální dimenzi života jsou velmi rozmanité, stejně jako jsou rozmanité příčiny i následky poškození. Každý člověk reaguje trochu na něco jiného, má své specifické mechanismy vyrovnávání se. Jak píše Sacks, mozek je dynamický, vrcholně účinný adaptivní systém, vybavený pro vývoj a změnu. Bez přestávky se přizpůsobuje potřebám organismu, zejména potřebě vytvářet spojitě „já“ a svět, ať je napaden jakýmkoli defektem či poruchou.⁶ Není proto všechno ztraceno, ale je potřeba najít úhel pohledu, který je pro člověka léčivý.

Nad tímto úhlem pohledu, který je pro člověka léčivý, se zamýšlí Moore. Ve složitých situacích spojených s hledáním nové životní orientace považuje za nejdůležitější pohled transcendentní. Právě duchovní hledisko poskytuje potřebnou sílu a imaginaci, jež umožní hledět daleko za horizont, který člověku vnucují okolnosti.⁷ I když bývá zvykem vnímat nemoc jako problém, který má být vyřešen, je to jedno z velkých tajemství života. Působí na „celého člověka“, ale také na jeho rodinu, život a svět. Vážné onemocnění vyžaduje tedy lékaře duše stejně jako lékaře těla.⁸ Halík píše, že v každém člověku je skryt obrovský potenciál regeneračních sil – v rovině tělesné, duševní i duchovní. Síly tohoto

⁴ Měřicí nástroje hodnotící kvalitu života korespondují dle Vaďurové a Mühlpachra s rozdělením čtyř základních oblastí, které rozeznává Světlová zdravotnická organizace (WHO). Tyto čtyři oblasti vystihují dimenze lidského života bez ohledu na věk, pohlaví, etnikum nebo postižení. Jsou jimi: 1. fyzické zdraví a úroveň samostatnosti, 2. psychické zdraví a duchovní stránka (kam spadá sebepojetí, sebehodnocení, myšlení, učení, paměť, koncentrace, víra, spiritualita, vyznání atp.), 3. sociální vztahy a 4. prostředí. In VAĐUROVÁ, MÜHLPACHR, Kvalita života, 18–19

⁵ Srov. MACEK, Cesty k lidem

⁶ SACKS, Antropoložka na Marsu, 14–15

⁷ MOORE, Temné noci duše, 131

⁸ MOORE, Temné noci duše, 291

potenciálu se začnou uvolňovat v případě laskavého a citlivého lidského vztahu mezi pečující osobou a nemocným člověkem. V rovině ryzího lidství.⁹

Abych mohla představit možnosti, které mohou ulehčit tento laskavý a citlivý vztah s člověkem po poškození mozku navázat, představím nejprve, co to ZPM vlastně je a jaké jsou jeho následky.

⁹ HALÍK, Sedm úvah, 39

2 Získané poškození mozku

Smyslem této kapitoly je stručné představení pojmu *získané poškození mozku* (dále ZPM) a přehled jeho nejčastějších typů. Autoři Lišková a kol. shrnují, že ZPM je pojem umělý, sloužící k vymezení jinak rozsáhlé a složité problematiky. Je zaměřen na poškození, se kterými se člověk nenarodil a jimž čelí většinou až v dospělém věku.¹⁰ Velký lékařský slovník pojem „získané poškození mozku“ neobsahuje, jeho autoři však definují každé slovo zvlášť, což může posloužit jako dobrý výchozí bod pro pochopení problematiky:

Získaný – označuje nemoci či poruchy, které nejsou vrozené a vzniknou až po narození. Opak: vrozený, někdy nepřesně jako opak k dědičný.

Poškození – narušení struktury určitého orgánu či jeho části v důsledku působení vnějších či vnitřních škodlivých faktorů. Může být provázeno zhoršením funkce (viz porucha).

Mozek – část centrálního nervového systému uložená v lebeční dutině, která ji ochraňuje před zraněním. Anatomicky se skládá z několika částí...¹¹

Z těchto tří slov je již možné tušit vymezení pojmu ZPM. Výstižná je definice Světové zdravotnické organizace¹², kterou uvádí na svém webu kanadská organizace Brain Injury Society: „*Poškození mozku, ke kterému došlo po narození a které nesouvisí s vrozeným nebo degenerativním onemocněním. Tato poškození mohou být dočasná nebo trvalá a způsobují částečné nebo funkční postižení nebo psychosociální nepřizpůsobivost. WHO (Ženeva 1996)*“¹³

Ciuffreda et al. popisují ZPM jako zastřešující termín, který zahrnuje traumatické poranění mozku nebo otřes mozku, cévní mozkovou příhodu, aneurysma, mozkový nádor nebo pooperační komplikace vedoucí k nedostatku či sníženému obsahu kyslíku ve tkáních a další.¹⁴

¹⁰ LIŠKOVÁ a kol., Neurorehabilitace, 9

¹¹ VOKURKA a kol., Velký lékařský slovník, 1107, 812, 651

¹² Původní zdroj WHO se mi nepodařilo dohledat, zmiňuji ale tuto definici proto, že ji v různých obměnách užívají zdravotnická zařízení i zařízení sociálních služeb, kteří s osobami se ZPM pracují. Např. Rehabilitační ústav Kladruby – www.rehabilitace.cz, Klinika rehabilitačního lékařství VFN a 1. LF UK – <https://www.vfn.cz/pacienti/kliniky-ustavy/klinika-rehabilitacniho-lekarstvi/>, Centrum neurorehabilitace pro osoby se získaným poškozením mozku – www.ergoaktiv.cz

¹³ Brain injury society [online], What is ABI?

¹⁴ CIUFFREDA et al., Acquired brain injury, 95

Pro účely této práce se budu držet nejjednoduššího členění ZPM na traumatické a netraumatické, které volí například nizozemské rehabilitační centrum Roessingh. Traumatické poranění mozku je zde představováno jako takové, které má vnější příčiny, například pád nebo dopravní nehodu. Netraumatické poškození mozku je naopak způsobeno vnitřním procesem, např. mrtvicí, infekcí nebo nádorem.¹⁵

Pro pochopení ZPM je dobré vědět, jak lidský mozek funguje. Položíme-li spolu s Powellem otázku: *Co vlastně mozek dělá?*, dá nám na ni jasnou a svéráznou odpověď: *Všechno!*¹⁶ Mozek řídí všechny životní funkce a spojuje je navzájem ve vysoce organizovaný a sladěný celek. Dle Wildové je tou nejsložitější a nejméně pochopenou strukturou, kterou lidstvo zná.¹⁷

Pro představu uvádí Powell názorný příklad jednoduché situace, kdy na ulici potkáme přítele, kterého jsme neviděli řadu let. Uvidíme ho, poznáme ho, vybavíme si jeho jméno, spojíme si toto jméno s jeho obličejem. Dojdeme k němu, budeme s ním mluvit a také naslouchat a rozumět tomu, co říká. Vybaví se nám osobní informace, podle kterých k němu budeme přistupovat. Setkání v nás vyvolá různorodé pocity, zapamatujeme si ho minimálně den anebo, pokud pro nás bylo významné, po zbytek života.¹⁸

Koukolík začíná své vyprávění o lidském mozku obdobnými příklady situací a jevů, které většina z nás považuje za samozřejmé. Zakončuje je otázkami, jež si dle jeho slov můžeme klást právě díky našemu mozku: *Kdo jsme? Odkud jsme přišli? Kam jdeme? Co máme a nemáme dělat? Jaký to všechno má smysl? Co se ale může stát, když do života vstoupí úraz nebo menší či větší cévní mozková příhoda, nádor? Tyto události leckdy způsobí, že řada procesů, které pokládáme za samozřejmé, přestanou fungovat. Člověk ani jeho svět už není takový jako předtím.*¹⁹

Powell shrnuje, že od osmdesátých let minulého století stoupl počet lidí s poškozením mozku tak dramaticky, že lze tato postižení označit za *tichou epidemii*.²⁰ Obdobně situaci komentují Vacková a kol., kteří tichou epidemii označují konkrétně cévní mozkovou příhodou.²¹ Powell popisuje i příčiny tohoto

¹⁵ Roessingh Rehabilitationszentrum [online], Erworbene Hirnschädigung

¹⁶ POWELL, Poškození mozku, 22

¹⁷ WILDOVÁ, Medicína.cz [online], Mozek na Jedničku

¹⁸ POWELL, Poškození mozku, 23

¹⁹ KOUKOLÍK, Mozek a jeho duše, 16–18

²⁰ POWELL, Poškození mozku, 21

²¹ VACKOVÁ a kol., Sociální práce, 165

jevu. Tou hlavní je fakt, že medicína činí obrovské pokroky, technologie i záchranné služby jsou stále kvalitnější, tudíž přežívá daleko více lidí než dříve. Příkladně se k odhadu, že do konce sedmdesátých let by 90 % pacientů s vážným poraněním mozku zemřelo, zatímco teď (publikováno v r. 2010) jich většina přežije. Další příčinou nárůstu ZPM je doba rychlosti a nebezpečí. Značně vzrostl počet aut na silnicích, zvýšila se rychlost života a lidé cestují nejrychleji, jak je to možné.²²

Jak již bylo uvedeno, pro získané poškození mozku se používá zkratka ZPM. V anglicky mluvícím prostředí se setkáváme se zkratkou ABI (acquired brain injury), v německy mluvícím prostředí EHS (erworbene Hirnschädigung). Pro traumatické poranění mozku, což je jedna z podkategorií ZPM, se i v českém prostředí většinou používá anglická zkratka TBI (traumatic brain injury), německá zkratka je SHT (Schädel-Hirn-Trauma). V této práci budu pracovat pouze se zkratkami ZPM, TBI a CMP, což je cévní mozková příhoda.

2.1 Traumatické poranění mozku

Nyní přejdu k první podkategorii ZPM, kterou je traumatické poranění mozku (TBI). Lišková a kol. definují TBI jako fyzická poškození mozkové tkáně. Jedná se o poranění způsobené vnějšími silami, jehož jednotlivé typy se liší mechanismem poranění, jeho vážností a okolností, zda vzniklo bezprostředně v souvislosti s úrazem, nebo jako opožděný následek daného úrazu.²³

WHO, stejně jako mnoho dalších autorů, rozlišuje dva typy TBI: otevřené a uzavřené. Otevřené je způsobeno vnějším činitelem, který rozbije lebku a pronikne do mozkové tkáně. Může to být kulka nebo jakýkoli ostrý předmět. Do tkáně mohou proniknout také kousky kostí, které se zlomí při pádu nebo úderu do lebky. Při uzavřeném poranění mozku k rozbití lebky nedochází, mozek je ale přesto poškozen. Vnitřní povrch lebeční kosti je totiž velmi drsný, proto když dojde k prudkému pohybu hlavy (např. při nárazu ve vysoké rychlosti), je tu pravděpodobnost, že se mozek pohmoždí. To může způsobit krvácení a otoky mozku, aniž by došlo k narušení lebky. Uzavřené poranění mozku leckdy způsobí závažnější problémy než otevřené.²⁴

²² POWELL, Poškození mozku, 21

²³ LIŠKOVÁ a kol., Neurorehabilitace, 11

²⁴ WHO, Rehabilitation for persons with TBI, 5–6

Někteří autoři volí také členění na poranění primární, které vzniká bezprostředně v souvislosti s traumatem (např. otřes, zhmoždění), a poranění sekundární, jak se označují další následky, které se objeví se zpožděním a které mohou stav ještě zhoršit (např. krvácení, hematom, otok).²⁵

Autoři Smrčka a kol. zmiňují (k roku 2013), že poranění mozku je jednou z hlavních příčin nemocnosti a úmrtnosti u nás i ve světě. Těžké poranění mozku dokonce představuje nejčastější příčinu úmrtí u lidí do 45 let, velká část přeživších pacientů žije s následky trvalého postižení.²⁶ WHO upozorňuje na fakt, že na rozdíl od některých jiných tělesných orgánů se mozek po poranění plně nevyléčí. Z tohoto důvodu jsou některé následky TBI trvalé.²⁷

Americké lékařské výzkumné a vzdělávací centrum Mayo Clinic publikuje přehledný popis nejčastějších příčin TBI. Na prvním místě to jsou dopravní nehody, obzvláště srážky s automobily, motocykly nebo jízdními koly, jejichž častými účastníky jsou chodci. Druhou nejčastější příčinou jsou pády, ať už z postele, žebříku, schodů či ve vaně. Následují sportovní poranění, obzvláště z vysoce náročných nebo extrémních sportů. Dalšími častými příčinami jsou střelná poranění, domácí násilí a další útoky. Výbuchy a jiná bojová zranění jsou častou příčinou TBI u vojenského personálu v aktivní službě. TBI také často souvisí s úrazy na pracovišti.²⁸ Jednu z významných rolí při vzniku poranění hraje alkohol.

Powell uvádí, že poranění mozku je obvykle doprovázeno stavy změněného vědomí, někdy také amnézie. Obojí může trvat minuty nebo hodiny, ale i celé týdny či měsíce. Poškození mozkové tkáně může mít negativní vliv na fyzické, psychické a emoční schopnosti a dovednosti.²⁹ Posttraumatické následky, které mohou ovlivnit schopnost uzdravení, vycházejí především ze závažnosti vlastního poranění a sekundárních komplikací.³⁰ Těmto následkům bude věnována následující kapitola.

²⁵ Např. NEUBAUEROVÁ a kol., Ucelená rehabilitace, 47; LIŠKOVÁ a kol., Neurorehabilitace, 11; POWELL, Poškození mozku, 31–32

²⁶ SMRČKA a kol., Neurologie v praxi [online], Kraniocerebrální poranění, 80

²⁷ WHO, Rehabilitation for persons with TBI, 6

²⁸ Mayo Clinic [online], Traumatic brain injury

²⁹ POWEL, Poškození mozku, 29

³⁰ LIŠKOVÁ a kol., Neurorehabilitace, 11

2.2 Netraumatické poškození mozku

Oproti poranění, která jsou způsobena vnějšími silami, existují poškození, která mají vnitřní příčinu. Dle americké Asociace pro poranění mozku jsou nejčastějšími příčinami cévní mozková příhoda, infekční onemocnění, meningitida, encefalitida, záchvat, elektrický šok, nádory, metabolické poruchy, otrava neurotoxickými látkami (např. oxidem uhelnatým či olovem), nedostatek kyslíku (např. tonutí či dušení), předávkování léky, aneurysma.³¹

Protože se tato práce ve svých následných částech zaměřuje především na osoby s TBI a po prodělané CMP, rozdělím tuto podkapitulu na pojednání o CMP a o ostatních příčinách netraumatického poškození mozku se zmíním pouze okrajově.

2.1.1 Cévní mozková příhoda

Cévní mozková příhoda (CMP), lidově mrtvice, odborně iktus, by se dala dle Štefánka definovat jako náhle vzniklá porucha funkce mozku, která je způsobena poškozením mozkových buněk.³² Feigin ji vymezuje jako akutní cévní poškození mozku, což znamená náhle vzniklé závažné postižení mozkových krevních cév. „*Toto poškození může být způsobeno ucpáním cévy krevní sraženinou, zúžením krevních cév, kombinací obou jevů – blokády i zúžení, anebo prasknutím cévy. Všechny tyto příčiny vedou k nedostatečnému krevnímu zásobení. V závislosti na místě a velikosti poškození se mozková mrtvice může anebo nemusí projevit klinickými příznaky (bezpříznaková mrtvice se nazývá tichý, němý iktus).*“³³

CMP bývají obvykle členěny na ischemické a hemoragické, jak uvádí například Krámská nebo Lišková. 80 % všech CMP zaujímají ischemie. Jedná se o poruchy prokrvení části nebo celého mozku. To se projevuje nejčastěji lokálně u dílčí mozkové oblasti. V cévě může dojít k ucpání krevní sraženinou anebo částicí jiného rázu, méně častou příčinou bývá i nedostatečně okysličené celé tělo, tedy i mozek. U hemoragických CMP se jedná o krvácení do mozkové tkáně, které vzniká jako důsledek roztržení cévní stěny. Příčin prasknutí může

³¹ Brain injury association [online], Brain Injury Overview

³² ŠTEFÁNEK, Medicína, nemoci, studium na 1. LF UK [online], Mozková mrtvice

³³ FEIGIN, Cévní mozková příhoda, 39

být vícero, časté je např. aneurysma.³⁴ Národní zdravotnický informační portál definuje aneurysma (výdut') jako lokální vyboulení cévy, které vzniká v důsledku oslabení nebo poškození cévní stěny. To se může objevit kdekoli v těle, ale cévy v mozku jsou postiženy obzvlášť často.³⁵

Mozkové příhody lze dále dělit dle mnoha dalších kritérií (lokalizace, průběh a další). Pro účely této práce jsou podstatné hlavně její následky, které jsou závislé na její vážnosti a které úzce souvisejí s místem, kde byl mozek poškozen. Masivněji působící příčiny mají následky, které Neubauer označuje za katastrofální. Jedná se o těžké poruchy hybnosti končetin a těla a ztrátu schopnosti komunikace řečí.³⁶

Rizikové faktory, vedoucí ke vzniku CMP, rozděluje Dufek na ovlivnitelné a neovlivnitelné. Mezi ovlivnitelné řadí onemocnění, která lze léčit, což jsou hypertenze (dlouhodobě vysoká hodnota krevního tlaku), onemocnění srdce, diabetes mellitus (cukrovka 2. typu), hyperlipoproteinémie (porucha metabolismu tuků), ateroskleróza (kornatění tepen, ukládání cholesterolu v cévních stěnách), kouření a další (např. migréna, užívání hormonální antikoncepce, obezita, nedostatek pohybu, zneužívání drog, nemoci spánku). Pod neovlivnitelné faktory řadí věk (pravděpodobnost CMP s věkem roste), pohlaví (v nižších věkových skupinách je výskyt CMP vyšší u mužů) a genetickou zátěž.³⁷

Celonárodní registr pacientů s cévní mozkovou příhodou informuje o tom, že cévní mozkové příhody jsou celosvětově i v České republice jednou z nejčastějších příčin úmrtí a trvalé invalidizace:

„V ČR je incidence onemocnění přibližně 300 případů na 100 000 obyvatel, přičemž mortalita je až dvojnásobná proti evropskému průměru, zejména u mužů mezi 40–65 lety. Do jednoho roku po iktu umírá přibližně 40 % pacientů. Česká republika tak patří k zemím s nejvyšší mortalitou a morbiditou u nemocných s cévní mozkovou příhodou a problém je o to významnější, že současné epidemiologické studie v evropských zemích i USA prokazují stoupající trend morbidit této nemoci ve střední a mladší věkové kategorii.“³⁸

³⁴ KRÁMSKÁ, Neuropsychologie CMP, 280–284; LIŠKOVÁ a kol., Neurorehabilitace, 14–16

³⁵ Národní zdravotnický informační portál [online], Mozkové aneurysma

³⁶ In: NEUBAUEROVÁ a kol., Ucelená rehabilitace, 45

³⁷ DUFEK, Cévní mozkové příhody, 8–10

³⁸ IKTA.CZ [online], Celonárodní registr pacientů s CMP

2.1.2 Ostatní typy poškození mozku

Další netraumatická poškození mozku, která nevznikla působením vnější síly, jsou především nádory na mozku, zánětlivá onemocnění mozku a epilepsie.

Lišková a kol. uvádějí, že nádory mozku mohou pocházet přímo z nervové tkáně, anebo se zde vyskytují metastázy nádorů jiných orgánů. Klasické je dělení na benigní (nezhoubné) a maligní (zhoubné) nádory. V obou případech však záleží také na lokalizaci v mozku (a možnosti operativního odstranění) či velikosti nádoru (a vážnosti utlačování zdravé tkáně).³⁹

V případě zánětlivých onemocnění mozku se jedná o infekce, které jsou nejčastěji způsobeny bakteriemi, viry nebo plísněmi. Infekce, jako je například meningitida nebo encefalitida, může vyvolat zánět mozku, způsobit jeho otok, který tlačí na lebku a vede tak k poškození mozku. Powell zmiňuje, že této infekci se též říká mozková chřipka.⁴⁰

V poslední době se lze setkat také s poškozením mozku po onemocnění covid-19. Horáček mluví o tom, že tento virus napadá mimo jiné také mozek, hlavně cévy mozku, na nichž jsou receptory, na které se váže. Může tedy nastat přímé organické poškození mozku, z něhož se naštěstí, pomocí symptomatické léčby, většina pacientů dostane. Nejtypičtějšími následky, které mohou přetrvávat několik týdnů, jsou tzv. Brain Fog neboli mozková mlha a subdepresivní příznaky spojené s únavou.⁴¹

Vzhledem k definici ZPM do této kategorie nespádají neurodegenerativní onemocnění jako například Alzheimerova nebo Parkinsonova nemoc. Většina autorů sem neřadí ani roztroušenou sklerózu, autoimunitní onemocnění centrálního nervového systému.

³⁹ LIŠKOVÁ a kol., Neurorehabilitace, 18

⁴⁰ POWELL, Poškození mozku, 41

⁴¹ HORÁČEK, STRAKATÝ, Prostor X [online], Profesor Horáček o smrti a vědomí

3 Nejčastější následky ZPM

Závažnost v první kapitole vymezených onemocnění je dána především jejich následky. V této kapitole se proto zaměřím na stručný popis toho, jak poškození určitých funkcí zasáhne nejen do tělesné, ale i psychosociální a spirituální roviny člověka.

Lišková a kol. upozorňují na častý fakt, že mnohá, především psychická omezení nejsou na první pohled znatelná a člověk se potýká s tím, že jej okolí považuje za schopného zvládat to, co zvládat nemůže.⁴² Z těchto neznatelných problémů bývají lidé se ZPM často frustrovanější než z těch na první pohled patrných. To lze vyčíst z některých zkušeností sepsaných členy podpůrné skupiny Přístav, kteří prodělali poškození mozku:

Philomena (po TBI): „Zdalo se mi, že všichni odmítají přijmout, že nejsem docela v pořádku. ... Často se jedná o ‚neviditelný‘ problém. Proto je potřebná rozsáhlejší edukace zdravotnických pracovníků i laické populace. Všichni by měli vědět, že například člověk, který před nimi stojí v supermarketu nebo v autobuse, mohl prodělat trauma hlavy a jeho zotavení trvá delší čas, než se očekávalo. To, že se člověk zdá být na první pohled zdravý, nemusí vždy znamenat, že se tak ve skutečnosti i cítí.“

Kathy (po mozkovém nádoru): „Přeji si, aby tu byl někdo, kdo by pochopil, že jednoduše nedokážu zvládat ty každodenní všudypřítomné strasti. Vím, že už nejsem nemocná, ale stoprocentně fit také ne. Kéž by to slyšeli ti, kdo pořád jen chválí, jak dobře vypadám.“⁴³

3.1 Fyzické a smyslové funkce

Přestože svaly a smyslové orgány nejsou úrazem či příhodou většinou postiženy, člověk vlivem poškození řídicích funkcí mozku není schopen uskutečnit pohyb, zvládnout koordinaci pohybů, vidět nebo slyšet jako dříve. Tělesné i smyslové deficity jsou zaviněny poškozením mozkové tkáně. Statistiky říkají, že část lidí může v prvním roce svá fyzická omezení zmírnit, ale mnohé méně viditelné obtíže mohou přetrvávat dlouhodobě.⁴⁴

⁴² LIŠKOVÁ a kol., Neurorehabilitace, 28

⁴³ Headway [online], Moje nové já, 12, 15

⁴⁴ Cerebrum [online], Poškození mozku, LIŠKOVÁ a kol., Neurorehabilitace, 33, POWELL, Poškození mozku, 59

3.1.1 Pohybová omezení

Mezi pohybová omezení patří především poruchy rovnováhy a závratě, problémy s prováděním pohybu a poruchy svalového tonu a koordinace.⁴⁵ Druhá přibližuje důležitost pohybu. Přestože jeho cílem je přemístění v prostoru, má také funkce komunikační (řeč, grimasování), je nezastupitelný při vyjádření emočních stavů (smích, pláč) a rovněž má funkci estetickou (např. tanec, gymnastika). Pohyb patří mezi základní projevy živého organismu. Neschopnost ho provést má důsledky, které se projevují nejen v pohybovém systému, ale i na mnoha dalších úrovních.⁴⁶

U poruch pohybu se nejčastěji objevují odborné termíny, jako je **paréza** (obrna, částečná neschopnost aktivního volního pohybu) – většinou se jedná o jednu stranu těla (hemiparéza), **plegie** (ochrnutí, úplná neschopnost aktivního volního pohybu) – opět jde často o hemiplegii, **apraxie** (neschopnost vykonávat složitější a účelné pohyby – odemknout dveře, obléci se apod.; vlastní hybnost končetiny přitom není porušena), **spasticita** (zvýšené napětí svalů ve vnitřních orgánech a zejm. svalů kosterních), **ataxie** (porucha hybnosti způsobená onemocněním nervového systému, např. mozečku, projevuje se nesouměrností pohybů a jejich špatnou koordinací).⁴⁷

Poslední zmíněná mozečková symptomatika je dobře popsána Powellem. Pohyby takového člověka jsou často rázné a nešikovné. Je pro něj obtížné stát, jít rovně a držet rovnováhu, například nést šálek s čajem, aniž by ho rozlil.⁴⁸ Lidé s těmito neobvyklými pohyby občas vyjadřují své obavy nad tím, že je okolí může považovat za opilé nebo pod vlivem drog.

Powell s Koukolíkem také uvádějí příklady narušení praxe, schopnosti vykonat složité naučené pohyby. Člověk například nedokáže zvednout knížku, přestože má svaly v pořádku ani si neporanil ruce nebo nohy. Nedokáže vykonat pohyb ani na základě slovní instrukce anebo ho napodobit. Apraxie proto obzvláště zkomplikuje život řemeslníkům a umělcům. Často se také stává, že příbuzní nebo pečovatelé těmto druhům obtíží nerozumějí a můžou si takové chování mylně vykládat jako nedostatek spolupráce.⁴⁹

⁴⁵ LIŠKOVÁ a kol., Neurorehabilitace, 33

⁴⁶ DRUGA, Teorie motoriky, 37

⁴⁷ Vysvětlivky v závorkách jsou převzaty z Velkého lékařského slovníku (VOKURKA a kol.)

⁴⁸ POWELL, Poškození mozku, 60

⁴⁹ KOUKOLÍK, Mozek a jeho duše, 174–175; POWELL, Poškození mozku, 59, 62

3.1.2 Smyslové poruchy a ostatní omezení

Jak uvádějí Lišková a kol., vedle pohybových omezení se objevují obtíže jako zvýšená únava, bolesti hlavy, poruchy spánku, tinnitus (ušní šelest) a další smyslová omezení nebo epilepsie. Většina z nich představuje právě ty pro okolí neviditelné problémy, které bývají pro lidi se ZPM velmi psychicky náročné. Objevují se i sexuální dysfunkce a jiné hormonální poruchy, problémy s polykáním, zvýšená vnímavost těla k podnětům, přecitlivělost na zvuky či světlo.⁵⁰

Pokud jde o poruchy smyslového vnímání, princip je obdobný jako u pohybu. Smyslové orgány (tj. oči, uši, nos, jazyk a kůže) nemusejí být vůbec poškozeny, je však narušena oblast v mozku, kde se zpracovávají informace o smyslových vjemech.⁵¹ Může se tedy objevit špatné posuzování vzdáleností a narážení do předmětů, problematická orientace v prostoru, rozmazané nebo dvojitě vidění, poruchy sluchu, špatná termoregulace, neschopnost rozlišit různé chutě, vůně, pachy apod.⁵²

Zajímavým fenoménem je tzv. *neglect syndrom*, syndrom opomíjení. Koukolík tento jev vysvětluje tak, že člověk není schopen podat zprávu o předmětech umístěných do prostoru, ze kterého postižená hemisféra snímá podněty.⁵³ Opomíjí tedy podněty z prostoru protilehlého vůči místu poškození v mozku. Takoví lidé např. snědí porci jen z poloviny talíře a následně si stěžují, že mají hlad, namalují obraz jen na polovinu plátna apod.

Sacks tento syndrom přibližuje na případu pacientky, která na svém podnosu často postrádala moučník nebo kávu a vytýkala to ošetřovatelkám. Když ji upozornily, že to, co chce, má přece tady, na levé straně tácu, zdálo se, že jim nerozumí. Sestry jí musely natočit hlavu tak, aby se káva dostala do pravé poloviny jejího zorného pole. Význam pojmu nalevo nechápala ani ve vztahu k vlastnímu tělu. Např. si líčila jen pravou polovinu obličeje a upravovala pravou polovinu těla. Když uviděla i levou část své tváře pomocí kamery a obrazovky, byl to pro ni děsivý zážitek a naléhala, ať je videosystém dán okamžitě pryč. Sacks to objasňuje tím, že je-li ztráta vnímání jednou polovinou a jedné poloviny

⁵⁰ LIŠKOVÁ a kol., Neurorehabilitace, 33

⁵¹ POWELL, Poškození mozku, 63

⁵² LIŠKOVÁ a kol., Neurorehabilitace, 36

⁵³ KOUKOLÍK, Mozek a jeho duše, 200

těla úplná, člověk se chová tak, jako by polovina světa přestala existovat. Nic se na ní neděje, ani se tam nic dít nemůže.⁵⁴

3.2 Kognitivní funkce

Kognitivní neboli poznávací funkce patří mezi základní funkce mozku. Klucká a Volfová uvádějí, že pokud jsou narušeny, člověk tím ztrácí i kus svého svébytného já. Může se pak cítit méněcenný, nejistý, obávat se selhání. Běžné denní fungování se pro něj stává obtížným, někdy až nemožným.⁵⁵

Válková definuje kognitivní funkce jako všechny myšlenkové procesy, které člověku umožňují rozpoznávat, pamatovat si, učit se a přizpůsobovat se neustále se měnícím podmínkám prostředí. Zařazuje sem paměť, koncentraci, pozornost, rychlost myšlení, porozumění informacím a exekutivní funkce (plánování, organizování apod.).⁵⁶

Australský server Queensland Health shrnuje, co mohou změny po poškození mozku v oblasti kognice způsobit. Jedná se o potíže se samostatným životem v domácnosti (péče o ni, sestavování rozpočtu apod.), omezení schopnosti účastnit se každodenních činností (volnočasových aktivit, práce, studia), potíže se životem ve společnosti (řízení, cestování městskou hromadnou dopravou, nakupování, nakládání s penězi). Změny mají vliv na vztahy s rodinou a přáteli, člověk je omezen v navazování nových vztahů, mohou vést k sociální izolaci a osamělosti a také ke stresu pečujících osob. Nositelé změn kognitivních funkcí mohou rovněž trpět úzkostmi nebo depresemi.⁵⁷

3.2.1 Pozornost

Poškození mozku často přináší poruchy pozornosti. Ty se dle Powella znatelně projevují především tehdy, když je člověk unavený. Nejčastěji se jedná o sníženou schopnost, nebo dokonce neschopnost pozornost zaměřit a udržet ji, rozptýlenost okolními vjemy anebo neschopnost soustředit se na více věcí najednou.⁵⁸ Brannaganová a Malia upozorňují na fakt, že pozornost je základem

⁵⁴ SACKS, Muž, který, 86–88

⁵⁵ KLUCKÁ, VOLFOVÁ, Kognitivní trénink, 13

⁵⁶ VÁLKOVÁ, Rehabilitace, 23

⁵⁷ Queensland Health [online], Cognition or Thinking Skills after ABI

⁵⁸ POWELL, Poškození mozku, 78–81

ostatních kognitivních funkcí. Pokud má člověk po ZPM problémy s pozorností, nemůže z okolního světa získávat úplné nebo přesné informace. Důsledkem toho je neschopnost těmto informacím porozumět nebo si je zapamatovat. Pozornost lze však dobře trénovat za pomoci vhodných cvičení, k nimž je zapotřebí vytrvalosti, úsilí a zpětné vazby.⁵⁹

3.2.2 Paměť

S funkcí mozku je provázána paměť. Dle Horta a Rusiny dokonce natolik, že poškození mozku, ať je jakékoliv, nutně ovlivní i paměť. Jak autoři uvádějí, paměť člověka provází „od nepaměti“ a vzpomínky na to, co prožil, jsou základem jeho identity. Umožňují mu rozumět světu kolem něj a vnímat život, který žije, jako „jeho život“.⁶⁰

Fungování paměti je založeno na schopnostech mozku ukládat, uchovávat a vybavovat informace. Porucha paměti může být způsobena postižením jedné nebo několika z těchto schopností. Podle druhu paměti se může vztahovat k vědomému vybavování uložených informací osobního rázu (vzpomínky na prožité události, zážitky apod.), faktických informací (zeměpisné znalosti, matematické rovnice apod.), případně jsou jejím obsahem motorické dovednosti (např. jízda na kole, tanec), kde vybavování naopak vědomé není. Postižena může být také buď bezprostřední, krátkodobá, anebo dlouhodobá paměť.⁶¹

U ZPM se nezdá, že objevuje také amnézie, úplná ztráta paměti. Člověk může ztratit vzpomínky na události, které se staly předtím, než k poškození mozku došlo, nebo si nepamatuje události, které se staly bezprostředně po něm. Neschopnost vybavit si tyto okamžiky může být příčinou mnoha problémů. Lidem pak připadá, že se ve skutečnosti nic nestalo, příhodu znají jen z vyprávění, emočně se jich nedotýká. Paměť jako taková se zpravidla sama nespraví, je ale možné naučit se strategie, které využívají jiný funkční typ paměti jako kompenzaci.⁶²

⁵⁹ BRANNAGAN, MALIA, Jak provádět trénink, 208, 213–214

⁶⁰ HORT, RUSINA, Paměť a její poruchy, 17–19

⁶¹ Tamtéž 130–131

⁶² LIŠKOVÁ a kol., Neurorehabilitace, 46, POWELL, Poškození mozku, 73–75

3.2.3 Exekutivní funkce

Při poškození mozku bývají narušeny také exekutivní (neboli řídicí, výkonnostní) funkce. Powell je stručně charakterizuje jako souhrn dovedností, které jsou typické pro dobrého vedoucího pracovníka, jako je administrativní vedoucí v organizaci, generál v armádě nebo dirigent v orchestru.⁶³ Brannaganová a Malia je považují za nejdůležitější funkci mozku a přirovnávají je k cementu, který pojí cihly. Zatímco většina kognitivních funkcí souvisí s tím, co člověk dělá, exekutivní schopnosti se vztahují ke způsobu, jakým to dělá.⁶⁴

Koukolík sem řadí schopnost tvořit a uskutečňovat plány, tvořit analogie, respektovat pravidla sociálního chování, adaptovat se na nečekané proměny okolností, vykonávat více činností současně, umisťovat jednotlivé události v čase a prostoru, ukládat, zpracovávat a vyvolávat informace z pracovní paměti.⁶⁵

Dle Powella právě exekutivní funkce oddělují na evoluční stupnici člověka od zvířat. Lidé s poruchou exekutivních funkcí mohou sice dobře splnit přímočarý a konkrétní úkol s jasným řešením, mají však velké obtíže v nestrukturovaných situacích, které si žádají plánování, organizování, iniciativu.⁶⁶ Bez těchto řídicích funkcí není člověk např. schopen dojít si nakoupit, uvařit večeři nebo vyřešit problémovou situaci ve vztahu. Příkladem může být žena, která stojí v kuchyni a ví, že musí uklidit a uvařit pro děti, ale netuší, kde a jak má začít. Přechází od jedné věci ke druhé, nemá hotové jídlo, už ale začíná uklízet stůl. Ku pomoci jí přichází trpělivý manžel, který jí dává úkoly postupně. Díky němu zvládne přípravu dokončit, ale i tak za mnohem delší dobu než by to zvládla před poškozením mozku.⁶⁷

3.3 Řeč a komunikace

Jak uvádí Cerebrum, jakýkoliv patologický proces, který proběhne v mozku člověka, může vyvolat poruchu řeči. A to i tehdy, nejsou-li zasažena přímo centra řeči. V takovém případě je zasažena specificky lidská schopnost, kterou

⁶³ POWELL, Poškození mozku, 82

⁶⁴ BRANNAGAN, MALIA, Jak provádět trénink, 345

⁶⁵ KOUKOLÍK, Mozek a jeho duše, 248

⁶⁶ POWELL, Poškození mozku, 82–83

⁶⁷ LIŠKOVÁ a kol., Neurorehabilitace, 48

se člověk jako druh odlišuje od ostatních živočichů.⁶⁸ Nejvíce problematickými poruchami řeči jsou afázie a dysartrie.

3.3.1 Afázie

Klírová definuje afázii jako získanou poruchu řeči u dospělých osob následkem poškození mozku. Tato porucha je individuální a má různý rozsah a šíři poškození.⁶⁹ Vitásková a Mlčáková konkretizují, že se může projevat rozmanitými obtížemi v oblasti porozumění, čtení, řečové produkce a psaní.⁷⁰ Nejčastěji je narušena schopnost porozumět tomu, co druhý říká, nebo schopnost vyjadřovat se, správně formulovat slova či věty.⁷¹

V případě narušené schopnosti vyjádření se jedná o expresivní afázii, u neporozumění druhým o afázii receptivní. Častou obtíží při expresivní afázii jsou problémy s vybavováním slov. Člověk slovo zná, ale nemůže si na něj vzpomenout. Někdy nalezne podobné slovo nebo přiblíží to, které hledá.⁷² Příkladem může být snaha říct „ukřížovaný“, ale místo toho řekne „ukřížený“, anebo namísto „punčochy“ řekne „čopuchy“. Také může hledat slovo významově blízké. Např. namísto „nabíječka k laptopu“ použije „takový ten přímotop k tomuhle“.

Sacks upozorňuje, že většina osob s afázií rozumí tomu, co se jim říká, přestože jim afázie znemožňuje rozumět slovům. Tito lidé pochopí a vyrozumějí téměř všechno, jsou-li osloveni přirozeně. Proto, chce-li odborník bezpečně rozpoznat afázii, musí mluvit a chovat se nepřirozeně. Hlas musí být plochý, bez intonace a zdůrazňování. Zároveň je potřeba vzdát se vizuální složky komunikace – žádný výraz, mimika ani gesta. Člověk s afázií totiž neporozumí sdělení předčítanému počítačovým hlasem, porozumí však sdělení člověka, jehož řeč vyjadřuje jeho skutečné mínění. Tito lidé dle Sackse neomylně poznají, co je autentické a co je předstírané.⁷³

⁶⁸ Cerebrum [online], Poškození mozku

⁶⁹ KLÍROVÁ, Neumím to říct, 5

⁷⁰ VITÁSKOVÁ, MLČÁKOVÁ, Základní vstup, 8

⁷¹ Cerebrum [online], Poškození mozku

⁷² POWELL, Poškození mozku, 89

⁷³ SACKS, Muž, který, 89–93

3.3.2 Dysartrie

U dysartrie je jedná o narušení artikulace. Symptomy afázie a dysartrie mohou být na první dojem lehce zaměnitelné. Vitásková a Mlčáková vysvětlují, že přestože obě poruchy výrazně narušují výslednou srozumitelnost řeči, svou etiologií a symptomatologií se odlišují. Dysartrie postihuje motorickou složku produkce mluvené řeči.⁷⁴ Člověk ví, co chce říct, ale je mu špatně rozumět.

Powell shrnuje doporučení ohledně přístupu k lidem s poruchou řeči. To, že někdo není schopen řeč používat, ještě neznamená, že jí nerozumí. Tyto dvě dovednosti jsou od sebe oddělené, každá sídlí v jiné části mozku. Také platí, že pokud někdo není schopen řeč tvořit, nutně to neznamená, že je méně inteligentní. Z toho vyplývá, že je velmi nevhodné mluvit v přítomnosti lidí s poškozením mozku, jako kdyby tam nebyli nebo byli hloupi.⁷⁵

3.4 Emoce a chování

Dle Powella nastane u každého, kdo utrpěl poškození mozku, nějaká emoční změna nebo změna v chování. Je to nevyhnutelné, jelikož mozek je sídlem a řídicím centrem chování i všech emocí.⁷⁶ Nejnáročnější bývají změny osobnosti, které dopadají na vztahy s ostatními lidmi. Preiss uvádí nejčastěji popisované změny po poškození mozku. Jsou to nárůst podrážděnosti, frustrace, agresivity, egocentricity, impulzivity, oslabení úsudku a vhledu, problematické vyjadřování emocí.⁷⁷

3.4.1 Organická porucha osobnosti

V souvislosti se ZPM je možné se setkat s termínem organická porucha osobnosti. Dle Jiráka o ní mluvíme v případě, že organické faktory hrají hlavní roli v dlouhodobé změně osobnosti. Tato změna se týká především emotivity, impulzů a potřeb. Mezi příznaky organické poruchy osobnosti patří úbytek sociální obratnosti a přizpůsobivosti, ztráta sebekontroly a sebeovládání,

⁷⁴ VITÁSKOVÁ, MLČÁKOVÁ, Základní vstup, 63

⁷⁵ POWELL, Poškození mozku, 91

⁷⁶ POWELL, Poškození mozku, 93

⁷⁷ PREISS, Změny osobnosti, 240

porucha soudnosti, snížení až ztráta náhledu na společenskou nevhodnost vlastního chování, emoční labilita, neadekvátní projevy vzteku, jindy naopak apatie apod. Mohou se objevit sklony k pseudofilozofování nebo paranoidita.⁷⁸

Tyto symptomy samozřejmě nemusejí rovnou znamenat poruchu osobnosti. Mohou se objevit jen přechodně a nenabývat takové intenzity. Palmerovi vysvětlují, že lidé po poškození mozku často jen obtížně regulují své emoce. Někdy u nich může docházet k nečekaným výbuchům hněvu či veselí a jindy zase ke zdánlivé absenci citové reakce. Vnější projevy emocí, jako je např. pláč, nemusejí odrážet skutečný prožitek smutku nebo zoufalství, ale mohou být důsledkem jakéhokoli emocionálního vypětí. V tomto případě se jedná o citovou labilitu.⁷⁹

3.4.2 Deprese

Dalším častým a zároveň závažným problémem u lidí se ZPM jsou deprese. Křivohlavý přibližuje, že člověk v depresi se cítí se opuštěný, smutný, vyčerpaný a unavený. Zdá se mu, že mu lidé kolem nerozumějí. A druzí lidé se zase na něho dívají jako na člověka lhostejného, netečného, nespolečenského a nemluvného. Nenalézá u nich porozumění, a tím se dostává ještě do většího osamění.⁸⁰ Powell objasňuje, že deprese na člověka se ZPM obvykle dolehne, když si začne plně uvědomovat rozsah všech ztrát. To se často stává, když je ukončena formální léčba a rehabilitace a on se vrací domů. Tehdy přichází poznání, že život už nebude jako dřív.⁸¹

3.4.3 Posttraumatické následky

V případě TBI se mohou u člověka rozvinout také posttraumatické následky. Australská terénní služba pro osoby se ZPM upozorňuje na fakt, že obvyklou reakcí na traumatické události, které se vymykají běžným lidským zkušenostem, bývá intenzivní strach, bezmoc a hrůza. Mohou se objevit noční můry a vzpomínky na událost, fyzické příznaky rozrušení, pocity nervozity a podrážděnosti atp. Některé z těchto příznaků se vyskytují i v důsledku TBI. Je běžné, že řada z nich se objeví bezprostředně po traumatu, ale v následujících

⁷⁸ JIRÁK, Organické poruchy osobnosti, 27–28

⁷⁹ PALMER, PALMER, Soužití s partnerem po mrtvici, 31

⁸⁰ KŘIVOHLAVÝ, Jak zvládat depresi, 10

⁸¹ POWELL, Poškození mozku, 114–115

dnech a týdnech pak vymizí. Posttraumatické následky se nejčastěji vyskytují po lehkých poraněních mozku, kdy jsou zachovány vzpomínky na okolnosti úrazu. U některých lidí se objevuje strach z okolností podobných těm, za kterých k úrazu došlo. U menšího počtu lidí se objevují znepokojivé vzpomínky na počáteční fáze jejich zotavování.⁸²

3.4.4 Vliv okolního prostředí

Vedle poškození konkrétních částí mozku, které regulují emoce, motivaci a schopnost sebeovládání, mohou být dle Powella důsledkem přímého nervového poškození také zvýrazněny některé osobnostní rysy. Pokud člověk před ZPM býval neklidný nebo měl sklon k pití alkoholu, mohou se tyto tendence zvýraznit. Velkou roli hraje také již zmíněný stres spojený s adaptací na ZPM. Posledním důležitým faktorem, který ovlivňuje emoce a chování lidí se ZPM, je prostředí, v němž člověk žije. To zahrnuje jak rodinu, přátele, odborný personál, tak i to, kde je člověk umístěn, od pokoje v nemocnici až po domácí prostředí.⁸³ Těmto vlivům bude věnována následující kapitola.

⁸² ABIOS [online], Post Traumatic Stress Disorder in ABI

⁸³ POWELL, Poškození mozku, 93–96

4 Život se ZPM

Veškeré výše zmíněné následky ovlivní osobní, rodinný, pracovní i společenský život člověka se ZPM. Jak již bylo zmíněno, změny zasahující do sociální interakce s okolím bývají ve srovnání s fyzickými a psychickými následky často tím nejnáročnějším. Dotyčný i jeho rodina musejí projít mnoha obtížnými fázemi od počátečního šoku ze zprávy o úrazu až po konečné smíření se s tím, že věci mohou být nyní úplně jiné než dříve.

Tato kapitola je zaměřena na fungování člověka se ZPM po ukončení akutní léčby a počátečních fází rehabilitace. Je zde shrnuto, čím prochází v systému péče a návazných služeb a jaké jsou jeho potřeby a svízele na cestě.

4.1 Léčba a rehabilitace

Po ukončení akutní lékařské péče na ARO či JIP, kdy byl člověk se ZPM stabilizován, začíná dlouhá cesta rehabilitace. Palmerovi ji přibližují jako proces, který urychluje zotavování, brání komplikacím a pomáhá, aby člověk získal zpět co nejvíc ztracených schopností. Čím dříve se s rehabilitací začne, tím větší je šance na plné zotavení. Mozek se dokáže přizpůsobit poškození tím, že změní svoji strukturu a fungování procesem zvaným plasticita mozku (někdy také neuroplasticita).⁸⁴

„Neuroplasticitu je možné definovat jako specifickou schopnost nervového systému zákonitě se vyvíjet, přizpůsobovat se změnám vnitřního a zevního prostředí, a to za fyziologických i patologických situací, ve snaze udržet vysokou aktivní funkčnost celého systému. Neuroplasticita je chápána jako celoživotní potenciál mozku přizpůsobit se v rámci genetických predispozic strukturálně i funkčně novým podnětům, reorganizovat neuronové cesty pod vlivem nových či opakovaných zkušeností a měnit se v odpověď na poškození.“⁸⁵

Zjednodušeně lze říci, že je-li jedna oblast mozku poškozena, jiné části někdy dokážou převzít její funkce. Úlohou včasné rehabilitace je tedy podporovat spontánní regeneraci a využít mozkovou plasticitu.⁸⁶ V případě osob se ZPM se

⁸⁴ PALMER, PALMER, Soužití s partnerem po mrtvici, 35

⁸⁵ BENEŠOVÁ a kol., Neuroplasticita, 56

⁸⁶ LIPPERTOVÁ-GRÜNEROVÁ, Neurorehabilitace, 15

mluví o neurorehabilitaci. Švestková ji definuje jako interprofesionální, individuálně zaměřenou rehabilitaci pacientů s neurologickým onemocněním.⁸⁷

Ucelená neurorehabilitace zahrnuje, obdobně jako ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením, čtyři základní, prolínající se složky: léčebnou, pracovní, sociální a pedagogickou. Dle Bruthansové a Jeřábkové ucelená (nebo také koordinovaná, komplexní) rehabilitace představuje vzájemně provázaný proces, jehož hlavním cílem je co nejvíce minimalizovat důsledky postižení jedince. Výsledkem rehabilitace by měl být jeho návrat a znovuzачlenění do jeho přirozeného sociálního prostředí.⁸⁸ Léčebná složka je považována za směrodatnou pro úspěšnost složek dalších, které na ni navazují.⁸⁹ V nich jde hlavně o dosažení co nejvyšší kvality života a soběstačnosti.

Kvalita života dle autorů publikace o neurorehabilitaci závisí zejména na rychlém zahájení rehabilitačního procesu. Jeho principy jsou: celistvost (neorientuje se jen na funkční deficity, ale musí vždy obsáhnout celou osobnost a životní situaci člověka se ZPM), včasnost a dlouhodobost (musí začít co nejdříve, již v akutní fázi hospitalizace, a trvat, dokud je potřeba), týmová práce, interdisciplinarita a multidisciplinarita (je nutno vytvořit vysoce specializované, komplexní terapeutické koncepty) a přijetí občanů se zdravotním postižením společností (dlouhodobý úspěch závisí na tom, podaří-li se zabránit sociální izolaci občanů se zdravotním postižením).⁹⁰

V České republice se diskutuje o čtyřfázovém modelu neurorehabilitace. Je to navrhovaný model, který je založen na respektování základních předpokladů úspěšné rehabilitace osob s výraznou disabilitou, jak je ukazují zahraniční modely. Maršálek a Janečková shrnují jeho čtyři fáze následovně:

1. Fáze rehabilitace akutní – fáze rehabilitace na lůžkách příslušné nemocnice akutní péče;
2. Fáze rehabilitace včasné – fáze rehabilitace v rehabilitačních centrech v krajích;
3. Fáze rehabilitace regionální – fáze rehabilitace v rehabilitačních stacionářích v regionech;
4. Fáze rehabilitace komunitní – fáze dlouhodobé a udržovací rehabilitace v komunitě.⁹¹

⁸⁷ ŠVESTKOVÁ, Neurologie v praxi [online], 136

⁸⁸ BRUTHANSOVÁ, JEŘÁBKOVÁ, Koordinovaná rehabilitace, 15

⁸⁹ MPSV, Základní východiska, 15

⁹⁰ LIPPERTOVÁ-GRÜNEROVÁ, Neurorehabilitace, 23–24

⁹¹ In MPSV, Základní východiska, 22–23

Jak shrnuje Trpišovská, v České republice je osobám se ZPM poskytována kvalitní akutní péče. S péčí následnou je už situace poněkud složitější. Existuje disproporce v dostupnosti služeb a síť speciálních sociálních služeb je řídká.⁹² Sociální a zdravotní služby spolu často nespolupracují. Lišková a kol. upozorňují na časté protichůdnosti v legislativě, nemožnost dostat se k potřebným službám a obtížnosti při zajišťování následné péče v některých krajích. Většinou se o zajištění všech typů odborných služeb léčebné, sociální, pedagogické a pracovní rehabilitace pro svého blízkého musí postarat sama rodina.⁹³

V této práci se zabývám převážně obdobím, které odpovídá třetí a čtvrté fázi zmíněného neurorehabilitačního modelu. Zde jde hlavně o zapojení komunity, ve které člověk se ZPM žije. Jak upozorňuje Vítková, v České republice je nejslabším článkem právě absence této dlouhodobé a udržovací fáze s pomocí rodiny a přátel. Osoby se ZPM se u nás (na rozdíl např. od Německa) často nevracejí do aktivního života a zůstávají odloženi bez adekvátní péče v LDN.⁹⁴ Na odborných konferencích proto v posledních letech zaznívají stále výraznější hlasy po rehabilitaci, která není odtržená od přirozené komunity a rodiny člověka se ZPM.⁹⁵

4.2 Důsledky ZPM pro rodinu a blízké

Rodinu jako takovou lze považovat za jednoho z nejdůležitějších členů rehabilitačního týmu. Z výsledků výzkumu, které uvádí Vacková a kol., vyplývá, že ve většině případů je rodina aktivním činitelem v zajišťování podmínek pro uzdravení jedince. Lidé se ZPM v domácí péči rodiny se často zlepšují, zatímco lidé, kterým péči poskytuje pečovatelka, na tom bývají hůře. Potřeba péče rodiny zahrnuje nejen pomoc s praktickými věcmi, ale také saturuje potřebu lásky, sounáležitosti a náklonnosti.⁹⁶

Powell zmiňuje, že blízcí příbuzní během let po ZPM člena rodiny pociťují silnou úzkost a mívají deprese. Jejich schopnost zvládat problémy postupem času slábnou. Životní partneři těchto osob často popisují, že si v manželství

⁹² CEDR Pardubice, Konference [online]

⁹³ LIŠKOVÁ a kol., Neurorehabilitace, 62

⁹⁴ MPSV, Základní východiska, 8

⁹⁵ Např. CEDR Pardubice, Konference [online] nebo Konference Neurorehabilitace a kvalita života, dostupné z: <https://www.youtube.com/watch?v=GtC-pUwyY3Q&t=16s>,

⁹⁶ VACKOVÁ a kol., Sociální práce, 72–74

připadají jako ve vězení. Nemůžou truchlit ani se rozvést nebo rozejít, aniž by neměli pocit viny nebo výčitky svědomí. U dětí se často vyskytují emoční problémy. Děti kromě toho, že se musejí vyrovnat s počátečním traumatem a následným problémovým chováním rodiče po ZPM, musejí čelit také tomu, že bývají často přehlíženy a jejich potřeby jdou stranou.⁹⁷

Savage a Egan seznamují s výsledky kanadských výzkumů, ze kterých vyplývá, že se rodiny potýkají se zvýšenou odpovědností, finanční zátěží, omezením společenských akcí a absencí sexuální intimity. Musí zvládat intenzivní stres a emoce, vyrovnávat se se ztrátou a změnou, efektivně řešit problémy, soustředit se na úspěchy a stanovovat si rozumné cíle, a přitom si uvědomovat důležitost péče o sebe.⁹⁸

Jak upozorňuje Cerebrum, v prožívání člověka i jeho rodiny můžeme najít křivku psychické odezvy na příchod a rozvoj závažného onemocnění podobně, jak ji popsala Elisabeth Kübler-Rossová.⁹⁹ Lidé procházejí širokou škálou emocí od šoku, popření a vzteku přes specifické obrany po smutek a přijetí.

Co v jednotlivých fázích rehabilitace prožívá rodina, obzvláště ti nejbližší, kteří se často proměňují v pečovatele, popisují z vlastní zkušenosti Palmerovi. V době akutní fáze, kdy příbuzný leží v nemocnici, se nejbližší většinou strachují o jeho život. Powell hlavní přání rodiny v této fázi shrnuje ve větě: *Bože, prosím, ať to přežije*. V takové situaci nejlépe pomohou dle Palmerových podrobnější informace o ZPM jako takovém a emocionální podpora.

Když se zdravotní stav partnera stabilizuje a jeho stav mírně zlepšuje, lékaři zjišťují jeho schopnosti (jak je na tom s chůzí, řečí apod.). V tomto období pociťují blízcí úlevu, že partner přežil, ale mají obavu, jak jeho fyzické a kognitivní deficity ovlivní jeho i jejich život. Budoucí problémy však mají tendenci mohutně popírat. Zaměřují se na drobná zlepšení, aby jimi mohli odůvodňovat svá nerealistická očekávání týkající se uzdravení blízkého. Čekání na výsledky vyšetření může být mučivé. V této situaci může pomoci psychoterapie anebo podpora duchovního, např. nemocničního kaplana daného zařízení, nebo přátelé, rodina a blízcí.

Když se blíží propuštění blízkého člověka z nemocnice, rodina se zabývá tím, jakým způsobem o něj bude doma pečovat. Často musí zajistit podpůrné služby. V této fázi pomůže dle Palmerových poskytnutí kontaktu na podpůrné služby

⁹⁷ POWELL, Poškození mozku, 123–124

⁹⁸ SAVAGE, EGAN [online], Women Family Members' Experiences

⁹⁹ Cerebrum [online], Poškození mozku

a zdroje dostupné v okolí, setrvalá emocionální podpora, osvěta a informace, které dodají rodině jistotu, že je schopna poskytnout odpovídající péči.

Po návratu člověka domů jde o to, aby si znovu navykl na domácí prostředí. Rodina si zavádí vlastní rutiny, zařizuje dopravu, kontroly v nemocnici, zvládnání přípravy jídla, nakupování apod. Během této doby rodinní pečovatelé často propadají malomyslnosti a strachu, že to nezvládnou. Začínají si uvědomovat společenský a fyzický dopad pečovatelské role a mnohdy prožívají pocity smutku a ztráty. Nyní potřebují především podporu od okolí, které se jim většinou nedostává.

Závěrečná fáze, adaptace, začíná, když už proběhly lékařské a rehabilitační terapie a stav nemocného se sice stále zlepšuje, ale mnohem pomaleji, než by si rodina přála. V této fázi se nejspíš její potřeby změní. Partneri budou chtít zlepšit svůj společenský život, zapojit partnera do činností mimo domov, obnovit sexuální vztah, zjistit, zda je partner schopen řídit auto, vykonávat své či jiné zaměstnání, cestovat. Mohou se objevit obavy o budoucnost, o vlastní zdraví a o to, jak budou zvládat péči v dlouhodobém výhledu.¹⁰⁰

I z rehabilitačního hlediska je kladen na rodinné příslušníky velký tlak. Dle Liškové a kol. by domácí podpora měla být taková, aby posilovala motivaci a důslednost v rámci rehabilitačních cvičení, mentálních tréninků a docházení na potřebné terapie. Zároveň by ale měla podporovat nemocného k co největší samostatnosti, soběstačnosti a převzetí kompetencí a odpovědnosti. K tomuto podílení se na pomoci je třeba přidat ještě péči o sebe samé, protože nároky na rodinné příslušníky a blízké osoby člověka se ZPM jsou obrovské.¹⁰¹

Častým fenoménem je nadměrná péče nejbližší rodiny, obzvláště v případech, kdy jsou lidé se ZPM propuštěni do domu svých rodičů. Je to opak potřebné podpory k samostatnosti a nezávislosti, která je jedním z cílů rehabilitace a úspěšného zotavení. Powell říká, že blízcí mají tendenci nadměrně pečovat, protože jim je líto, co se stalo, mají pocit viny nebo se obávají možného dalšího úrazu. Powel doporučuje rodinným pečujícím, aby si tyto své sklony uvědomovali a ptali se, co by jejich blízký mohl udělat bez pomoci. Doporučuje zeptat se i na názor někoho méně zaujatého zvnějšku. Je dobré se soustředit na silné stránky člověka, občas trochu riskovat, například ho nechat uvařit jídlo,

¹⁰⁰ PALMER a PALMER, Soužití s partnerem po mrtvici, 44, 46–47, POWELL, Poškození mozku, 124–126

¹⁰¹ LIŠKOVÁ a kol., Neurorehabilitace, 156, 158

nechat ho samotného doma. Možná rizika z toho plynoucí je třeba podstoupit, aby mohlo u člověka se ZPM dojít k pokroku.¹⁰²

V rodině je také potřeba komunikovat a sdílet informace týkající se změn rolí, které se objevily v důsledku ZPM. Ze živitele rodiny se může stát nezaměstnaný, vůdce a organizátor najednou potřebuje být veden a organizován, vzorný otec může převzít roli nesamostatného dítěte apod. Mnoho z těchto lidí v sobě navíc nevyhnutelně nese strach, zlost, zatrpkllost, frustraci. O všem je potřeba otevřeně mluvit a zkusit se na změny dívat spíše jako na výzvu než jako na problém.¹⁰³

4.3 Potřeby osob se ZPM

V letech 2016–2018 probíhal v České republice projekt Koordinovaná rehabilitace u pacientů s poškozením mozku¹⁰⁴, jehož cílem bylo zmapovat a částečně změřit koordinovanou rehabilitaci u osob se ZPM v jejich přirozeném domácím prostředí. Zkoumáno bylo 21 osob po poškození mozku (převážně po CMP), které byly propuštěny z nemocničního rehabilitačního oddělení do domácího prostředí. Zapojeno bylo také 12 sociálních pracovníků realizujících sociální služby. Součástí monografie¹⁰⁵, která představuje výsledky tohoto tříletého úsilí mnoha odborníků, je i podrobný popis a rozřídění potřeb osob se ZPM.¹⁰⁶ Seznam potřeb může sloužit jako vhodný podnět pro intervence v daných rodinách.

Jak uvádí Krivohlavý, má-li člověk někomu pomoci, potřebuje nejen vědět, jaké potřeby může dotyčný mít, ale také poznat, zda je ta či ona potřeba hrubě neuspokojena (frustrována). Aby to dokázal, potřebuje s dotyčným přicházet do osobního styku, dívat se, co mu chybí, naslouchat mu a učit se vlastní zkušeností, zostřovat citlivost prožíváním vlastních frustrací, bolestí a nedostatků.¹⁰⁷

Jaké jsou nejčastější potřeby lidí po poškození mozku, které je možné v tomto procesu jejich rozpoznávání použít jako vodítko? Z analýzy výsledků výzkumu, který byl součástí výše uvedeného projektu, vyplynulo sedm nejčastějších

¹⁰² POWELL, Poškození mozku, 139–140

¹⁰³ Tamtéž, 138, 141

¹⁰⁴ Číslo projektu GAJU 138/2016/S

¹⁰⁵ Sociální práce v systému koordinované rehabilitace (VACKOVÁ a kol.)

¹⁰⁶ VACKOVÁ a kol., Sociální práce, 11–13

¹⁰⁷ KRIVOHLAVÝ, Pastorální péče, 165–166

hlavních potřeb osob se ZPM: potřeba pomoci, potřeba psychické pohody, potřeba soběstačnosti, potřeba zdraví, potřeba být bez bolesti, potřeba návratu do stavu před poškozením mozku a potřeba najít nový systém činností.

Dvě poslední potřeby se dle autorů výzkumu dají považovat za potřeby hlavní. Ve své podstatě představují copingové strategie vedoucí k vyrovnání se s následky onemocnění. Tyto potřeby by se daly považovat za nadřazené zbylým pěti, a to z toho důvodu, že ostatní uvedené potřeby směřují k jejich saturaci. Člověk se ZPM se po stabilizaci svého zdravotního stavu snaží vrátit do života, který žil před poškozením. Pokud mu v uspokojení této potřeby brání nějaké faktory, je nucen se s nimi smířit a obrací svou pozornost na potřebu najít nový systém činností.¹⁰⁸

4.3.1 Vybrané významnější potřeby

S ohledem na hierarchii potřeb je samozřejmě nutné, aby byly nejprve zajištěny potřeby fyziologické a pak až se přesunout k zajišťování potřeb „vyšších“.¹⁰⁹ V této podkapitole se podíváme na prvních pět „vyšších“ potřeb osob se ZPM z výše uvedeného seznamu. První z nich je **potřeba pomoci**. Zde dominuje potřeba péče rodiny. Lidé se ZPM uvádějí, že potřebují, aby za ně rodinní příslušníci vstřebávali informace a zařizovali formální záležitosti. Spojuje se s ní i pomoc při každodenních činnostech, jako jsou sebeobsluha, vaření, uklízení apod. Velmi důležitou součástí je i potřeba být milován, milovat, cítit náklonnost a sounáležitost. Pod potřebu pomoci spadá také potřeba odborné rady (profesionality odborníků, informovanosti a lepší návaznosti zdravotních a sociálních služeb) a ekonomického zajištění.¹¹⁰

Následuje **potřeba psychické pohody**. Lidé se ZPM mluví o tom, že se potřebují „zvednout psychicky“ nebo něco udělat, aby jim „bylo veselo“ nebo aby „měli zase chuť“. Tato potřeba zahrnuje i potřebu individuálního přístupu a bezpečí, která často souvisí s vědomím, že jsou bezpečně včleněni do léčebného procesu, že nebudou v průběhu nemoci přehlíženi. Jistotu jim také dodává jasný domácí řád, plnění slibů a dochvilnost blízkých. Spadá sem i smysluplná výplň volného času, např. „*luštím křížovky, abych nezblbla,*“ nebo „*vybírám rámečky k fotkám, abychom to tu měli hezké.*“ Součástí této potřeby je

¹⁰⁸ VACKOVÁ a kol., Sociální práce, 72, 84

¹⁰⁹ na Maslowově pyramidě potřeb

¹¹⁰ VACKOVÁ a kol., Sociální práce, 72–78, ŠAMÁNKOVÁ, Lidské potřeby, 20

i potřeba vidiny pokroku a umění odhadnout své možnosti. Tito lidé často uvádějí i potřebu odlehčit své rodině, spadá sem zároveň potřeba odměnit ty, kteří se o ně starají.

S tím souvisí i následující **potřeba soběstačnosti**. Ta byla dotazovanými vyjadřována především potřebou chodit, pohybovat se, zvládat sebeobsluhu a nezatěžovat okolí. Zde se zrcadlí i **potřeba zdraví**, kde respondenti uvádějí nejen pohyb, ale i potřebu zlepšit své smyslové vnímání a kognitivní funkce.¹¹¹ **Potřeba být bez bolesti** patří v systému uspokojování potřeb k nejsilněji pociťovaným obecně. Křivohlavý označuje bolest za jev, který leží na pomezí fyziologie a psychologie. Je to multidimenzionální fenomén, se kterým se setkáváme u lidí všelijak nemocných.¹¹² Nejčastějšími důvody zhoršení bolesti u lidí se ZPM bývá stres, napětí nebo to, že se člověk snaží udělat příliš mnoho a vyčerpává se.¹¹³

4.3.2 Potřeby představující copingové strategie

Autoři výzkumu uvádějí, že pro lidi po ZPM, které představuje náhlou změnu životní situace, je prvořadou **potřebou navrátit se co nejrychleji do stavu před ZPM**. Konkrétně vyjadřují potřebu návratu k původním činnostem a aktivnímu životnímu stylu, k běžným denním činnostem, potřebu návratu do domácího prostředí, ale i do pracovního procesu. Například chtějí znova hrát na kytaru, řídit auto, pracovat s lidmi, chodit na výlety apod.

Pokud tento návrat není možný, je člověk nucen smířit se s tím, že jeho život už nebude jako dřív, a obrací svou pozornost k **potřebě najít nový systém činností**. Hledá jiný způsob fungování tak, aby se mohl opět co nejlépe zařadit do společenského, rodinného nebo i pracovního života.¹¹⁴ Tato cesta přizpůsobení se změnám po ZPM a smířením se s nimi bývá dlouhá a náročná.

Tyto dvě hlavní potřeby představují podle autorů výzkumu copingové strategie vedoucí k vyrovnání se s následky onemocnění. Problematiku zvládání životních těžkostí (coping) v nemoci přibližuje Křivohlavý. Jedná se o dynamický proces, v jehož rámci dochází k vzájemným interakcím mezi člověkem a danou zdravotní situací. Na jedné straně je třeba vidět osobu, která má určité zdroje, možnosti, hodnoty a osobní zaměření, na druhé straně nemoc,

¹¹¹ VACKOVÁ a kol., Sociální práce, 80–82

¹¹² KŘIVOHLAVÝ, Psychologie nemoci, 80

¹¹³ POWELL, Poškození mozku, 66

¹¹⁴ VACKOVÁ a kol., Sociální práce, 83–84

kteřá klade na člověka určité požadavky a působí na něj řadou vlivů. Z jedné i druhé strany dochází k řadě akcí a aktivit.¹¹⁵

Nemoc či úraz, kterému je člověk vystaven, není první zkouškou v jeho životě. Do těžkých situací se obvykle dostal již předtím. Nějak je řešil. Způsoby řešení obtížných situací tvoří repertoár jeho strategických postupů. Pokud je tento repertoár přiměřený obtížím, se kterými se setkává nyní, používá je ku pomoci i teď.¹¹⁶

Styly zvládání životních těžkostí lidí se ZPM jsou různé. Jak píše Powell, u ZPM je potřeba přijmout fakt, že život už nebude jako dřív, že uzdravení bude jen částečné, nikdy nebude úplné. To bývá hořké poznání. Je nepravděpodobné, že člověk po poranění mozku bude skvělým právníkem nebo tanečníkem, život s těmito cíli a aspiracemi je minulostí. Otevírají se však nové, neznámé horizonty.¹¹⁷

Blažek a Olmrová vytipovali copingové strategie trpících a nemocných osob, které nazývají styly tvořivosti v utrpení a postižení. Člověk může reagovat na životní těžkosti tak, že se stáhne do sebe a v nitru si vytváří náhradní svět s osobitou obrazností i vlastním způsobem vyjadřování (*autismus*). Může v sobě také objevit nebývalé zdroje vůle, houževnatosti a vynalézavosti, uvolnit hlubší tvořivé existenciální možnosti (*robinzonství*). Někdy si vytváří k utrpení či postižení nějakou protiváhu, místo původního cíle si zvolí cíl jiný, náhradní (*kompenzace*). Také se může stát, že se vrhne do určité činnosti s takovým nasazením, že podá neočekávaně vysoký výkon a vynikne v některé speciální schopnosti nebo dovednosti (*překompenzování*).

Jindy se může projevit potřeba dobrovolně vstoupit do stavu, který je obecně tíživější, bolestnější a obtížnější než stav, v němž se dosud nacházel (*podstupování rizika a utrpení*). Tato ochota zažít něco horšího ve jménu něčeho vyššího může být analogií přechodového rituálu, který se může stát klíčovým terapeutickým momentem a nastolit nový, zdravější stav.

Někoho uklidňuje sledovat bilanci má dáti – dal (*směna*). Jedná se o vyjeté, do určité míry ritualizované stavy a rituály, které pomáhají vytvářet fungující, dobře vyvážený systém, např. vzájemné utěšování a rady pacientů mezi sebou. Mezní situace jsou však také jedním z podnětů, které otevírají lidský dialog

¹¹⁵ KŘIVOHLAVÝ, Psychologie nemoci, 98–99

¹¹⁶ KŘIVOHLAVÝ, Vážně nemocný, 80

¹¹⁷ POWELL, Poškození mozku, 161

a činí jeho účastníky existenciálně tvořivými (*otevřený dialog*). Oproti směně je zde základním principem vzájemné dávání, které není založeno na kalkulaci.¹¹⁸

Ze setkávání s lidmi, kteří procházejí podobnými těžkostmi, může vzejít vzájemná opora a síla. Důležitou roli ve zvládnání problémů proto hrají svépomocné skupiny. V České republice jich moc není. Lidé se ZPM mají možnost se scházet např. v prostorách organizace Cerebrum v pražském Karlíně anebo ve virtuálním prostoru facebookové skupiny Traumatické poškození mozku – vzájemná podpora.¹¹⁹

Výše uvedené strategie je možno chápat jako přechod z potřeby návratu do stavu před ZPM do potřeby najít nový systém činností, pokud se první z nich ukáže jako nenaplnitelná. Nicméně tento žádoucí přerod může být někdy znesnadněn, nebo dokonce znemožněn ustrnutím ve fázi popírání, kdy člověk se ZPM odmítá připustit, že se něco vůbec stalo. U těchto lidí představuje problém také fakt, že právě ty nástroje, které běžně člověku pomáhají jasně nahlížet na sebe sama a svůj život, jsou poškozené (viz pojednání o exekutivních a kognitivních funkcích). Powell uvádí studii, podle níž přibližně třetina lidí, kteří utrpěli vážné ZPM, sedm a více let po zranění odmítla připustit, že má problém. Tento nedostatečný náhled a snížená schopnost sebehodnocení souvisí se špatnou dlouhodobou adaptací a většinou i rozpadem vztahů a neúspěšným návratem do práce.¹²⁰

4.3.3 Duchovní potřeby

Powell cestu dlouhodobé adaptace na nový život připodobňuje k výstupu na Everest uvnitř. Člověk na ní symbolicky opouští bezpečí známého prostředí domova a vydává se na pouť neprobádaným a nebezpečným terénem.¹²¹ Tuto pouť je možné přirovnat k temné noci duše, o které pojednává Moore. Noc je temná, protože neposkytuje žádné ujištění, že to, co se děje, má nějaký smysl a povede nakonec k úspěchu. Člověk neví, co se děje, a pokud je zvyklý to vědět, může ho to přivádět k šilenství. Autonehoda nebo onemocnění však nejsou jen

¹¹⁸ BLAŽEK, OLMROVÁ, Krása a bolest, 359–381, KŘIVOHLAVÝ, Psychologie nemoci, 100-103, srov. MOORE, Temné noci duše, 35–36

¹¹⁹ <https://cerebrum2007.cz/sluzby/svepomocne-aktivity/>,
<https://www.facebook.com/groups/201313665316066>

¹²⁰ POWELL, Poškození mozku, 162

¹²¹ POWELL, Poškození mozku, 161

tragédie, ale také přechodové rituály. Je možné na ně pohlížet jako iniciaci, bolestivý přechod, který má sílu přeměnit osobnost a život člověka.¹²²

Powell přibližuje, jak lidé díky zkušenosti s poškozením mozku často nacházejí nový duchovní smysl a dochází u nich ke změně hodnot. Takový zážitek vede často ke zpomalení a rozjímání nad smyslem života. Člověk si více uvědomí svou zranitelnost a smrtelnost, ocení skutečné přátele a blízké členy rodiny, kterým může důvěřovat. Někteří lidé po ZPM říkají, že jsou teď laskavější, jejich hodnoty se změnily, víc si váží života a mají větší pochopení pro slabosti druhých.¹²³

Do mnoha výše uvedených potřeb osob se ZPM se promítají také duchovní potřeby. Například potřeba lásky, která je dle Svatošové univerzální duchovní potřebou,¹²⁴ je autory výše uvedené studie zmíněna pod potřebou péče rodiny. Potřeba smysluplnosti vlastního života je uvedena pod potřebou nalezení nového systému činností apod. Výzkum potřeb osob se ZPM vycházel z bio-psycho-sociálního modelu a se spirituální složkou člověka pracoval jen okrajově.¹²⁵

Přesto se v dnešní praxi i v běžných zdravotně sociálních zařízeních lze setkat s otevřeností a zájmem o duchovní potřeby klientů. Jak píše Svatošová, mladí zdravotníci (ale také sociální a rehabilitační pracovníci) už dnes vycházejí ze škol s určitým povědomím o tom, že nemocný člověk má také duchovní potřeby, které je potřeba v rámci holistického přístupu brát na vědomí a respektovat.¹²⁶

Proč je někdy těžké mluvit o duchovních potřebách, objasňuje Krátká. Lidé jsou na různé úrovni poznávání a jedná se o velmi individuální a niternou zkušenost. Téměř každý člověk podle svých hodnot v něco věří. Většinou se pohybujeme na úrovni prožitku, který mnohdy nejde předat. Autorka uvádí pět nejčastějších duchovních potřeb, se kterými se setkává v ošetrovatelském procesu. Jsou jimi potřeba lásky, naděje, víry (nejen v Boha, ale i ve spravedlnost, v sebe, v dobro, v někoho...), odpuštění a hledání smyslu života.¹²⁷ Hlubší sondu do spirituálního prožívání lidí se ZPM přinese následující kapitola.

¹²² MOORE, Temné noci duše, 48–50

¹²³ POWELL, Poškození mozku, 172

¹²⁴ SVATOŠOVÁ, Víme si rady, 41

¹²⁵ viz VACKOVÁ a kol, Sociální práce, 31–35

¹²⁶ SVATOŠOVÁ, Víme si rady, 11

¹²⁷ KRÁTKÁ, Potřeby nemocných, 37–39

5 Spiritualita a náboženství u osob se ZPM

Způsoby, jak posuzovat spiritualitu a religiozitu osob se ZPM, jsou trojího druhu. Tuto problematiku přibližuje Opatrný. *Religionistické hledisko* pohlíží na spiritualitu prizmatem blízkosti k určitému náboženství, tím má pomoci k lepšímu pochopení duchovní cesty. Pomocí tohoto hlediska může být odhad možností jejího pokračování, případně rozpoznání rizik a nebezpečí, které by mohly člověka potkat. *Hledisko teologické* slouží k zařazení spirituality nemocného do určitého věroučného systému. To může pomoci s objevením a doceněním spirituálních prvků v jeho životě, které jsou schopny posílení a rozvoje a jejichž rozvoj by nemocnému prospěl. *Psychologické a medicínské hledisko* se na spiritualitu dívá ve vztahu ke zdraví, vyrovnání se s nemocí, ke kvalitě života.¹²⁸ Výzkumy uvedené v této kapitole jsou prováděny právě na poli psychologie a medicíny. Jejich výsledky mohou posloužit k dalšímu podnětnému uvažování o vhodných intervencích duchovních péče.

5.1 Měřicí nástroje hodnotící spiritualitu a religiozitu

Pro představení měřicích nástrojů spojení člověka s posvátnem¹²⁹ je nejprve potřeba vymezit konstrukty *spiritualita* a *religiozita*. Říčan vysvětluje, proč je potřeba mluvit o obou. Spiritualita, dle něj vtipně, ale problematicky nazvaná jako „postmoderní potomek náboženství“, bývá vedle svého „předka“ uváděna samostatně, protože v posledních desetiletích došlo k výraznému posunu pojmů náboženství a spiritualita. *Náboženství* nebo také religiozita znamená dnes v obecném povědomí převážně vnější skutečnosti, tj. instituce a jejich provoz, rituály, nauky, posvátné knihy, předměty a budovy, pravidla a zvyklosti atd. Pro prožitkové jádro náboženství se vžil pojem spiritualita.¹³⁰ Religiozita je také běžně spojována se sociální skupinou, zatímco spiritualita s individualizovanou formou víry.¹³¹

¹²⁸ OPATRŇÝ, Spirituální péče, 82–83

¹²⁹ Právě posvátno je dle některých autorů dostatečně široký fenomén pro zahrnutí obou pojmů, tj. spirituality i religiozity. HACKLOVÁ, KEBZA, Religiozita, spiritualita a zdraví, 122

¹³⁰ ŘÍČAN, Psychologie náboženství a spirituality, 11

¹³¹ HACKLOVÁ, KEBZA, Religiozita, spiritualita a zdraví, 122

Spiritualita je široký koncept, který zahrnuje mnoho definic a druhů. Opatrný chápe oblast spirituality jako oblast nejhlubších jistot člověka. Často jsou to pro něho nejcennější vzpomínky na lásku, nezištnou péči, ale také mnohdy podivuhodné momenty záchrany před nebezpečími, která v životě zažil. Jinak řečeno, jde o cenný vnitřní poklad člověka, který zpravidla nevyjevuje jen tak někomu.¹³² Řičan spiritualitu vnímá jako jeden z dominantních integračních faktorů lidské psychiky, obzvláště v akcentu na bytostně spirituální potřebu smyslu, přičemž ta je u každého jedince různě výrazná a individuálně strukturovaná, propojená s dalšími motivačními, kognitivními a emočními komponentami osobnosti.¹³³

Sováriová Soósová vychází z chápání spirituality jako hluboce osobní a individuální zkušenosti s transcendentem. Z tohoto pojetí vychází při představování měřicích nástrojů spirituality a/nebo religiozity v klinickém výzkumu:

„Spiritualita je chápána jako subjektivní zkušenost, prožívání, jakož i vyjádření ducha a duchovních přesvědčení prostřednictvím transcendentního spojení s Bohem, Posvátným zdrojem, Konečnou pravdou, s jinými lidmi a živými bytostmi, přičemž náboženství může být jedním ze způsobů vyjádření a kultivace spirituality.“¹³⁴

Dle Hacklové a Kebzy široce chápáná spiritualita může, avšak nemusí být realizována v religiózní formě. Může jí být každá činnost naplňující transcendentální rozměry lidského života. Například práce ve prospěch znevýhodněných, ochrana životního prostředí apod.¹³⁵ To dokazují ve svých rozhovorech o spiritualitě Němec a Vizina. Přestože pojednávají o vnitřní zkušenosti nebo vnitřních příbězích, ukazují na fakt, že spiritualita ve skutečnosti představuje angažovaný postoj – sociálně, environmentálně, a především existenciálně.¹³⁶ Halík vnímá opravdovou spiritualitu jako zdroj dlouho podceňované síly náboženství. Aby spiritualita vedla k pokoji a moudrosti (a měla tudíž také pozitivní vliv na zdraví), neměla by být

¹³² OPATRŇY, Jak zmímit, 10

¹³³ ŘIČAN, Psychologie náboženství a spirituality, 50–51

¹³⁴ SOVÁRIOVÁ SOÓSOVÁ, Péče o duchovní potřeby, 47

¹³⁵ HACKLOVÁ, KEBZA, Religiozita, spiritualita a zdraví, 121

¹³⁶ NĚMEC, VIZINA, Znamení neznámého, 15

odtrhována od racionality ani od mravní odpovědnosti, ani od posvátného řádu, který životu vdechuje liturgie.¹³⁷

Monod et al. rozdělují nástroje hodnotící spiritualitu do čtyř skupin – nástroje hodnotící spiritualitu/religiozitu obecně, nástroje hodnotící spirituální/religiózní pohodu (well-being), nástroje hodnotící spirituální/religiózní potřeby a nástroje hodnotící spirituální/religiózní zvládání (coping).¹³⁸ Sováriová Soósová přidává ještě skupinu pátou, a tou jsou nástroje hodnotící spirituální/religiózní tíseň. Konkrétně jsou zjišťovány specifické kognitivní (postoje, přesvědčení), afektivní (zkušenosti, zážitky, prožívání) a behaviorální (modlitba, návštěva bohoslužby) aspekty spirituality a/nebo religiozity.¹³⁹

Existuje řada výzkumů, které se zabývají vztahem mezi spiritualitou a/nebo religiozitou a zdravím. Spirituální a/nebo religiozní mechanismy, které kladně ovlivňují průběh a intenzitu uzdravování, shrnují Hacklová a Kebza. Patří sem normy náboženských tradic, které povzbuzují střídmost a zdravý životní styl, soubory pravidel a etických doporučení, které ovlivňují chování ve vztahové oblasti. Velmi důležitý vliv má vnímaná dostupnost sociální opory, která nemocným nabízí přijetí a pomáhá překonávat krizové situace. Sociální opora může nabývat i formu modlitby, počítá se sem i vztah s Bohem. Také je známo, že víra poskytuje stabilitu, oporu a směr nejen v dobách krize. Emoce jako naděje, odpuštění, spokojenost, láska a optimistická očekávání jsou rovněž důležitým zdrojem majícím vliv na zdraví.

Autoři uvádějí také negativní důsledky určitých typů spirituality/religiozity na zdraví, jako jsou například odmítnutí léčby nebo medikace, zanedbání péče kvůli náboženskému přesvědčení, negativní sociální vlivy, zahrnující kritiku a záporné styly zvládání (např. víra v trestajícího Boha aj.), pocity viny, studu, vynucený konformismus. Tyto jevy mnohdy představují riziko vzniku vážných zdravotních obtíží. V řadě případů však mohou vést po překonání krize k mimořádnému osobnostnímu zrání a růstu, jak je známo z výzkumů o posttraumatickém růstu.¹⁴⁰

Jako důležitý univerzální aspekt je ve výzkumech religiozity a/nebo spirituality chápána smysluplnost. V religiozním kontextu je spiritualita chápána jako osobní vztah s Bohem, zatímco v sekulární oblasti se vztahuje ke hledání

¹³⁷ HALÍK, *Odpoledne křesťanství*, 193

¹³⁸ MONOD et al., *Instruments Measuring Spirituality* [online]

¹³⁹ SOVÁRIOVÁ SOÓSOVÁ, *Péče o duchovní potřeby*, 50

¹⁴⁰ HACKLOVÁ, KEBZA, *Religiozita, spiritualita a zdraví*, 126–128

smyslu, přičemž se obojí vztahuje ke hledání smysluplného života.¹⁴¹ Následující podkapitola je zaměřena na to, jaké výzkumy existují v oblasti spirituality a/nebo religiozity a ZPM.

5.2 Přehledová studie o spiritualitě/religiozitě osob po TBI

Jones et al. si ve své přehledové studii (*scoping review*)¹⁴² z r. 2018 kladli za cíl zjistit rozsah výzkumu, který se zabýval spiritualitou a jejím vztahem k životu (pozitivnímu přizpůsobení) po TBI. Zjištění byla omezena na empirické studie publikované v angličtině, recenzované v odborných časopisech a provedené v období 20 let mezi lety 1997 a 2016. Autoři identifikovali devět studií provedených v USA, Kanadě a Spojeném království. Jednalo se o osm kvantitativních a jednu kvalitativní studii, ve kterých se definice a měření spirituality značně lišily.

Mezi studii byla spiritualita často spojována s řadou žádoucích jevů, včetně životní spokojenosti, kvality života a fyzického a duševního zdraví. Pět z uvedených studií bylo provedeno v USA, dvě v Kanadě a dvě ve Spojeném království. Sedm amerických studií provádělo nábor respondentů z jednoho centra.

Studie č. 1¹⁴³

Kvalita života a psychosociální následky po TBI

2004, USA, kvantitativní

Cílem autorů Kalpakjian et al. bylo popsat kvalitu života a psychosociální důsledky u dospělých osob po TBI žijících v komunitě. Zkoumáno bylo 50 lidí průměrného věku 39 let, kteří prodělali TBI v průměru před šesti lety. Závažnost poranění byla definována jako těžká, případně středně těžká porucha vědomí.¹⁴⁴ Studie se primárně zaměřovala na kvalitu života, testovala, které faktory ji ovlivňují.

¹⁴¹ Tamtéž 135–136

¹⁴² JONES et al., Spirituality and its relationship [online]

¹⁴³ KALPAKJIAN et al., Describing quality of life [online]

¹⁴⁴ Měřeno pomocí GCS (Glasgow Coma Scale), kde závažnost poranění dosáhla hodnoty 8.7 ± 4.3 .

Spiritualita byla měřena pomocí SIBS (Spiritual Involvement and Beliefs Scale), škály duchovní angažovanosti a přesvědčení. Tento nástroj byl navržen tak, aby dokázal zhodnotit jak duchovní přesvědčení, tak jednání, které z něj vychází. Je uzpůsoben k široké použitelnosti napříč kulturně-náboženskými tradicemi.¹⁴⁵ Ostatní hodnoticí nástroje měřily sociální oporu, integraci do komunity a afektivní prožívání.¹⁴⁶

Výsledky ukazují, že intenzivnější prožívání spirituality podle měřítek SIBS výrazně koreluje s lepší kvalitou života ($r = 0,46$), méně výrazně pak s integrací do komunity ($r = 0,29$), sociální podporou ($r = 0,29$) a pozitivními emocemi ($r = 0,52$). Negativní emocionální stav se spiritualitou nespojuje. Nicméně v multivariační analýze, která zahrnuje více proměnných současně, nebyla spiritualita již tak signifikantně s kvalitou života spojena. Faktory, které kvalitu života ovlivňují, jsou komplexní a vzájemně provázané. Výsledky dle autorů naznačují, že spiritualita může hrát důležitou roli v životě osob po TBI.

Studie č. 2¹⁴⁷

Vliv účasti na náboženských obřadech na psychosociální důsledky u osob s TBI

2016, USA, kvantitativní

Autoři Philippus et al. se zaměřili na návštěvnost náboženských obřadů u osob po TBI. Zkoumali ji ve vztahu k psychosociálním výsledkům při kontrole demografických charakteristik, funkčního stavu a geografické polohy. Celkem analyzovali 5573 rozhovorů s osobami po TBI žijícími v komunitě, průměrného věku 42 let, rozdělenými do třech skupin podle doby od zranění 1, 5, a 10 let.

Jediným měřítkem spirituality v této studii byla účast na obřadech, která byla zjišťována prostřednictvím otázky: *Kolikrát za běžný měsíc navštívíte náboženské nebo duchovní obřady? Zahrňte místa jako kostely, chrámy a mešity.* Předmětem zájmu zde byl tedy spíše sociální nebo behaviorální faktor. Mezi ostatní zkoumané jevy patřila spokojenost se životem, sociální vztahy,

¹⁴⁵ HATCH et al. The SIBS [online]

¹⁴⁶ Pro měření kvality života byl použit dotazník QOLI (Quality of Life Inventory), ostatní položky byly měřeny pomocí škál SPS (Social Provision Scale), CIQ (Community Integration Questionnaire), PANAS (Positive and Negative Affect Scale)

¹⁴⁷ PHILIPPUS et al., Impact of religious attendance [online]

úzkostnost a depresivita.¹⁴⁸ Autoři pak také provedli jednoduché regresní analýzy, aby zjistili vztah mezi náboženskou účastí a každou z výsledných proměnných.

Přibližně polovina osob ze zkoumaného vzorku se v každém časovém úseku účastnila náboženských obřadů. Procento lidí, kteří obřady pravidelně navštěvovali, se v průběhu deseti let měnilo jen mírně (z 50,2 % v prvním roce, přes 49 % v pátém roce na 51,1 % v desátém roce). Pravidelná náboženská účast měla malý, ale statisticky významný pozitivní vliv na životní spokojenost, sociální participaci a menší míru deprese ve všech třech časových bodech. Pouze v době po 5 let od úrazu byla také významným prediktorem nižší míry úzkosti, jinak nebyl zjištěn žádný významný vliv na úzkost.

Studie č. 3¹⁴⁹

Posttraumatický růst po poranění hlavy

2012, Spojené království, kvantitativní s kvalitativními prvky

Cílem autorů Powell et al. bylo zjistit časový průběh pozitivních psychologických změn po TBI porovnáním odpovědí na dotazník u dvou skupin osob s TBI: skupiny osob 1–3 roky po úrazu (23 osob, průměrný věk 41 let) a skupiny 10–12 let po úrazu (25 osob, průměrný věk 44 let). Studie byla primárně zaměřená na posttraumatický růst, spiritualita byla měřena jako jeho součást. Měřicím nástrojem byl PGI (Post-traumatic Growth Inventory), posttraumatický růstový inventář. Dílčími měřítky posttraumatického růstu jsou vztahy s druhými lidmi, nové životní možnosti, osobnostní růst, duchovní změna a ocenění života.¹⁵⁰ Duchovní změna je v PGI konkrétně měřena položkami: *Mám silnější náboženskou víru a lépe rozumím duchovním záležitostem*. Vedle PGI použili autoři hodnoticí škály, které měřily životní spokojenost, úzkost, depresivitu, disabilitu a zotavení po TBI.¹⁵¹

¹⁴⁸ Měřené pomocí škál SWLS (Satisfaction with life scale), PART-O (Participation assessment with recombined tools-objective) a dotazníků GAD-7 (General Anxiety Disorder-7), PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9)

¹⁴⁹ POWELL et al., Post-traumatic growth [online]

¹⁵⁰ Srov. PREISS, Trauma a posttraumatický růst, 12–13

¹⁵¹ Škály LSC (Life Satisfaction Checklist), HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale), GOS (Glasgow Outcome Scale)

Hlavním zjištěním této studie bylo, že pozdější skupina vykazala významně vyšší míru posttraumatického růstu než skupina raná. Autoři shrnují, že měřítko posttraumatického růstu se po úrazu hlavy časem zvyšují. V ostatních oblastech nebyly mezi oběma skupinami zjištěny žádné významné rozdíly. Obě skupiny uváděly větší životní spokojenost před úrazem.

Kvalitativní část studie zkoumala, jakou nejlepší a nejhorší radu pro zvládnání respondenti dostali a jaké byly nejdůležitější faktory napomáhající jejich přizpůsobení po TBI. Za nejdůležitější faktory byly uváděny *sociální podpora ze strany rodiny a přátel a partnera*, která byla u obou skupin stejná, a *osobní dovednosti, odhodlání a víra v sebe sama*, které pozdní skupina jmenovala přibližně dvakrát více než skupina raná. Mezi nejlepší rady patřila různá pozitivní poselství, která pozdní skupina uváděla přibližně dvakrát častěji. Větší ocenění rodiny, přátel a života bylo jedním z nejčastěji uváděných aspektů pozitivní změny u obou skupin. Nejhorší rady zahrnovaly větu: *Chovejte se, jako by se nic nestalo, brzy vám bude lépe, budete v pořádku*, nebo obsahovaly negativní sdělení, která nedávala naději na zlepšení.

Studie č. 4¹⁵²

Vztahy mezi spirituálním přesvědčením, náboženskými praktikami, podporou náboženského společenství a zdravím u osob s TBI

2009, USA, kvantitativní

Cílem autorů Johnstone et al. bylo zjistit vztahy mezi spirituálním přesvědčením, náboženskými praktikami, podporou místního náboženského společenství a zdravím u osob po TBI. Zkoumány byly osoby po TBI žijící v komunitě, průměrný věk u 41 % do 31 let, u 56 % 31–60 let, u 3 % nad 61 let. Průměrná oba od úrazu byla 44 měsíců.

Spiritualita byla měřena pomocí subškál BMMRS (Brief Multidimensional Measure of Religiousness/ Spirituality), multidimenzionálního měření religiozity/spirituality. Tématem subškál bylo vnímání smyslu, náboženské nebo duchovní přesvědčení a podpora nebo zapojení do náboženských aktivit. Byl zjišťován vztah těchto aspektů a fyzického a duševního zdraví.¹⁵³

¹⁵² JOHNSTONE et al., Relationships ... traumatic brain injury [online]

¹⁵³ Zdraví bylo měřeno pomocí subškál škály SF-36 (Medical Outcomes Scale-Short Form 36)

Autoři studie došli k závěru, že fyzické zdraví osob po TBI souvisí s jejich duchovním přesvědčením ($r = 0,38$) a vnímáním smyslu ($r = 0,34$), ne však s náboženskými praktikami nebo podporou náboženského společenství. S podporou náboženského společenství naopak souvisí lepší duševní zdraví ($r = 0,29$). Souvislost náboženských praktik (hlavně modliteb) s fyzickým či duševním zdravím nebylo možné prokázat, protože u některých osob po TBI může se zhoršujícím se zdravotním stavem docházet k nárůstu modliteb. Tato zjištění jsou v souladu se zjištěními z příbuzné studie (č. 10) v oblasti cévní mozkové příhody, která je uvedena v následující podkapitole.

Studie č. 5¹⁵⁴

Náboženství a spiritualita ve výsledcích rehabilitace u osob s TBI

2011, USA, kvantitativní

Psychologové Waldron-Perrine et al. provedli rozhovory s 88 osobami po TBI průměrného věku 45 let, v průměru 10 let po úrazu. Cílem bylo posoudit využívání specificky definovaných prvků náboženství a spirituality jako psychosociálních zdrojů u osob s TBI. Zahrnuto bylo i 88 signifikantních osob.

Spiritualita byla měřena pomocí SWBS (Spiritual Well-Being Scale), škály duchovní pohody. Na této škále hodnotí respondenti dvě dimenze duchovní pohody, existenciální a náboženskou. Náboženská pohoda odráží míru, do jaké jedinec prožívá pocit uspokojení ze vztahu k Bohu, z náboženství a náboženské praxe. Existenciální pohoda se vztahuje více k životní perspektivě a cíli. Zaměřuje se na celkový smysl a účel života, sebeuvědomění a zdroje naděje a vnitřního míru.

Dále byly do studie zahrnuty položky měřící četnost náboženské praxe a dalších aktivit v místě bohoslužeb. Tyto položky byly měřeny v souvislosti s množstvím sociální podpory, kterou jedinec vnímá ze svého okolí, s celkovou spokojeností se životem, se schopností osob po TBI samostatně plánovat a provádět své léčebné postupy a také v souvislosti s psychickým zdravím (konkrétně s příznaky deprese, úzkosti a stresu).¹⁵⁵

Autoři studie došli k závěru, že náboženská pohoda pozitivně koreluje s životní spokojeností ($r = 0,51$), nižší úrovní distresu ($r = -0,45$) a schopností

¹⁵⁴ WALDRON-PERRINE et al., Religion and spirituality [online]

¹⁵⁵ Měřených pomocí škál SPS-12 (Social Provision Scale), SWLS (Satisfaction with Life Scale), PCRS (Patient Competency Rating Scale) a dotazníku BSI-18 (Brief Symptom Inventory-18)

plánovat a zvládat svou léčbu ($r = 0,31$). Existenciální pohoda korelovala s vnímanou sociální podporou ($r = 0,23$), jinak u ní nebyly, stejně jako u četnosti náboženské praxe, nalezeny statisticky významné korelace. Výsledky této studie naznačují, že obzvláště náboženská pohoda může představovat klíčový faktor spokojenosti se životem, lepšího psychického zdraví, schopnosti přizpůsobit se léčebnému režimu a řešit problémy, které mohou v průběhu léčby nastat.

Studie č. 6¹⁵⁶

Návrat k produktivitě po TBI: kognitivní, psychologické, fyzické, spirituální a environmentální koreláty

2007, Kanada, kvantitativní

Účelem studie Dawsona et al. bylo prozkoumat determinanty a koreláty návratu k produktivitě, kterou definovali jako návrat do placeného zaměstnání a/nebo do školy čtyři roky po TBI. Zkoumali 46 osob s TBI průměrného věku 28 let, v průměru 4 roky od úrazu. Závažnost poranění byla definována jako převážně středně těžká porucha vědomí.¹⁵⁷ Dalších 14 osob tvořila skupina kontrolní (rodinní příslušníci, přátelé), jejich průměrný věk byl 29 let.

Studie se primárně zaměřovala na návrat k produktivitě. Autory v její souvislosti zajímala míra bolesti, deprese, osobní nezávislost a copingové strategie.¹⁵⁸ Spiritualitu měřili jako součást profilu životních postojů pomocí PMI & ET (Personal Meaning Index & Existential Transcendence Index), představovala zde existenciální faktor, spojený se smyslem a účelem. V těchto položkách dosáhly významně vyššího skóre osoby po TBI, které se k produktivitě vrátily, než osoby s TBI, které se k produktivitě nevrátily.¹⁵⁹

Z výsledků studie celkové vyplývá, že pro pochopení rozdílnosti v produktivitě po TBI je důležitá závažnost úrazu, fyzický stav (bolest) a psychický stav (deprese, zvládnání). Řešení bolesti, deprese a strategií zvládnání může tedy mít pozitivní dopad na výsledky rehabilitace.

¹⁵⁶ DAWSON et al., Return to productivity [online]

¹⁵⁷ GCS (Glasgow Coma Scale) 11.2 ± 3.9

¹⁵⁸ Měřených pomocí dotazníků WHYMPI (West-Haven-Yale Multi-dimensional Pain Inventory), BDI (Beck Depression Inventory), PIP (Personal Independence Profile), WoC (Ways of Coping)

¹⁵⁹ Produktivita měřena pomocí ISEL (Interpersonal Support Evaluation List)

Studie č. 7¹⁶⁰

Spiritualita, coping a integrace do komunity u osob s TBI

2007, USA, kvantitativní

Autoři Mahalik et al. zjišťovali vztahy mezi úrovní spirituality, copingovými strategiemi a začleněním do komunity u osob s TBI. Studie se zúčastnilo 26 osob s neakutním TBI, průměrná doba od úrazu 41 měsíců, průměrný věk 34 let. Spiritualita byla hlavním tématem studie, zahrnovala jak existenciální, tak náboženský rozměr.

Měřicím nástrojem spirituality byl INSPIRIT (Index of Core Spiritual Experiences), dotazník zaměřený na jádrovou duchovní zkušenost jednotlivce. Další dva měřicí nástroje byly použity k hodnocení toho, jak účinné jsou copingové strategie, které osoby po TBI používají, a jaká je u zkoumaných osob úroveň začlenění do komunity.¹⁶¹

Autoři studie dospěli k závěru, že osoby s hlubším prožíváním spirituality měly tendenci používat více pozitivních (ale ne negativních) copingových strategií, což vedlo ke zlepšení celkového zdravotního stavu a k pocitu větší spokojenosti s životem. Tyto osoby se také lépe začleňovaly do komunity. Zjištění vedou autory k doporučení zvážit začlenění péče o duchovní rozměr člověka do rehabilitační praxe, a tím podpořit proces zotavení.

Studie č. 8¹⁶²

TBI po 13 letech: faktory spojené s posttraumatickým růstem

2007, Spojené království, kvantitativní

Cílem studie Powella et. al bylo prozkoumat faktory spojené s posttraumatickým růstem 13 let po těžkém TBI a zjistit, zda posttraumatický růst zůstal konzistentní mezi 11 a 13 lety po poranění. Studie rekrutovala část stejného vzorku, který se o 2 roky dříve účastnil studie posttraumatického růstu (studie č. 3). V původní studii byla raná skupina (1–3 roky po úrazu) porovnávána se skupinou pozdní (9–12 let po úrazu). Pozdní skupina byla

¹⁶⁰ MAHALIK et al., Spirituality, psychological coping, and community integration [online]

¹⁶¹ Měřeno pomocí škály WAYSS (Ways of Coping Scale) a dotazníku CIQ (Community Integration Questionnaire)

¹⁶² POWELL et al., TBI 13 years on [online]

sledována 2 roky po první studii, což poskytlo longitudinální údaje. Obdobně jako studie č. 3 se i tato zaměřila primárně na posttraumatický růst. Spiritualita byla měřena jako součást širších konstruktů/škál. Vedle položek PGI, které byly k měření spirituality použity už ve studii č. 3, byla spiritualita měřena i jako součást profilu životních postojů PMI (Personal Meaning Inventory).¹⁶³

Díky této studii bylo zjištěno, že v průběhu dvouletého období (mezi 11. a 13. rokem po úrazu) zůstal u osob po TBI posttraumatický růst stabilní. Ti, kteří dosáhli vysokého skóre na škále posttraumatického růstu (PGI), dosáhli také vyššího skóre v oblasti osobního smyslu (PMI) ($r = 0,78$), cíle a životní spokojenosti ($r = 0,65$). Vyšší míra posttraumatického růstu byla také spojena s tím, že dané osoby měly placené zaměstnání, žily v dlouhodobém partnerském vztahu, měly mírnější následky úrazu a byli věřící.

Studie č. 9¹⁶⁴

Duchovní otázky spojené se zdravotním postižením způsobeným traumatem

2000, Kanada, kvalitativní

Studie McColla et al. použila kvalitativní přístup ke zjištění pojmů, které používají lidé s náhle vzniklým zdravotním postižením k vyjádření spirituálních záležitostí. S využitím průřezového časového rámce se studie snažila porozumět tomu, jak jsou spirituální otázky prožívány při vzniku postižení z pohledu samotné osoby s postižením. Studie také porovnávala vnímání osmi respondentů s TBI se sedmi respondenty s poraněním míchy. Autoři studie identifikovali pět témat vztahujících se k otázkám spirituality (uvědomění, blízkost, důvěra, účel a zranitelnost), která bylo možné rozdělit do tří typů vztahů (intrapersonální, interpersonální a transpersonální).

Výsledky této studie se soustřeďovaly hlavně na rozdíly mezi těmito dvěma skupinami. Vyplývá z nich, že lidé s TBI si více uvědomují své deficity, podporu

¹⁶³ Ostatní faktory související s posttraumatickým růstem byly měřeny pomocí následujících nástrojů: LSC; 8 domains (Life Satisfaction Checklist), HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale), GOS (Glasgow Outcome Scale), PES (Productive Employment Scale), LOT-R (Life Orientation Test-Revised), GSE (Generalised Self-Efficacy Scale), LC (Locus of Control inventory), MDS-PSS (Multi-Dimensional Scale of Perceived Social Support), RB-SF (Religious Belief Short Form), LEQ (Life Events Questionnaire), OS (Obsessionality scale), PEIQ (Perception of Effects of Injury Questionnaire)

¹⁶⁴ MCCOLL et al., Spiritual issues [online]

svých rodin a častěji zmiňují náboženské nebo mystické myšlenky související s jejich zraněním než osoby s poraněním míchy. Rovněž častěji uváděli potřebu důvěřovat lidem, což podle spekulací autorů může být způsobeno kognitivním deficitem. Dotazovaní ze skupiny TBI častěji zmiňovali, že byli blízko smrti a že to mělo vliv na jejich vnímání smyslu života. Autoři uzavřeli slovy, že vzhledem k malému vzorku této studie je třeba brát zjištění s určitou rezervou.

Shrnutí

Výsledky studií ukázaly, že spiritualita, v některých případech i religiozita, je spojena s mnoha kladnými aspekty v životě osob po TBI. Jsou jimi např. lepší psychické zvládání (studie č. 7), duševní zdraví (studie č. 4), vyšší produktivita (studie č. 6), životní spokojenost a funkční nezávislost (studie č. 5) a posttraumatický růst (studie č. 8). Ukázalo se také, že spiritualita hraje potenciální ochrannou roli spojenou s nižší úrovní distresu (studie č. 5).

Závěry z těchto výzkumů naznačují, že spiritualita může hrát důležitou roli v procesu zotavení po TBI. Autoři přehledové studie však upozorňují, že je zapotřebí dalšího výzkumu, aby bylo možné určit konkrétní spirituální potřeby těchto lidí a zároveň i vhodné způsoby jejich naplňování. Ačkoli byly zjištěny kladné asociace mezi spiritualitou a dalšími výsledky přizpůsobení po TBI, většina výzkumníků mohla pouze spekulovat o tom, proč tomu tak je, vzhledem k malému množství výzkumů na toto téma.¹⁶⁵

5.3 Výzkumy zaměřující se na spiritualitu/religiozitu osob po CMP

Jak uvádějí Johnstone et al., navzdory značnému počtu osob žijících s cévní mozkovou příhodou se jen málo studií systematicky zabývalo vztahy mezi náboženstvím, spiritualitou a zdravotními výsledky u této populace.¹⁶⁶ Zdá se, že od r. 2008, kdy toto Johnstone et al. publikovali, se toho příliš nezměnilo,

¹⁶⁵ JONES et al., Spirituality and its relationship [online]

¹⁶⁶ JOHNSTONE et al. [online], Relationships ... stroke

proto uvádím pouze tři dostupné studie, které jsem k této problematice našla. První z nich je právě od Johnstona a kolegů.¹⁶⁷

Studie č. 10¹⁶⁸

Vztahy mezi religiozitou, spiritualitou a zdravím osob po CMP

2008, USA, kvantitativní

Johnstone et al. se v této studii, obdobně jako v příbuzné studii s osobami po TBI (studie č. 4), věnovali souvislostem mezi zdravím a spiritualitou/religiozitou u osob po CMP. Výzkumu se zúčastnilo 32 respondentů po CMP, kteří byli nejméně 4 měsíce po příhodě a podstupovali ambulantní léčbu (tj. v neakutním stavu). Respondentům bylo nejméně 18 let, od mozkové příhody u nich uplynulo v průměru 28 měsíců a byli kognitivně schopni samostatně vyplnit dotazníky. K účasti ve studii byla rovněž získána kontrolní skupina 32 zdravých osob, zaměstnanců rehabilitačního centra, odkud byli rekrutováni účastníci s CMP. Studie hodnotila vztahy mezi duchovním přesvědčením, náboženskými zvyklostmi, fyzickým a duševním zdravím.

Spiritualita a religiozita byla, obdobně jako ve studii č. 4, měřena pomocí subškál BMMRS (Brief Multidimensional Measure of Religiousness/Spirituality), multidimenzionálního měření religiozity/spirituality. Tématem subškál bylo vnímání smyslu, náboženské nebo duchovní přesvědčení a podpora nebo zapojení do náboženských aktivit. Byl zjišťován vztah těchto aspektů a fyzického a duševního zdraví.¹⁶⁹

Autoři uvádějí, že u jedinců po CMP bylo obecné vnímání zdraví významně korelováno pouze s jednou z osmi subškál BMMRS, a tou je náboženské a spirituální zvládání (coping) ($r = 0,43$). Tedy respondenti, kteří uváděli, že používají více náboženských a duchovních dovedností pro zvládání stresu, měli s větší pravděpodobností lepší celkové duševní zdraví. Žádné další faktory religiozity a spirituality nebyly významně korelovány s duševním nebo tělesným zdravím.

¹⁶⁷ Dostupných studií je více, ale jejich respondenti jsou např. pouze muslimové nebo hinduisté. Protože se tato práce orientuje převážně na křesťansky zaměřenou duchovní péči a nám blízké kulturní prostředí, neuvádím je zde.

¹⁶⁸ JOHNSTONE et al., Relationships ... stroke [online]

¹⁶⁹ Zdraví bylo měřeno pomocí subškál škály SF-36 (Medical Outcomes Scale-Short Form 36)

Studie č. 11¹⁷⁰

Může víra chránit před nadměrnou emoční zátěží po mrtvici?

2007, Itálie, kvalitativní

Cílem studie autorů Giaquinto et al. bylo zhodnotit, zda náboženské přesvědčení může chránit před emočním distresem. Data byla shromážděna od 132 pacientů průměrného věku 70 let, kteří byli hospitalizováni za účelem rehabilitace po CMP. Závažnost jejich CMP byla vyhodnocena jako střední, spíše mírná¹⁷¹, průměrný čas od jejího prodělání byl devět dní.

Při přijetí všichni účastníci studie absolvovali polostrukturovaný rozhovor o náboženském přesvědčení RFI (Royal Free Interview for religious and spiritual beliefs), jehož součástí je škála měřící duchovní a náboženské přesvědčení a škála filozofického chápání. Dále byla u respondentů hodnocena míra výskytu úzkosti a deprese.¹⁷²

Osoby s vysokým skóre úzkosti a deprese měly výrazně nižší skóre na RFI. Z toho dle autorů vyplývá, že silnější náboženské přesvědčení působí jako mocný ochranný faktor proti emočnímu stresu. Autoři si uvědomují, že tato zjištění nemusí být obecná, protože jejich výzkum byl proveden v Itálii (konkrétně v Římě), kde je většina obyvatel katolického vyznání. Mechanismy náboženského a spirituálního zvládnání problémů však byly identifikovány i u nekatolíků.

Studie č. 12¹⁷³

Duchovní zvládnání po CMP

2018, Indonésie, kvalitativní

Malá studie proběhla v Indonésii. Arafat et al. se v ní zaměřili na duchovní zvládnání (coping) osob po CMP. Provedli nestrukturované rozhovory se 7 pacienty¹⁷⁴ z centra pro osoby po CMP. Duchovní zvládnání bylo definováno jako soubor náboženských a duchovních praktik založených na vztahu k Bohu či transcendentnu, které slouží jedincům k ovládnání a překonávání stresových

¹⁷⁰ GIAQUINTO et al., Can faith protect [online]

¹⁷¹ 41 bodů na Scandinavian Stroke Scale

¹⁷² pomocí škály HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale)

¹⁷³ ARAFAT et al., Spiritual coping [online]

¹⁷⁴ Jednalo se o 3 muže a 4 ženy, z toho 5 muslimů a 2 křesťany.

situací, nemoci a utrpení. Byly zahrnuty konkrétní čtyři strategie duchovního zvládnání osob po CMP: pocit spojení s Bohem, důvěra v Boha, hledání duchovní podpory a hledání smyslu a účelu.

Z rozhovorů vyplynulo, že zkoumané spirituální mechanismy zvládnání po CMP představují hlavní strategii, jak se vyrovnat s následky nemoci. Respondenti uváděli, že modlitba jim pomohla snížit úzkost z následků nemoci a pocit spojení s Bohem jim poskytl důvěru v budoucnost. Důvěra v Boha jim umožnila nemoc přijmout a lépe se přizpůsobit novým podmínkám. Cenili si svých blízkých vztahů, lásky a sounáležitosti jakožto sociální dimenze spirituálních potřeb.

Shrnutí

Z uvedených studií vyplývá, že zdravá spiritualita a náboženské přesvědčení jsou důležitým zdrojem podpory. Mohou proto sloužit jako potenciální ochranný faktor proti emočnímu stresu po CMP. Autoři ve svých závěrech doporučují brát tato zjištění v úvahu a v rámci rehabilitačního procesu zajistit osobám po CMP duchovní podporu.

5.4 Širší záběr výzkumu při neurologických onemocněních

Studie k ostatním typům poškození mozku (nádory na mozku, zánětlivá onemocnění mozku a epilepsie) již nebyly zahrnuty, protože tato diplomová práce se soustředí primárně na osoby po TBI a CMP. Širší záběr výzkumu v oblasti spirituality a náboženství při neurologických onemocněních (kam vedle ZPM spadají např. roztroušená skleróza, různé typy demence, Parkinsonova choroba, poranění míchy apod.) sledovala Sováriová Soósová. Uvádí pět studií mezi lety 2013–2019. Na základě jejich zjištění shrnuje, že spirituální a religiózní zdroje jsou pro člověka ve vážných životních situacích důležité a že pozitivní duchovní zkušenosti a hodnoty mohou přispívat k vyšší míře pohody a kvality života pacienta. Duchovní zkušenosti pomáhají lidem s těmito onemocněními lépe porozumět životním událostem, dát jim smysl, dále pomáhají uvědomit si celostnost vlastního života, posílit zvládnání zdravotního postižení a vnímat dobrou kvalitu života i navzdory nepříznivým okolnostem.¹⁷⁵

¹⁷⁵ SOVÁRIOVÁ SOÓSOVÁ, Péče o duchovní potřeby, 65–66

6 Podněty pro duchovní péči o osoby se ZPM

Psychologické a medicínské hledisko v předcházejících kapitolách pomohlo nahlédnout na problematiku komplexněji. Uvedené studie se zaměřovaly hlavně na vliv spirituality na fyzické a dušení zdraví, vyrovnávání se s nepříznivými okolnostmi souvisejícími se zdravotním stavem, léčbou a rehabilitací.

Tato kapitola naváže doporučovými intervencemi pro duchovní péči, případně spirituální aspekty jiné poskytované péče (např. rehabilitační). Halík neshledává mezi péčí o duši a zdravotně sociální intervencí žádné napětí či konkurenci. Duchovní, medicínský nebo psychologický zásah se mají naopak doplňovat. K zotavení¹⁷⁶ celého člověka je třeba více výchozích bodů a postupů z několika stran.¹⁷⁷ Jak píše Macek, duchovní péče si neklade za cíl uzdravovat, ale posílit k životu. Jde v ní spíše o doprovázení než o pomoc v konkrétní bolesti. Je to nabídka blízkosti, vyjadřovaná a realizovaná starost o druhého, která dává zakusit jiný, Bohem inspirovaný pohled na život.¹⁷⁸

Definici duchovní péče o osoby nemocné nabízí Opatrný:

„Spirituální péči v širokém slova smyslu rozumíme takové jednání s nemocným člověkem, ve kterém ho respektujeme v jeho jedinečnosti, vnímáme jeho existenciální i ryze duchovní otázky a problémy, doprovázíme ho v jeho obtížích, nemoci, utrpení či umírání a pomáháme mu k lidsky důstojnému prožívání a zvládání jeho životní situace až ke smrti a s úctou přitom respektujeme jeho světonázorovou orientaci a jeho potřeby.“¹⁷⁹

Takto definovaná péče se nemusí odehrávat pouze v nemocničním zařízení, rehabilitačním centru či při formální návštěvě v domácím prostředí. Dle Macka by bylo ideální, kdyby v případě duchovní péče platil princip

¹⁷⁶ V této práci pracuji spíše s pojmem zotavení než s pojmem uzdravení, které ve svém textu použil Halík. O zotavení (recovery) se v souvislosti se ZPM hovoří častěji. Zotavení je chápáno jako proces nalézání nového významu a smyslu života člověka daného tím, jak překonává důsledky onemocnění. Podle Anthonyho je zotavení „hluboce osobní, jedinečný proces proměny postojů, hodnot, pocitů, cílů, dovedností a rolí jednotlivce. Je to způsob, jak žít spokojený, nadějeplný a přínosný život přes omezení způsobené nemocí.“ In MPSV [online] Příručka jazyka zotavení

¹⁷⁷ HALÍK, Sedm úvah, 51

¹⁷⁸ MACEK, Cesty k lidem

¹⁷⁹ OPATRŇÝ, Spirituální péče, 17

subsidiarity, totiž kdyby člověk nacházel dostatečnou oporu ve své rodině, komunitě, mezi nejbližšími.¹⁸⁰

V této práci se zaměřuji na intervence duchovní péče, která může být poskytována jak laiky, tak duchovními. Jak uvádí Svatošová, vhodným poskytovatelem duchovní péče je kdokoliv, s kým má nemocný důvěrný vztah. Může to být blízký příbuzný stejně jako zpovědník či duchovní rádce, přítel ze společenství, žijící stejnou spiritualitou jako on.¹⁸¹ Může jím být samozřejmě také sociální či zdravotnický pracovník, který je člověku se ZPM blízký. V následujícím textu bude člověk, který v tomto smyslu poskytuje duchovní péči, nazýván průvodcem či doprovázejícím. Člověk se ZPM bude někdy označen pro zjednodušení doprovázeným.

6.1 Doporučené duchovní intervence

Duchovní péče o osoby se ZPM má určitá specifika, která vznikají z nutnosti přizpůsobit ji následkům ZPM. Především na tato specifika se následující kapitola zaměří. Vedle nich se zcela samozřejmě předpokládá úcta k osobě a vnitřnímu světu doprovázeného, empatie, umění naslouchat, trpělivost, schopnost vytvořit pro duchovní intervence klidné, bezpečné a důstojné prostředí.¹⁸²

Důležité obecné principy pro přístup k osobám se ZPM shrnuje Powell:

1. Člověk s vážným poškozením mozku nikdy nepozná, kolik má vnitřní síly, dokud s ním nezačneme jednat jako se skutečným člověkem.
2. Nic se nevyrovná síle lásky. Je to jediný zázračný zdroj, který existuje.
3. Lidé, kteří utrpěli poranění mozku, nechtějí almužnu, chtějí se o sebe umět postarat.
4. Tito lidé potřebují být vedeni k tomu, aby nesrovnávali svůj současný stav se stavem před ZPM, ale aby si dokázali vážit pokroků, které od té doby udělali.
5. Lidé by neměli přestat snít. Je dobré spolu s nimi hledat, o čem sní. Mohou realizovat téměř cokoli, jenom to budou muset dělat jinak než dřív.¹⁸³

¹⁸⁰ MACEK, Cesty k lidem

¹⁸¹ SVATOŠOVÁ, Víme si rady, 30

¹⁸² Srov. MARYŠKOVÁ, Specifika pastorační péče, 144, OPATRNÝ, Spirituální péče, 36–37

¹⁸³ POWEL, Poškození mozku, 55

V následujících statích jsou popsány intervence vhodné jak pro individuální, tak skupinovou práci. Podněty vycházejí převážně od autorů, kteří se zabývají spiritualitou osob se ZPM, jsou však doplněny také doporučeními od těch, kteří se věnují obecnějšímu poli duchovní péče o nemocné.

6.1.1 Přítomnost duchovně doprovázejícího

První doporučení se jeví jako zřejmé, přesto leckdy nebývá vůbec snadno proveditelné. Jde o to, aby u člověka někdo, kdo mu může poskytnout duchovní péči, vůbec byl. A to nejen tělem a myslí, ale i celým svým srdcem. Jak se takový člověk může přiblížit, když ten druhý je čerstvě po ZPM, popisuje Taylorová. Ještě v nemocnici, když pozbyla schopnost chodit, mluvit, rozumět jazyku, číst, psát nebo se jen převálit na posteli, chtěla druhým říci:

„Když na mě zvýšíte hlas, neznamená to, že vám budu lépe rozumět! Nebojte se mě. Přijďte ke mně blíž. Přiveďte ke mně svou něžnou duši. Mluvte pomaleji. Vyslovujte zřetelněji. Znovu! Prosím, zkuste to znovu! P-o-m-a-l-e-j-i. Chovejte se ke mně laskavě. Dejte mi pocit bezpečí. Uvědomte si, že jsem raněné zvíře, nikoli hloupé zvíře. Jsem zranitelná a zmatená. Je jedno, kolik mi je let i co jsem zač, prostě mi vyjděte vstříc. Přistupujte ke mně s úctou. Já jsem tady. Pojďte blíž a najděte si mě.“¹⁸⁴

Obdobné doporučení předkládají Hughes a Handzo, američtí duchovní, z jejichž působení vznikla metodika osvědčených postupů pro poskytování duchovní péče osobám s posttraumatickou stresovou poruchou a TBI.¹⁸⁵ Původce by měl trávit čas s člověkem po TBI tím, že s ním bude jednoduše *plně přítomen*, aniž by měl nějaký program nebo cíl, kterého by s ním chtěl dosáhnout. A to obzvláště v případech, kdy má doprovázený problémy s verbálním vyjadřováním. Původce by neměl tento čas pokládat za promarněný, neměl by se proto snažit vyplnit ticho mezi sebou a doprovázeným slovy, modlitbami, duchovními naukami nebo monology, ale místo toho by se měl zaměřit na skutečnou přítomnost s ním uprostřed ticha. Důležité je nepředkládat doprovázenému vlastní spiritualitu, nenechat se zlákat nutkáním formulovat za něj prosby. Místo toho může tichá modlitba a/nebo přímé

¹⁸⁴ TAYLOROVÁ BOLTEOVÁ, Můj okamžik prozření, 97

¹⁸⁵ HUGHES, HANDZO, Spiritual Care Handbook on PTSD/TBI [online]. Tato příručka se zaměřuje především na duchovní péči o osoby, které se s TBI navrátily ze zámořských válečných operací. Dvojice duchovních předkládá tři doporučení. Jsou jimi: služba tiché přítomnosti, pomoc s přerámováním aktuální životní situace a zaměření se na vděčnost a duchovní požehnání.

zaměření na doprovázeného přinést silné neverbální mezilidské spojení. Tato intervence duchovní péče by měla mít za žádoucí výsledek navázání bezpečného a důvěryhodného vztahu s doprovázeným, což je často léčivé už samo o sobě.¹⁸⁶

Křivohlavý v této souvislosti připomíná slova našich otců: *Není člověku dobré býti samotnému*, která odkazují k potřebě přítomnosti doprovázejícího. A to takového, který nemocného neopustí, neuteče mu, nestávkuje ani se na něho moc nezlobí. To má svou cenu zlata.¹⁸⁷ Tato přítomnost může zprostředkovat léčivou sílu ticha, které není pouhou nepřítomností hluku a zvuků. Moore uvádí, že takto klidné prostředí není prostředí pasivní. Na klidném místě člověk slyší vlastní myšlenky a cítí své emoce.¹⁸⁸ Člověk často potřebuje v přítomnosti doprovázejícího třeba jen sedět a čekat, jestli se pomalu nezačne objevovat nějaký smysl. Někteří mají od samého počátku slabé tušení, že se v nich formuje něco nového. To nejlepší, co doprovázející může udělat, je sedět a čekat s ním, až se vyjeví, o co vlastně běží.¹⁸⁹

Také dle Křivohlavého má podpůrné ticho moc uzdravovat, pomáhat, objevovat skryté poklady v hloubi duše, objevovat, kdo vlastně je ten, s nímž hovoříme.¹⁹⁰ Gerlichová pracuje s tím, že je důležité, jaké emocionální zabarvení tichu doprovázející dá. Je třeba si uvědomit, že pro někoho se asociuje s klidem a uvolněním, pro jiné s prázdnotou a smrtí. Především ale může představovat svobodný prostor člověka. K harmonii uvnitř i vně člověk potřebuje vyváženou dávku ticha i zvuků. Ticho je nutně potřebné k tomu, aby člověk mohl být sám sebou a se sebou samým, někdo více, jiný méně.¹⁹¹

Někdy doprovázený vnějšimu tichu nerozumí (takový příklad bude uveden v závěrečné kazuistice), přesto však je dobré být na ticho naladěný, tj. nebýt přehlacen vnitřními zvuky, které znesnadňují soustředění na druhého. Taylorová popisuje, jak potřebovala, aby se lidé nezdráhali přijít až k ní, aby si ji našli. Přála si, aby k ní přicházeli jen lidé dobře naladění a laskaví. Aby se k ní v klidu posadili, sevřeli jí ruku v dlaních a pomalu vyprávěli, jak se mají, na co myslí a jak spolu s ní věří, že se z toho dostane.¹⁹²

¹⁸⁶ HUGHES, HANDZO, *Spiritual Care Handbook* [online], 46

¹⁸⁷ KŘIVOHLAVÝ, *Vážně nemocný*, 74–75

¹⁸⁸ MOORE, *Léčebná péče o duši*, 66

¹⁸⁹ MOORE, *Temné noci duše*, 26

¹⁹⁰ KŘIVOHLAVÝ, *Povídej – naslouchám*, 21

¹⁹¹ GERLICOVÁ, *Muzikoterapie*, 18

¹⁹² TAYLOROVÁ BOLTEOVÁ, *Můj okamžik prozření*, 154–156

Jinými slovy potřebovala *tři léky* na zvládnání negativních emocí, které doporučuje Křivohlavý. Jsou jimi klid, radost a naděje. Přináší je právě osobnost doprovázejícího. Je potřeba, aby doprovázející sám měl hluboké zakotvení a pěstoval svůj vnitřní pokoj a radost. Není to snadný úkol. Právě ve styku s těžkými životními zkouškami se snadno pozná pravá radost od radosti hrané, mělké, předstírané. Naději přináší častokrát právě ten, kdo se ve svém životě potkal s beznadějí a situaci úspěšně zvládl. Proto je vhodné zapojovat do léčebného procesu ty, kteří jsou živoucím důkazem možnosti zotavení. A vedle toho nezapomenout na nadějí nadosobní, že člověk nežil marně, že vše mělo smysl.¹⁹³

6.1.2 Pomoc s přerámováním situace

Mnoho lidí se ZPM mívá pocit, že si své zranění či příhodu způsobili sami, nebo že si ho dokonce zasloužili, že je Božím trestem. Hughes a Handzo se na tento fenomén zaměřili ve svém druhém doporučení. Průvodce může pomoci s přerámováním tohoto přesvědčení. Je potřeba, aby důsledně, ale jemně hledal způsoby, jak poukázat na to, že Bůh naopak do jeho trápení s láskou vstupuje a pomáhá mu ho proměňovat.

Člověk se ZPM nemusí mít stejnou kognitivní schopnost „zdůvodnit“ své domněnky, jakou měl před úrazem či příhodou. V důsledku toho může být zapotřebí, aby doprovázející hledal vhodný způsob, jak nejlépe sdělit doprovázenému, že je skutečně Bohem milován a že ho Bůh netrestá. V tomto ohledu může být užitečné použití umění, hudby, vhodných fyzických doteků, modlitby, ticha, neverbální komunikace a Písma. Přerámování bude pravděpodobně vyžadovat mnoho opakování a posilování, ale nakonec přesměruje pozornost doprovázeného od toho, kým není (kým byl), k tomu dobrému, co je a může být (kým se může stát).¹⁹⁴

Doprovázený může svou situaci interpretovat v rozmanitých otázkách: *Kdo to zavínil?* či *Proč se to stalo zrovna mně?* Křivohlavý doporučuje pokusit se zprostředkovat následující postoj: *Dobře, stalo se. Já to беру. Je na mně, abych v nemoci obstál.* Existují dva druhy naděje, které skutečně doprovázenému pomohou. První spočívá v tom, aby si postavil realizovatelný a pro něj přitažlivý plán. Každý dílčí úspěch na cestě k jeho plnění mu bude radostí a posílí naději,

¹⁹³ KŘIVOHLAVÝ, Vážně nemocný, 71–73

¹⁹⁴ HUGHES, HANDZO Spiritual Care Handbook [online], 47

že cíle bude dosaženo. Druhý druh naděje přesahuje hranice vlastní existence doprovázeného. Může se např. pokusit zachovat své životní poznatky druhým lidem, někomu něco hodnotného dát apod. Tento druh naděje úzce souvisí s poznáním, že jeho život není marný.¹⁹⁵

6.1.3 Zaměření na vděčnost a požehnání

Jak jsem již zmínila, cesta adaptace po ZPM je dlouhá a složitá, mnohdy se podobá vnitřnímu výstupu na Mt. Everest. Je na ní spousta pozitivních milníků, pádů i nezdarů. Průvodce proto může doprovázenému pomoci tím, že vyzdvihne to, co se mu povedlo, pojmenuje dosažené milníky, pomůže mu je uvidět a ocenit. Dle Hugese a Handza někdy pomáhá také „srovnávání směrem dolů“. K tomu dochází, když si člověk uvědomí, že jakkoli se mu může dařit špatně, je na tom lépe než někteří jiní lidé (které zná např. z prostředí rehabilitace). Může být také schopen vyjádřit, v čem se mu nyní daří lépe než dříve. Už jen vyslovená vděčnost za to, že přežil, může některému doprovázenému stačit k tomu, aby mu zprostředkovala určitou míru naděje a důvěry ohledně jeho budoucnosti.¹⁹⁶

O srovnávání píše také Křivohlavý. Doprovázeného může v určitých případech posílit, vidí-li, že na tom není zrovna nejhůře. Jiný druh srovnání však může být ještě podnětnější, a to srovnání s člověkem, který podobný boj vítězně vybojoval, situaci zvládl. Své místo má zde tedy také kladný hrdina.¹⁹⁷

Pokud má člověk se ZPM potíže s nalezením naděje, může mu průvodce pomoci hledat skryté dary a zdroje odolnosti, a tím přesunout pozornost od toho, co ho trápí. Hughes a Handzo vyznívali, že čím více je dotyčnému umožněn pohled do zpětného zrcátka, ve kterém vidí, jak dlouhou cestu směrem k zotavení už ušel, tím spíše uvěří v možnou změnu k lepšímu. Průvodce může doprovázenému pomoci tím, že se ho zeptá, za co může být vděčný nebo také, kde v době od svého zranění (nebo dokonce v době, kdy byl zraněn) viděl, že Bůh působí nebo je s ním přítomen.¹⁹⁸

Tyto otázky je však třeba vyslovit citlivě, když je navázána důvěra, vhodné je načasovat. Je potřeba nezapomínat na potřebu katarze a ventilu černého humoru a dávat si pozor na příliš „pozitivní myšlení“. Úskalí tohoto přístupu je

¹⁹⁵ KŘIVOHLAVÝ, Vážně nemocný, 59–61

¹⁹⁶ HUGHES, HANDZO, *Spiritual Care Handbook* [online], 47

¹⁹⁷ KŘIVOHLAVÝ, Vážně nemocný, 61

¹⁹⁸ HUGHES, HANDZO, *Spiritual Care Handbook* [online], 47–48

dobře vidět ve filmu „Kurz negativního myšlení“¹⁹⁹, kde na terapeutku protagonista reaguje slovy: „*V poslední době jsem ochrnutel a impotentní, takže nemám pocit, že bych zažil něco hezkýho.*“ Terapeutka, která nechce brát tuto jeho odpověď v potaz, musí následně čelit tomu, jak se jí její propracovaný program, zaměřený na vděčnost a oceňování dosažených milníků, hroutí. V závěru, poté, co dojde ke svobodnému ventilu negativity, jí protagonista řekne: „*Musíš si uvědomit, že nikdy nemůžeš pochopit naše problémy, když se nenaučíš myslet aspoň trochu negativně.*“

6.1.4 Modlitba a meditace

K duchovní péči neodmyslitelně patří modlitba. Pro osoby se ZPM, obzvláště s kognitivním deficitem či poruchami řeči, bývá obtížné ji formulovat vlastními slovy. V takových případech doporučuje Maryšková, aby se doprovázený zaposlouchal do známých slov, která nevyžadují soustředění. To vede k uvolnění, navození atmosféry důvěry a zprostředkování pocitu jistoty, bezpečí a útěchy. Modlitba je také akt tělesný, patří k ní sepjetí rukou, někdy držení růžence, křížku, sklonění hlavy, zavření očí apod. Proto se i tam, kde již není možnost verbálního vyjádření, může uskutečnit modlitba bez něj, ve vnitřním prostoru ticha.²⁰⁰

Někdy je vhodné modlit se jen pomocí jednoho stále se opakujícího slova či fráze (Maranatha²⁰¹) tak, jak je doporučováno pro praxi křesťanské meditace. Jak uvádí Macek, meditace je formou uvědomování si Boží přítomnosti, která zahrnuje také tělo se všemi jeho smysly. Vede člověka ke zklidnění, které ho učiní citlivějším pro Boží dary, pomůže k účinnějšímu vstřebávání biblických textů a jejich přenesení do vlastního života.²⁰²

Meditace má také mnoho zdravotních výhod. Ne každý člověk po ZPM je jí ale schopen, bývá vhodná spíše u lehčích forem poškození. Acabchuk et al. provedli metaanalýzu intervencí založených na meditaci, józe a mindfulness u osob s chronickými příznaky lehkého TBI. Jejich zjištění byla napříč dvaceti studiemi homogenní. Symptomy, které vykazovaly největší zlepšení, byly únava a deprese. Docházelo také ke zlepšení kognitivního výkonu a zvýšení kvality

¹⁹⁹ Kurz negativního myšlení [film]. Režie BREIEN Bård, Norsko, 2006.

²⁰⁰ MARYŠKOVÁ, Specifika pastorační péče, 151

²⁰¹ „Pane, přijď.“ Tuto starobylou křesťanskou modlitbu pocházející z aramejštiny doporučuje např. Laurence Freeman. In www.krestanskameditace.cz

²⁰² KVĚTONOVÁ, MACEK, RIDZOŇOVÁ, Ty jsi se mnou, 458–459

života.²⁰³ Dlouhé meditace a relaxace se obecně nedoporučují lidem trpícím epilepsií.

6.1.5 Komunitní program

Jak již bylo zmíněno v pojednání o potřebách osob se ZPM, ze setkávání s lidmi, kteří procházejí podobnými těžkostmi, často vzejde vzájemná opora a síla. Důležitou roli mohou tedy sehrát skupinové aktivity zaměřené na duchovní rozměr života. V USA navrhla Thompsonová program zvaný Grace notes, jehož cílem je podpořit duchovní pohodu u dospělých osob se ZPM, a tím zvýšit kvalitu jejich života.²⁰⁴ Jednotlivé intervence programu vycházejí z různých duchovních praktik a tradic. Jejich cílem je umožnit klientům prohloubit vztah k Vyšší moci, jak ji sami chápou, a posílit tak duchovní odolnost.

Manualizovaný program Grace Notes je založen na poznatcích z oblasti spirituality a zdraví, vychází z principů neurorehabilitace a dobře zavedeného modelu pastorační péče.²⁰⁵ Jeho intervence jsou uzpůsobeny osobám, které mají kognitivní deficit. Účastníci programu ale musejí mít alespoň minimální dovednosti ve čtení a psaní, být schopni se verbálně vyjadřovat, být dostatečně emočně stabilní, aby se mohli účastnit skupiny, a neléčit se ze závislosti na návykových látkách.

Program Grace Notes je navržen pro 14 skupinových sezení trvajících 45 minut. Propojuje témata rehabilitace po ZPM (jako jsou např. trénink paměti, nácvik řešení problémů, rozvoj sociálních dovedností) s řadou duchovních praktik (např. modlitbou, vizualizací, technikou mindfulness, prací s afirmacemi). Každé sezení má svou základní strukturu. Nejprve účastníci referují o významném zážitku z uplynulého týdne, další část je věnována praxi aktuální lekce, po ní následuje skupinová diskuse, reflexe a závěrečná modlitba.²⁰⁶

²⁰³ ACABCHUK et al. [online], Therapeutic effects of meditation

²⁰⁴ THOMPSON [online], Grace notes

²⁰⁵ Zde autorka odkazuje na model Antona T. Boisen. BOISEN, Anton T., *The Exploration of the Inner World: A study of mental disorder and religious experience*. New York: Harper and Brothers, 1936.

²⁰⁶ Pracovní listy Grace notes jsou ke stažení na webových stránkách Allina Health: <https://www.allinahealth.org/-/media/allina-health/files/business-units/courage-kenny->

Thompsonová et al. provedli studii, aby zhodnotili proveditelnost Grace notes v rámci dvou skupin osob se ZPM.²⁰⁷ V první skupině se programu účastnilo 25 pacientů, kteří zrovna absolvovali intenzivní šestiměsíční rehabilitační program. Sezení zde vedla Thompsonová, která působí jako kaplanka. Druhá skupina sestávala z osmi účastníků a fungovala samostatně (nikoli jako součást rehabilitačního programu). Program v ní vedl dle manuálu proškolený logoped.

Autoři následně hodnotili, do jaké míry je program Grace Notes pro tyto dvě skupiny přijatelný, proveditelný a účinný a zda ho může poskytovat dle manuálu někdo jiný než jeho tvůrce. Zajímalo je, zda program může osobám po ZPM pomoci při adaptaci na nové podmínky a ke zlepšení duševního zdraví. K analýze byla použita čtyři měřítka pro vyhodnocení spirituálního zdraví.²⁰⁸ Celkově měli účastníci ze sezení Grace Notes příznivé dojmy, a to v obou skupinách, že čehož plyne, že ho může poskytovat i krom duchovního i rehabilitační pracovník. Přestože na počátku většina z nich neuváděla duchovní bolest, program hodnotila jako velmi přínosný pro svůj život. Proto se autoři shodují, že je užitečný pro zvýšení kvality života a odolnosti po ZPM.

6.2 Využití prvků alternativní a doplňkové terapie

Autoři výše uvedených doporučení zmiňují vhodnost intervencí prostřednictvím umění, přizpůsobených forem doteku a neverbální komunikace. Tím spíše, že často se od nemocných očekává, že shrnou svou zkušenost pomocí psychologického nebo lékařského jazyka. Moore namísto toho navrhuje pomoci člověku najít dobrý obraz nebo možnost převyprávět svůj příběh neobvyklým způsobem. Jde o to, aby formuloval své prožívání jazykem, který vystihuje jeho základ a smysluplně ho propojuje se zbytkem jeho života.²⁰⁹ Aby bylo pro provázejícího snazší tímto směrem intervence uzpůsobit, je vhodné, aby byl

rehabilitation-institute/about-courage-kenny-rehabilitation-institute/research/grace-notes-participant-materials.pdf?la=en&hash=5B8C443527D806750E671C6F560BF430

²⁰⁷ THOMPSON [online], Grace notes

²⁰⁸ Měřicí nástroje: Spirituality Index of Well-Being (SIWB), Spirituality Fitness Inventory (SFI), Spiritual Pain Question (SPQ), Ryff's Scales of Psychological Wellbeing (RSPWB)

²⁰⁹ MOORE, Temné noci duše, 31,33

alespoň v základu obeznámen s principy expresivních terapií a dalších vhodných doplňkových metod, kterým bude věnována tato kapitola.

6.2.1 Hudba a muzikoterapie

Jak píše Sacks, lidé nejsou o nic méně druhem muzikálním než lingvistickým. Téměř všichni jsou schopni vnímat barvu a výšku tónů, intervaly, melodické kontury, harmonii, rytmus. Toto všechno člověk integruje a za použití rozdílných částí mozku „vytváří“ hudbu. Z velké části nevědomý proces porozumění hudbě je navíc často doprovázen silnou citovou reakcí.²¹⁰

Dle Maryškové lidé, kteří již nejsou schopni vyjádřit srozumitelně svá přání a pocity, je mohou vyjádřit reakcí na jim známý druh hudby. Hudba v sobě zahrnuje současně emocionální, tělesnou, duševní, kreativní a spirituální dimenzi. Účinky hudby přitom nezávisí pouze na jejím rytmu či melodii, ale také na tom, zda je spojena s určitými životními etapami nemocného. U nábožensky orientovaných lidí po poškození mozku často zůstávají v dlouhodobé paměti duchovní písně. Pokud je nejsou schopni zazpívat, mohou opakovat některá slova či doprovázet známou píseň poklepáváním, tleskáním apod. Křesťanská hudba tak může sloužit jako výrazový prostředek náboženského prožitku. Pro doprovázejícího je možné prostřednictvím hudby přispět k uvolnění, zmírnění strachu či neklidu a cíleně posilovat či zeslabovat emoční situace. Je však třeba pamatovat i na to, že hudba nemusí být vždy spojena výhradně s pozitivními vzpomínkami.²¹¹

Sacks upozorňuje, že schopnost vnímat hudbu bývá také některými typy poškození mozku narušena. Existuje mnoho forem amúzie. Případně se může hudební představitost nadměrně rozvinout a stát se nekontrolovatelnou, což mnohdy vede k neustálému opakování poutavých melodií nebo až k hudebním halucinacím.²¹² I kdyby doprovázející s hudbou cíleně nepracoval, je dobré si uvědomit, že zvuky mohou být léčivé anebo mohou naopak vyvolávat vnitřní napětí. Je tedy vhodné zajistit si tiché prostředí, kam je možno vnášet vlastní žádoucí zvuky a tóny.

Pokud má doprovázený problém v oblasti kognitivních funkcí, lze dle Gerlichové koncentraci pozornosti stimulovat intenzivním zvukem či hudební

²¹⁰ SACKS, Musicophilia, 11

²¹¹ MARYŠKOVÁ, Specifika pastorační péče, 150

²¹² SACKS, Musicophilia, 12, 337

ukázkou, pro které je dotyčný motivován. Je zřejmé, že např. při úderu do gongu nebo trianglu člověk zpozorní a podívá se na zdroj zvuku. Té chvíle pak lze využít a navázat něčím, co vyžaduje pozornost. Při pravidelném opakování by se časové úseky plné pozornosti měly prodlužovat.²¹³

Hudba dle Thompsonové může lidem po poškození mozku pomoci zlepšit jejich komunikační a senzomotorické funkce a kognitivní schopnosti. Často překvapí, že někteří lidé s afázií dokážou zazpívat celé písničky, i když ze sebe jinak nevypraví srozumitelné slovo. Hudba může sloužit k tomu, aby nastartovala mozek a vytvářela nová spojení. Lidé se také s pomocí písňe leckdy snáze naučí různé věci ve správném pořadí nebo úplně nově. Muzikoterapeuti pro tento účel skládají pro nemocné písňe, které popisují určitý postup nebo posloupnosti činností, které si potřebují osvojit. Mnohdy písňe s tím správným textem nebo melodií dokáže vyjádřit to, co je v kontaktu pro člověka s afázií téměř nemožné.²¹⁴

Podle Sackse existuje mnoho úrovní, na kterých hudba lidi oslovuje, vstupuje do nich, mění je. Při společném zpěvu se lidé sbližují a sdílí citové rozrušení. Sbližení je hlubší, jestliže lidé uvádějí v soulad nejen hlasy, ale i těla – tančí spolu. Držet někoho, umožnit mu, aby se hýbal, dokáže, také díky aktivaci zrcadlových neuronů, spustit taneční reakci. Znovuzískání pocitu tělesné identity a tělesného vědomí, které se děje hlavně skrze rytmus, dokáže obnovit prvopočáteční vědomí, že člověk žije.²¹⁵

6.2.2 Dotek a bazální stimulace

Duchovní péče je v mnoha svých aspektech propojená s tělesností. V této souvislosti je možné využít prvků konceptu bazální stimulace. Ten pracuje s tělesnou rovinou mimo jiné tak, že zprostředkovává nemocnému známé podněty z jeho dosavadního života, zvláště pak ty, které mohou prohloubit jeho pocity jistoty a důvěry. Pokud s tímto konceptem pracují i blízcí pečující nemocného, je nanejvýš žádoucí ho zapojit i do péče duchovní.

Bazální stimulace je pedagogicko-ošetrovatelský koncept, který je orientovaný primárně na tělo. Friedlová zmiňuje, že tělo zdravého člověka je v neustálém kontaktu se sebou samým a s okolním světem. Tento kontakt

²¹³ GERLICOVÁ, Muzikoterapie, 76

²¹⁴ DOW a kol., 100 otázek a odpovědí, 163–165

²¹⁵ SACKS, Musicophilia, 334

probíhá prostřednictvím různých forem doteků. V situaci, kdy je somatický stav člověka změněn (např. z důvodu úrazu či nemoci), dochází k výrazné eliminaci vnímání vlastního těla a také okolního světa. S tím je úzce spojena také snížená schopnost orientovat se ve vlastním těle a v okolním světě.²¹⁶

Cílem konceptu bazální stimulace je doprovod a podpora lidí se změnami v oblasti vnímání, hybnosti a komunikace. Podporuje také mobilizaci zachovalých schopností klienta. Umožňuje lidská setkání na různých úrovních dialogu a komunikačního procesu, tedy i setkávání v bazální rovině. Jeho cílem je, aby se lidé se zdravotním postižením cítili dobře a byla podporována jejich autonomie. Jedná se o individuálně změřenou péči s důrazem na kvalitu života a lidskou důstojnost. Dle Friedlové jedinečnost tohoto konceptu tkví v tom, že je strukturován tak, aby s ním mohli pracovat u jednoho člověka různí profesionálové i rodina klienta, přičemž všichni sledují stejné cíle.²¹⁷

Jak může být bazální stimulace propojena s tělesným aspektem duchovní péče, přibližuje Maryšková. Například iniciální dotek²¹⁸ ve formě vkládání rukou v aktu žehnání či znamení kříže představuje pro lidi s kognitivním deficitem tělesně a smyslově uchopitelnou možnost navázání kontaktu. Tito lidé tak mohou zakusit nejen blízkost lidskou, ale i blízkost Boží. Doteky v této podobě mohou dávat doprovázenému pocit bezpečí a jistoty. Jsou rovněž výrazem bezpodmínečného přijetí nemocného člověka v jeho tělesné nedokonalosti jak druhým člověkem, tak zprostředkovaně Bohem. Samozřejmě je potřeba zohlednit rozdílnou potřebu blízkosti každého člověka.²¹⁹

6.2.3 Vyprávění příběhů, storytelling

Jak jsem již zmínila výše, člověku se ZPM mohou v jeho náročných životních situacích pomoci hrdinové, kteří obdobnými složitostmi života zdárně prošli. V těchto procesech pomáhají dle Moora velké náboženské příběhy. Znázorňují totiž lidské zápasy a nabízejí inspiraci a vhled.²²⁰

Léčivou moc storytellingu, neboli vyprávění příběhů, popisuje Allistonová. Příběhy podle ní mají moc naplňovat posluchačovu potřebu znát své místo a cítit se součástí společenství. Dávají známému světu smysl, pomáhají určovat hranice

²¹⁶ FRIEDLOVÁ, Bazální stimulace®, 17

²¹⁷ FRIEDLOVÁ, Bazální stimulace®, 15–19

²¹⁸ Cílený dotek pro sdělení počátku a ukončení přítomnosti či činnosti u doprovázeného.

²¹⁹ MARYŠKOVÁ, Specifika pastorační péče, 148–150

²²⁰ MOORE, Temné noci duše, 25

a pravidla soužití v prostředí komunity. Pomáhají ztotožňovat se se situací jiných, prohlubují zájem o porozumění druhým a také odpovídají na hluboké otázky duše. Příběhy posluchače zvou, aby se do nich vžili. Umožňují, aby prozkoumali choulostivá témata a vyjádřili své city.²²¹

Jak popisuje Hošek, příběhy jsou pozváním, zachycují život, jsou jeho otiskem. Příběh se skládá z událostí, jednajících postav, situací a okolností, tak jako život sám.²²² Působivě vyprávěný příběh zůstává s posluchačem dlouhou dobu. Lze ho použít k tomu, aby se lidé připravili na obtížné situace, které změní jejich život, jako je např. nemoc nebo změna prostředí. Dokáže účinně prohloubit duševní, tělesné a citové schopnosti, které člověk potřebuje, aby se s novou situací vyrovnal.²²³

Způsobům vyprávění zahrnujícím náboženskou zkušenost, které jsou vhodné pro lidi rehabilitující po CMP, se věnoval ve své studii Mundle. Upozorňuje na nutnost harmonie mezi verbálním a neverbálním vyjadřováním. Je důležité, aby vypravěč rozvíjel zvýšenou citlivost na mimiku, intonaci a dokázal udržovat přiměřený oční kontakt s posluchačem. Důležitá je klidná řeč těla, výraz ve tváři, přiměřená gesta a případně jemné doteky.²²⁴

Výsostné postavení mají biblické příběhy, obzvláště pro duchovní péči. Jak píše Hošek, Bůh tvoří slovem. Stvořil nebe a zemi tím, že začal vyprávět jejich příběh. A vypráví ho dál...²²⁵ Dle Allistonové biblické příběhy obracejí člověka k Bohu. Jsou mocné, protože to jsou Boží příběhy. Podněcují k modlitbě, zkoumání vlastního života a vybízejí naslouchajícího k nějaké reakci.²²⁶

Maryšková ve svém pojednání o pastoraci lidí s kognitivním deficitem doporučuje během práce s biblickými texty volit jednoduchá slova, která jsou srozumitelná a doprovázeného bezprostředně oslovují. Důležitý je rovněž tón hlasu, rytmus přednesu. Obzvláště vhodná je práce s texty, které hrály v životě doprovázeného důležitou roli.²²⁷

Nemusí se jednat pouze o prozaické pasáže. Mocnou vypravěčkou je také poezie. Maryšková doporučuje žalmy, neboť v nich jsou obsaženy nejzákladnější lidské zkušenosti. Právě díky svému lyrickému, rytmickému

²²¹ ALLISTONOVÁ, Jak vyprávět příběhy, 11

²²² HOŠEK, Chasidské příběhy, 186

²²³ ALLISTONOVÁ, Jak vyprávět příběhy, 11

²²⁴ MUNDLE, Engaging Religious Experience [online]

²²⁵ HOŠEK, Chasidské příběhy, 85

²²⁶ ALLISTONOVÁ, Jak vyprávět příběhy, 12–13

²²⁷ MARYŠKOVÁ, Specifika pastorační péče, 150–151

charakteru jsou vhodné k použití při doprovázení nejen nábožensky orientovaných pacientů.²²⁸ Navíc, jak přibližuje Macek, žalmista se obrací přímo na Boha, nepřipouští si jinou možnost, než že ho Bůh uslyší. Žalmy tak otevírají prostor pro odpověď, pro nalezení smyslu života i s jeho těžkostmi. I když se zdá, že je Bůh daleko a neodpovídá, i když vše trvá dlouho a situace se jeví jako bezvýchodná, mohou dodat sílu k dílčím malým krokům dopředu.²²⁹

6.2.4 Sdílení vlastní zkušenosti prostřednictvím psaní či řeči

Nejen naslouchání vyprávěnému, ale i vyprávění vlastního příběhu pomůže doprovázenému. Pokud se tak děje opakovaně, pomáhá to dle Moora člověku postupně objevovat propojení mezi jednotlivými životními zkušenostmi. Když člověk vypráví příběh o tom, čím prochází, dává své zkušenosti formu, usazuje ji mimo své nitro, protože ji formuluje tak, aby ho pochopili druzí.²³⁰

Kdo to zvládne, může o své zkušenosti s CMP napsat knihu jako např. Taylorová.²³¹ Někomu jinému více sedne formát blogu. Příkladem je Eliška, která prodělala CMP ve svých 20 letech. O svém blogu Holka s handicapem²³² říká: „*Na začátku jsem ho začala psát hlavně sama pro sebe, byl to takový způsob logopedie. Všichni říkali, ať něco napíšu. Mně to nepřišlo tak dobrý, ale postupně začali lidi můj blog navštěvovat...*“²³³ Píší jí lidé, kteří podobnou zkušeností prošli a hledají informace o svém stavu. Její příspěvky se jim líbí, protože jsou nadlehčené a plné černého humoru, a to jim, soudě z jejich reakcí, pomáhá. Takovéto odezvy druhých zase zpětně obohacují pisatelku a pomáhají jí najít její nové místo ve společnosti s přijetím změny, která v důsledku ZPM nastala.

Kdo se necítí na to, aby oslovil svým vyprávěním druhé lidi, může zvolit formu psaní dopisů, které nejsou určeny k odeslání. V těchto případech se doporučuje psát všechno, co člověka k jeho nelehké životní situaci napadne. Je možné napsat dopis např. nemocné části svého těla, díky čemuž s ní její nositel vstoupí do bližšího kontaktu. Může jí vyjádřit, co pro něj znamená a jak by si s ní přál fungovat. Nebo může zkusit o své zkušenosti napsat z pohledu vnějšího

²²⁸ tamtéž

²²⁹ KVĚTONOVÁ, MACEK, RIDZOŇOVÁ, Ty jsi se mnou, 22

²³⁰ MOORE, Temné noci duše, 80–81

²³¹ TAYLOROVÁ BOLTEOVÁ, Můj okamžik prozření

²³² www.holkashandicapem.cz

²³³ DRTINOVÁ, NOVÁKOVÁ, DVTV [online], Doktoři říkali

pozorovatele.²³⁴ A samozřejmě nanejvýš doporučeným prostředkem může být dopis psaný Bohu. Dle Macka už sama modlitba je dopis, který má adresáta. Možnost psát Bohu je otevřená pro všechny, i pro ty, kteří v něj nevěří, ale potřebují ho a chtějí, aby byl.²³⁵

6.2.5 Recepce vizuálního umění, výtvarná exprese a arteterapie

K vyjádření vlastního prožívání vyhovuje někomu více než slovo malba, kresba či modelovací hmota. Prostřednictvím výtvarného prožitku je možné žasnout, plakat, být znechucen, povzbuzen nebo být pozván do jiného světa.

V některých rehabilitačních centrech je užívána jako součást neurorehabilitace arteterapie.²³⁶ Arteterapie zde bývá indikována převážně pro emocionální odreagování, k podpoře fungování ve skupině, jako trénink kognitivních funkcí či motorických dovedností. Poskytuje příležitost znovu se naučit dovednostem, které mohly být v důsledku ZPM ztraceny. Jejím hlavním přínosem však bývá často to, že pomáhá objevovat nové, neotřelé přístupy k životu.

Bell zmiňuje, že umělecká tvorba je hluboce prostoupena transcendentními kvalitami, tudíž náboženství a spiritualita od ní nejdou oddělit. Arteterapie pomáhá prostřednictvím uměleckého vyjádření v člověku otevírat prostor, ve kterém lze vlastní spiritualitu objevovat a zkoumat. Imaginativní jazyk umění umožňuje vyjádření existenciálních otázek týkajících se nemoci a obav s ní spojených.²³⁷

Nejen vlastní tvorba, ale i receptivní vnímání výtvarného umění může mít blahodárný vliv na tělo, duši i ducha. Allistonová píše, že příběhy beze slov podávají vzrušující a odlišný náhled na svět a mohou obohacovat poznání o životě lidí, jejich obavách, nadějích a snech. V dějinách velkých náboženství můžeme vidět jejich poselství předávané skrze obrazy a symboly. Křesťané v každé době užívali umění k vyjádření pravdy, naděje a lásky i k představení velkých biblických postav.²³⁸ Nejen lidé s kognitivním deficitem či problémem

²³⁴ Inspirativní podněty k obdobným tvořivým cvičením poskytuje The Foundation for Art & Healing www.artandhealing.org

²³⁵ KVĚTONOVÁ, MACEK, RIDZOŇOVÁ, Ty jsi se mnou, 20

²³⁶ V zahraničí např. Headway www.headway.org.uk, u nás např. ERGO Aktiv www.ergoaktiv.cz

²³⁷ BELL [online], Art therapy and spirituality

²³⁸ ALLISTONOVÁ, Jak vyprávět příběhy, 22–25

s porozuměním řeči mohou být velkými příběhy ztvárněnými v obrazech osloveni daleko hlouběji než mluveným či psaným slovem.

6.2.6 Augmentativní a alternativní komunikace

Existují i jiné způsoby, které usnadňují vyjadřování těm, kteří mají problém s mluvenou řečí. Zabývá se jimi alternativní a augmentativní komunikace (AAK). Tento termín vymezuje Klenková. AAK se pokouší kompenzovat projevy závažných komunikačních poruch a umožňuje osobám, u nichž je částečně nebo úplně znemožněna verbální komunikace, dorozumívát se, vyjadřovat své pocity, přání, reagovat na podněty. Využívá prostředků nonverbální komunikace (pohled, mimika, gestikulace, vizuálně-motorické znaky), pomůcek (předměty, obrázky, fotografie, symboly, komunikátory) nebo různých doplňků ke snadnějšímu ovládní počítače.²³⁹

Způsobem komunikace spirituálních témat s pomocí těchto prostředků se zabývala např. Mackenzie. Spolu se členy anglického multidisciplinárního rehabilitačního týmu hledala, jak usnadnit vyjádření duchovních témat klientům po CMP, kteří mají potíže s verbalizací svých myšlenek. Zaměřovala se především na klienty s expresivní afázií, kteří jsou schopni porozumět tomu, co jim je řečeno, ale nejsou schopni na to adekvátně slovně reagovat. Pro ně samotné i pro jejich okolí bývá tento stav frustrující.

Autorka si ve své studii²⁴⁰ kladla otázku, jak je možné s nimi vést smysluplnou konverzaci, a to obzvláště v otázkách spirituality, jejíž povaha je abstraktní. Čím je totiž pojem abstraktnější, tím obtížnější je jeho vyjádření pomocí některých komunikačních pomůcek, jako jsou gesta, kreslení, psaní klíčových slov a používání obrázků a fotografií. Autorka se ptá, jaké možné další komunikační strategie, obzvláště z pole alternativní a augmentativní komunikace, by stálo za to pro tento účel prozkoumat. Zmiňuje tzv. Talking Mats, interaktivní pomůcku, která využívá podložky, na něž lze připevnit libovolně uspořádané obrázky.²⁴¹ Sady obrázků navrhuje rozšířit o vyobrazení týkající se spirituality, jako jsou posvátná místa nebo pocity či duchovní tázání související s nemocí a postižením.

²³⁹ KLENKOVÁ, Logopedie, 206–207

²⁴⁰ MACKENZIE, Sacred work? [online], 77–78

²⁴¹ <https://www.talkingmats.com>

O tato vyobrazení se pokusili Berning et al., kteří vytvořili *Komunikační kartu pro duchovní péči* (viz 1. příloha). Tato karta je určena pro pacienty na umělé plicní ventilaci, kteří nejsou schopni verbální komunikace. Skládá se ze čtyř sekcí, které odrážejí duchovní hodnocení, realizované obvykle prostřednictvím duchovního rozhovoru. Doprovázený obvykle označuje obrázky a piktogramy, slova tak, aby identifikoval svou duchovní či náboženskou příslušnost, řadu pocitů, hodnotil duchovní bolest a vybral požadovanou intervenci duchovní péče či jinou aktivitu.²⁴²

V českém prostředí se pracuje s obdobnými pomůckami, jako jsou již zmíněné Talking Mats. Volné karty se uspořádávají do tabulky pomocí suchých zipů. Na kartách mohou být fotografie, piktogramy, slova či nejčastější věty. Ze zkušenosti speciálního pedagoga a logopedky v našem neurorehabilitačním centru vím, že dospělí s afázií tento systém většinou odmítají. Bývá problém jim vysvětlit, že se jedná jen o dočasnou kompenzaci, že cílem je opravdu návrat k běžnému vyjadřování řeči. K používání karet u těchto osob také příliš nepomáhá to, že obrázky na nich působí většinou dětsky, což je vidět i na příkladu přiložené komunikační karty. Obrázkové karty pro duchovní péči jsou výborný nápad, stálo by však za to je vytvořit vizuálně lépe, s ohledem na dospělé jedince.

6.2.7 Práce se vzpomínkami, reminiscenční terapie

Cílená práce se vzpomínkami se v neurorehabilitaci indikuje převážně u osob s poruchou orientace osobou a časem. Na uznání důležitosti vzpomínání s ohledem na zvyšování kvality života je založená metoda zvaná reminiscenční terapie.²⁴³ Ta je využívána převážně při práci se seniory, ale také při práci s mladšími osobami se ZPM, kde je modifikována s ohledem na jejich možnosti a limity.

Cheng et al. uvádějí, že reminiscenční terapie obnovuje kognitivní funkce, zmírňuje úzkost a depresi osob po CMP, proto ji doporučují jako doplňkový rehabilitační program po CMP.²⁴⁴ Obdobně i Jenkins a Stragan, kteří se reminiscencí v kontextu rehabilitace zabývají, zmiňují její vliv na zlepšení

²⁴² BERNING, A Novel Picture Guide [online], SOVÁRIOVÁ SOÓSOVÁ, Péče o duchovní potřeby, 96

²⁴³ ŠPATENKOVÁ, BOLOMSKÁ, Reminiscenční terapie, 9

²⁴⁴ CHENG et al., Reminiscence therapy-based care program [online]

nálady a zapojení účastníků po CMP.²⁴⁵ Dle Špatenkové a Bolomské může reminiscenční terapie u osob po CMP pomoci k sebevědomí a znovunalezení sociálních a motorických dovedností. Navíc je možné díky ní procvičovat řeč, zapojit se do sociální interakce a procvičovat se v naslouchání.²⁴⁶

Vhodné stimuly pro vzpomínání jsou například fotografie, kresby, obrazy, články, obrázky známých míst, filmy, člověku známé předměty, již zmíněné písně, hudba, zvuky, mluvené slovo, ale také chutě, vůně, zkoumání zajímavých věcí na dotek, vykonávání známých pohybů a gest.²⁴⁷ To potvrzuje i autorka blogu Holka s handicapem, když zmiňuje, že zapomenutá vzpomínka musí být většinou něčím vybavena: „*Potřebuji třeba ukázat fotku nebo zaposlouchat se do písničky, kterou jsem kdysi měla ráda.*“²⁴⁸

Vzpomínky je možné vhodně využít také při hledání zdrojů a copingových strategií z minulosti. Opatrný doporučuje pracovat s duchovními vzpomínkami doprovázeného, byť jsou jen fragmentární. Přestože se může jednat o spiritualitu, která připadá doprovázejícímu nehodnotná, je pro svého nositele jediná reálná. Je proto dobré, aby byla co nejlépe využita k propojení se současnými zkušenostmi a zráním. Pomocí doprovázenému přenést v minulosti nabyté spirituální hodnoty ze sféry vzpomínek do současnosti způsobí, že se pro něj spirituální oblast stane živější, pravdivější a více související s jeho aktuálním stavem.²⁴⁹ Fragmentární vzpomínky mohou být také vyvolány náboženskými rituály, které obsahují mnohou opakujících se prvků.

²⁴⁵ JENKINS, STRAGAN, Reminiscence and ABI [online]

²⁴⁶ ŠPATENKOVÁ, BOLOMSKÁ, Reminiscenční terapie, 63–64

²⁴⁷ ŠPATENKOVÁ, BOLOMSKÁ, Reminiscenční terapie, 32–38

²⁴⁸ DRTINOVÁ, NOVÁKOVÁ, DVTV [online], Doktoři říkali

²⁴⁹ OPATRŇÝ, Spirituální péče, 58

7 Ilustrativní kazuistika

V závěrečné kapitole představím příběh Zdeňka, který je 18 let po vážném TBI. Nejprve se zaměřím na převyprávění důležitých aspektů té části jeho života, která se k TBI váže. Následně uvedu v přímé řeči rozhovor, který jsem s ním a jeho maminkou vedla, a zakončím vlastním podnětem pro duchovní péči. Všechny informace vycházejí z mé návštěvy u Zdeňka a jeho rodičů, která se uskutečnila dne 17. února 2023.

7.1 Zdeňkův příběh

V roce 2005 bylo Zdeňkovi 19 let a studoval střední průmyslovou školu stavební. Jednoho dne se on a jeho tři spolužáci srazili v autě s protijedoucím nákladním automobilem. Spolužák, který auto řídil, byl na místě mrtev, ostatní tři těžce zranění. Zdeněk utrpěl polytrauma včetně těžkého poranění mozku. Z místa nehody ho přemístil vrtulník do Ústřední vojenské nemocnice. Tam se rodiče od lékařů dozvěděli, že jeho stav je přímo neslučitelný se životem. Následovalo téměř roční kóma a půlroční rehabilitace v Rehabilitačním ústavu Kladruby. Odtamtud se Zdeněk po roce a půl vrátil domů jako „vánoční dárek“. Na počátku roku 2007 začali do domácího prostředí docházet odborníci a pomáhat rodičům se Zdeňkovou rehabilitací.

Jeho maminka Dana vzpomíná: „*Když Zdeňka ležel na JIP v ÚVN, na plentu někdo připevnil obrázek Ježíše. Říkala jsem si, že ho někdo chce držet v dobré víře nad vodou.*“ Později se rodiče dozvěděli, že obrázek tam připevnila kolegyně Zdeňkova táty, která tam tou dobou pracovala. „*Nic jsem o víře nevěděla, měla jsem pokřtěné rodiče, ale to bylo všechno. Lékaři nám nedávali ani jedno procento naděje. Přesto šly věci zázračně kupředu. Začalo mě to zajímat.*“

V bufetu v ÚVN se Dana náhodně setkala s hercem Janem Potměšilem. Dali se do řeči, držel ji za ruku a mluvil o tom, jak autonehodu, která mu zásadně změnila život, vnímá jako dar. Nabídl jí, že osloví své kolegy a přátele, aby se za Zdeňka vždy v určitý čas modlili. Dana poprosila své přátele, aby se k těmto modlitbám přidali. Rodina pak dostala kontakt na léčitelku, která byla ve spojení s neznámým mužem napojeným na Ducha svatého. Ten nechtěl odhalit svou identitu, a tak komunikoval s rodiči přes léčitelku. Když se Zdeněk v prvním

roce od nehody pohyboval na hranici života a smrti, léčitelka rodiče uklidňovala. Vzkazovala jim konkrétní věci, kde se aktuálně Zdeňkova duše pohybuje, např. že je nahoře s prababičkou a pradědečkem, chechtá se, je v ochranné náruči Panny Marie. Také rodiče ujišťovala, že se situace příští rok v květnu obrátí. A pak se Zdeněk skutečně začal v květnu probírat. Pomoc léčitelky i jejího anonymního společníka byla naprosto nezištná.

Kamarádka Stáňa, která připevnila obrázek Ježíše na plentu na JIP, nechávala tou dobou také za Zdeňka sloužit mše. Rodiče se to dozvěděli až zpětně. Dana Stáňu poprvé potkala až po Zdeňkově návratu domů. Tenkrát jí přinesla knížku „Ježíš tě miluje“ od Josepha K. Billa. Dana ji četla s velkým zaujetím. Paralelně měla rozečtenou i knihu o metodě ho'oponopono. Často se přistihla, že neví, kterou z těch dvou knih zrovna čte, nádherně se doplňovaly. Pocítila touhu poznat autora knihy o Ježíšovi, ale zjistila, že je po smrti. Vyhledala si však, že má nástupce, kterým je Pater Anthony Saji. Ten zrovna tou dobou chystal exercicie v České republice. Zdeňkovi rodiče nevěděli, co slovo exercicie znamená, ale pocítili touhu tam jet. Přihlásila se celá rodina a v dubnu 2010 vyrazili do Hejnic. Dana netušila, jak tam budou řešit přesuny na vozíčku, jestli to tam Zdeněk vydrží a jak se bude cítit. Kamarádka Stáňa jí poradila, ať to neřeší, a ono to pak skutečně nějak šlo. Danu exercicie velmi oslovily, vnímala silné, zázračné působení Boží a pocítila touhu se nechat pokřtít.

Ptala jsem se Zdeňka, jak vnímal tyto první exercicie on. Odpověděl: „*Nechápal jsem, ale cílil jsem se tam dobře.*“

Dana pak začala chodit na přípravu ke křtu ve své farnosti. Radila se s farářem, zda a jak by šlo zapojit Zdeňka, který vzhledem ke zhoršeným kognitivním funkcím nemohl absolvovat přípravu dle regulí. Zdeněk si křest také přál, a tak oba o Velikonocích 2012 tuto svátost přijali. Kmotrou jim je kamarádka Stáňa. Rodina chodívá na mši společně jen jednou za čas, protože do kostela vedou schody, tak musí jít i táta, aby vytáhli vozík. S panem farářem mají hezký vztah, rád se s nimi zastaví na pár slov.

Dana dlouhodobě o Zdeňka pečovala doma, situace byla náročná jak pro ni, tak pro něj. Iniciovala proto vznik stacionáře Druhý život, který funguje od roku 2020. Zdeněk má tak možnost chodit do prostředí lidí, kteří mají stejné potřeby a potíže, pravidelně komunikovat v kolektivu, cvičit a rozvíjet svůj výtvarný potenciál.

Zdeňkovi se vrátila paměť do doby cca půl rok před bouračkou. Má však i dva střípky z doby asi tři dny před ní. Pamatuje si, jak u babičky spadla stěna a šel tam s kamarády pomáhat. Také si pamatuje, co bylo ve společné šatní skřínce ve

škole, kterou sdílel se spolužákem, jehož nehoda usmrtila. Po TBI nepoznával z fotografie některé své spolužáky, později si na ně ale rozpomenul.

7.2 Rozhovor k tématu duchovních intervencí

V následujícím rozhovoru jsem požádala rodinu o názor na jednotlivé doporučené duchovní intervence a využití doplňkových metod. Začali jsme vyprávěním příběhů, což volně navazovalo na sdílení o exerciciích O. Anthonyho. Zdeněkovi i mamince tykám, protože se již delší dobu známe a jsme přátelé.

Vyprávění příběhů

L (já): „Pamatuješ si něco, co říkal Anthony? Něco, co se ti líbilo?“

Z (Zdeněk): „Pamatuju si, jak holčička zabila kohouta a maminka to nevěděla, upekla jí ho a táta se to dozvěděl, ale neřekl to mámě a potom snědli. Bylo dobře a vlastně se nic nestalo. Ale máma se vlastně dozvěděla proč.“

L: „Pamatuješ si, jaké z toho mělo být ponaučení?“

Z: „Ne.“

L: „A co myslíš, že by se stalo, kdyby to maminka věděla?“

Z: „Kdyby se to maminka dozvěděla předtím, tak by nechtěla, aby to jedli. Ale už bylo snědno.“ (Směje se.)

Rodiče se smáli také, nepamatovali si, o jaký příběh šlo. Každopádně O. Anthonyho popsali jako skvělého vypravěče. Zdeněk přitakával, že se mu líbí, jak vypráví příběhy.

D (Dana): „Anthony má dar příběhem oslovit. Předává příběhy, se kterými se potkal, a to velmi živě a poutavě. Člověk se u nich rozbrečí i rozesměje.“

Hudba

L: „Co říkáš na hudbu?“

Zdeněk se zamýšlí. Otázka je pravděpodobně příliš abstraktní.

D: „Ve zdejší kostele zpívá místní kostelní chrámový sbor, občas i mládežnický sbor, nejsou tu jenom varhany. Při exerciciích se také zpívá...“

Z: „Líbí se mi to.“

Zpěv sehrál důležitou roli během fází akutní a včasné rehabilitace, díky němu se mu navracela řeč.

D: *„Když byl Zděnda v kómatu, zpívala jsem mu do ucha písničky. Pokračovala jsem v tom i během následné rehabilitace v Kladrubech, kdy ještě nemluvil. Pak jednou začal zpívat sám od sebe. Byla to nějaká písnička, kterou znal z dětství, týkala se Vánoc. Rozbrečel tím sestřičky. I následné rozmlouvání šlo přes hudbu, slova totiž začal nejprve zpívat.“*

Vizuální vjemy

L: *„Když jdete do kostela, je tam něco, na co se rád koukáš?“*

Zdeněk se zamýšlí...

L: *„Třeba obrazy, květiny nebo jakou barvu má kněz na sobě...“*

Z: *„Je tam obraz Panny Marie a pak taky obraz nad oltářem, který vyměňují. Ale nevím, co na něm je.“*

Tichá přítomnost blízkého

L: *„Když je u tebe někdo, komu důvěřuješ, a jste jenom potichu. Třeba se modlíte, ale ne nahlas. Jaké to pro tebe je?“*

Z: *„To je divný.“*

L: *„Takže jsi raději, když někdo mluví.“*

Z: *„Ano. Raději když někdo mluví. Pová nějaký příběh.“*

D: *„Na exerciciích byla i možnost adorace v tichu, Zděnda tam nechtěl chodit.“*

Pomoc s přerámováním situace

D: *„Přerámování se na exerciciích děje samo. Anthonyho příběhy mají takovou duchovní sílu, že si z nich každý může odnést to, co potřebuje pro svůj život. Jsou obsahově velmi bohaté. U Zděndy to šlo mimoděk, aniž by rozuměl obsahu. Je vyrovnán s tím, co se mu stalo.“*

Zaměření na vděčnost a požehnání, srovnávání s ostatními

D: *„Srovnávání, které umožní vidět protipól, leckdy opravdu vede ke zlepšení. Duchovní může v tomto procesu člověka vhodně navést.“*

Modlitba

L: „*Jaký máš vztah k modlitbě? Modlíš se někdy?*“

Zdeněk začne odříkávat modlitbu Otčenáš. V tichu se připojíme.

L: „*A mluvíš někdy k Bohu vlastními slovy? Říkáš mu třeba o tom, jaký jsi měl den?*“

Z: „*Ano, to vlastně dělám, před spaním – posílám přání Bohu. Dává to pohodu a naději.*“

L: „*Jak si představuješ Boha?*“

Z: „*Takový malý... vlasy pocud' (ukazuje pod hlavu), roztomilý. Rok co rok se zjevuje na Vánoce. Nebo ne zjevuje, jak to říct, přichází. Před spaním se pomodlím. Je tam Anthony, Ježíš a ještě někdo. Jsou tam čtyři, ale teď nevím.*“

L: „*Mluvil jsi o obrazu Panny Marie. Možná je tam ona?*“

Z: „*Možná. Teď si nemůžu vzpomenout.*“

D: „*Možná bych dodala takovou věc, kterou asi máme se Zděnou v sobě podobně – vědomí Boží síly a vůle nám dává velkou naději a podporu v tom, co žijeme. Zděnda to má tak nějak automaticky, já možná o tom všem více přemýšlím a tím se občas vkrádají i pochybnosti... Ale díky modlitbám už jsem zažila tolik zázraků, že mě to vždy k té opravdové naději, která jednoznačně pomáhá, vlastně vede. Myslím, že za spojení s Kristem jsme jednoznačně moc vděční oba. Tu skutečnost, jak nás život nasměroval blíže k Bohu a Ježíši, beru jako velký dar.*“

Malování

Zdeněk mi ukazuje svou nejnovější kresbu, motorku, kterou vytvořil pro syna kolegyně. Kresba je zdařilá, je na ní znát předchozí výtvarná průprava.

D: „*Zděnda se dříve výtvarně projevoval, byl velmi zručný. Nyní také maluje, po probrání z kómatu dostal do ruky tužku a hned to šlo. V Kladrubech se přeučil na nedominantní levou ruku. Má poškozenou levou hemisféru, tak je možné, že i proto se rád díky pravé hemisféře projevuje tvořivě. Kreslí spíš konkrétní věci než abstrakce.*“

L: „*Co ještě rád kreslíš nebo maluješ kromě motorky?*“

Z: „*Ještě jiné obrázky pro druhé, třeba zvířata, psy a kočky. Vždy něco, co mají druzí rádi.*“

L: „*A co nějaký obraz s duchovním námětem?*“

Z: „*No jo, visí v pokoji.*“

D: „Zděnda dělal s asistentem takovou abstrakci. Pak asistent přestal chodit a říkali jsme si, co s velkým rozmalovaným plátnem. Domluvili jsme se tedy, že já vytvořím šablonu ve tvaru kříže a Zděnda tam přes ní nastříká zlatou barvu.“

Z: „Máma udělala šablonu a já stříkal. Pak jsem tam chtěl ještě kolečko (hlavu), a tak jsme společně vystřihli a dodělali. Nastříkal jsem ještě to.“

L: „Paráda. Jak bys obraz nazval?“

Z: „Ježíš na kříži.“

Obraz jsem si s dovolením vyfotila (viz 2. příloha).

7.3 Podněty pro práci se Zdeňkem

Zdeněk reaguje na vyprávění příběhů, přestože jim třeba úplně nerozumí. Pomocí doprovázející osoby může hledat způsob, jak příběh, který ho zaujme, převyprávět nebo ztvárnit v obraze. Skrze tento proces mohou společně hledat, jaké konkrétní poselství Zdeňka skrze příběh oslovilo a jak mu může porozumět a obohatit jím svůj duchovní život.

K navázání vztahu se Zdeňkem by mohlo například vést společné shlednutí části záznamu exercicií otce Anthonyho, kterého má Zdeněk rád. Anthony parafrázuje biblické příběhy anebo vypráví legendy či příběhy ze života misionářů nebo duchovně hledajících. Jeho projev je energický, v průběhu vyprávění mění dikci, gestikuluje, pracuje s emocemi, ukazuje na lidi z publika, svá slova doplňuje kreslením a psaním na tabuli.²⁵⁰ Doprovázející by si v tomto případě předem vybral ze záznamu úsek, kterému se bude se Zdeňkem věnovat. Po jeho přehrání by ho pomohl převyprávět a objasnit případné nejasnosti. Na velký papír by Zdeněk zakreslil to, co otec Anthony na tabuli. Následně by mohl přidat barvy, dokreslit lidi, věci, symboly, které v příběhu jsou. Zkusil by i zopakovat nějaké gesto, které Anthony použil a které většinou slouží k hlubšímu porozumění poselství příběhu. Doprovázející by se ptal, jak Zdeňkovi je, když to gesto použije? Co ho v příběhu nejvíc oslovilo? Jaké jsou paralely s jeho životem?

Jinou variantou je, že vypravěčem by byl sám doprovázející. Zkusil by si vytipovat, jaké téma by Zdeňkovi mohlo být blízké a kterým by se mu zároveň i představil. Mě osobně zaujala Zdeňkova představa Boha jako malého dítěte.

²⁵⁰ Exercicioe tlumočené do češtiny je možné najít na YouTube kanále uživatele Boba Dvořáka.

Protože mám ráda Pražské Jezulátko, zeptala bych se, zda ho Zdeněk zná a co o něm ví. Ukázala bych mu fotku sošky. Ptala bych se, zda je toto vyobrazení jiné, než jak si Boží dítě představuje on? Zde vidíme malého krále. Je v něm jak síla, tak bezbrannost. Co je typické pro dítě, které si představuje Zdeněk?

Poutavě, ale klidným tempem bych zkusila převyprávět legendu o vzniku sošky. Vyšla bych z následujícího textu, který bych uzpůsobovala Zdenkovým reakcím a úrovni pozornosti:

„Ve Španělsku v 11. století žil v klášteře zbožný mnich Josef. Klášter byl tichý, nedaleko města, žilo se v něm poklidně. Jedné noci se tu však rozlehl dusot kopyt a řinčení zbroje. Brána neodolala útoku divokých nájezdníků... Budovy kláštera i kostel lehly popelem. Mniši, kteří přežili, začali holýma rukama budovat klášter znovu. Mnich Josef si posteskl směrem k nebi: *„Pane, bez Tvé pomoci klášter nikdy znovu nevystavíme!”* Tu si všiml zvědavé dětské tváře. *„Kdo jsi?”* zeptal se Josef. Dítě odpovědělo: *„Jsem Ježíš. Chci, abys věděl, že stojím při tobě.”* Uplynula řada let a klášter se opravdu, s pomocí Boží, podařilo znovu vystavět do krásy. Josef si stále připomínal dětskou tvář. Pokoušel se ji zachytit na papíře, vyřezat ze dřeva, vymodelovat z vosku. Ale časem přesnou podobu spanilé tváře zapomínal. Jednou za sebou zaslechl tiché kroky. Ohlédl se a díval se do tváře opět tomuto dítěti. *„Jsem tu, abys mohl dokončit své dílo,”* řekl malý chlapec. Josef se vzpamatoval a začal tvarovat vosk. Ještě před západem slunce měl před sebou přesnou kopii Ježíška. Věrně zachycenou podobu nebesky krásné tváře. Dítě se na sochaře spokojeně usmálo, vsunulo svou malou dlaň do jeho vrásčité ruky. Spolu pak odcházeli kvetoucí zahradou – staříčkový mnich a nebeské dítě – ruku v ruce.“²⁵¹

Nejprve bychom si povídali o tom, co Zdeňka na příběhu nejvíce zaujalo. Vzhledem k tomu, že Zdeněk rád tvoří, zamysleli bychom se nad tím, jaké to je, chtít nakreslit nebo vymodelovat něco, co člověk vidí a zároveň nevidí. Zeptala bych se ho, zda to ze své umělecké tvorby zná. Jak asi mnich celou situaci v jednotlivých úsecích příběhu prožíval? Jaké to je, chtít zachytit svatou tvář? Vyzkoušeli bychom udělat jeden tah štětcem nebo tužkou a u toho si představovat, že ruka je vedena Bohem. Je to jiné než prostě udělat jeden tah? Následně bychom se vrátili k fotce. Malé Jezulátko pravicí žehná tomu, kdo se na něj dívá. Cítí Zdeněk skrze fotku Jezulátka Boží požehnání? Odrazem Božího požehnání může být i setkání dvou lidí, kteří požehnají sobě navzájem. To bychom proto mohli v závěru našeho setkání udělat.

²⁵¹ Zjednodušeně převyprávěno dle filmu: Pražské Jezulátko [film]. Režie: SCHMIDT, Otakáro, Česko, 2011.

Zdeněk by byl vhodným kandidátem pro duchovní práci ve skupině. Stacionář Druhý život²⁵², kam pravidelně dochází, nabízí svým klientům řadu programů, které pro ně připravují lidé z různých odvětví. Duchovně doprovázející by proto mohl něco navrhnout pro celou skupinu. Inspirace by mohla vzejít z komunitního programu Grace notes, který byl představen v šesté kapitole.

²⁵² Denní stacionář Druhý život Kladno – www.drzi.cz

Závěr

V práci jsem se zaměřovala na vhodné intervence duchovní péče o osoby se získaným poškozením mozku. Nejprve jsem se věnovala tomu, jak ZPM definovat. Vymezila jsem ho oproti onemocněním dědičným, vrozeným či degenerativním. Představila jsem následky, jako jsou pohybová a smyslová omezení, oslabení kognitivních funkcí, řeči, změny v emocích a chování. Tyto důsledky jsem, spolu s vlivy okolí, vzala v úvahu při popisu toho, čím člověk a lidé kolem něj v jednotlivých fázích po úraze či mozkové příhodě procházejí.

Cílem práce bylo představit možnosti uzpůsobení duchovní péče tak, aby nabídka blízkosti byla pro lidi se ZPM srozumitelná a podporovala je na jejich nelehké životní cestě. O duchovní péči jsem uvažovala spíše jako o doprovázení, které pomáhá s hledáním smyslu a zdoláváním životních obtíží. Sepsáním jsem chtěla nabídnout vodítko možných přístupů těm, kteří se v roli duchovně doprovázejícího ocitnou.

Pro hlubší pochopení problematiky jsem vyhledala studie, které se zaměřovaly na vliv spirituality a religiozity na fyzické a duševní zdraví a na vyrovnávání se s nepříznivými okolnostmi souvisejícími se zdravotním stavem, léčbou a rehabilitací. Výzkumníky v nich zajímaly postoje, přesvědčení, zkušenosti, prožívání, vliv modlitby, návštěvnosti bohoslužeb a vnímané dostupnosti sociální opory u dotazovaných. Uvedla jsem devět kvantitativních a tři kvalitativní studie publikované v odborných časopisech v angličtině od devadesátých let do současnosti.

Z většiny z nich vyplývá, že duchovní a náboženské přesvědčení je důležitým zdrojem podpory, naděje a odolnosti pro osoby vyrovnávající se s dlouhodobými následky ZPM. V tomto procesu hraje důležitou roli modlitba, která mnohým respondentům pomohla snížit úzkost z následků poškození a byla pro ně zdrojem síly. Pocit spojení s Bohem či jinak pojímanou Vyšší mocí jim poskytoval naději, důvěru v budoucnost, umožnil přijetí nemoci a přizpůsobení novým podmínkám. Dotazovaní si také cenili svých blízkých vztahů, lásky a sounáležitosti. Spiritualita byla rovněž spojena s vyšší produktivitou, životní spokojeností, kvalitou života a posttraumatickým růstem. Výzkumy naznačují, že důležitou cestou může být školení zdravotně sociálního personálu v různých přístupech k integraci spirituality klientů/pacientů a rodin do poskytovaných služeb.

Následně jsem utřídila doporučení pro duchovní péči o osoby se ZPM. Jejich autoři zmiňují, že lidé mohou být přesvědčeni o tom, že si své zranění či příhodu způsobili sami nebo že si ho dokonce zasloužili, je pro ně trestem shůry. Zde může duchovně doprovázející pomoci s přerámováním přesvědčení a nalezením naděje a přijetí. Může také doprovázeného jemně směřovat k hledání skrytých darů a duchovních zdrojů odolnosti a vděčnosti. K duchovní péči neodmyslitelně patří modlitba. Tu je potřeba umět přizpůsobit lidem s kognitivním deficitem či poruchou řeči, protože pro ně bývá leckdy obtížné ji formulovat vlastními slovy.

Autoři doporučení zmiňují vhodnost intervencí prostřednictvím umění, přizpůsobených forem doteku a neverbální komunikace. Ty pomáhají lidem formulovat jejich prožívání způsobem, který vystihuje jeho základ a smysluplně ho propojuje se zbytkem jejich života. Aby bylo pro doprovázejícího snazší tímto směrem intervence uzpůsobit, hodí se mu znalost základních principů muzikoterapie, arteterapie a storytellingu. Umělecké vyjádření pomáhá v člověku otevírat prostor, ve kterém lze vlastní spiritualitu objevovat a zkoumat. Umožňuje také vyjádření existenciálních otázek týkajících se nemoci a obav s ní spojených.

Duchovní péče je v mnoha svých aspektech propojená s tělesností. V této souvislosti se v některých případech doporučuje využít prvků konceptu bazální stimulace, která zprostředkovává doprovázenému známé podněty z jeho dosavadního života. Důležité jsou především ty, které mohou prohloubit jeho pocity jistoty a důvěry, a zaměřit se na zdroje a copingové strategie, které se osvědčily v minulosti. S tím pomáhá rovněž reminiscenční terapie.

Práce by mohla být výchozím bodem pro další aktivity. Bylo by vhodné provést obdobnou studii inspirovanou uvedenými zahraničními v českém prostředí. Osobně mě zaujaly výzkumy Mahalika et al. anebo Johnstona et al., které odkazují ke skutečnosti, že spiritualita je důležitý zdroj odolnosti a strategií zvládnutí. To je však určené spíše pro odborníky z oblasti medicíny a psychologie.

Pro absolventa oboru diakonika může práce sloužit jako výchozí bod pro přípravu a realizaci komunitního programu pro osoby se ZPM. To vyžaduje způsobilost pro práci s krizovou zkušeností, mezioborovou orientaci, schopnost multidisciplinární spolupráce, facilitační dovednosti, cit pro duchovní přesah a význam rituálů v mezních životních situacích. Inspirací by mohl být zmíněný komunitní intervenční program Grace notes, který je možno realizovat jako součást intenzivního rehabilitačního programu, ale i v rámci samostatné skupiny.

Osobně bych byla ráda, kdyby duchovní péče byla běžnou součástí služeb nabízených v neurorehabilitaci. Jelikož v koordinovaném rehabilitačním procesu je kladen důraz na dosažení maximální možné kvality života ve všech aspektech, obeznámenost personálu se spiritualitou by byla nanejvýš žádoucí. Komplexní péče by pak skutečně zohledňovala všechny dimenze člověka – tělesnou, duševní, sociální a duchovní.

Seznam literatury

Tištěné zdroje

ALLISTONOVÁ, Ruth a kol. *Jak vyprávět příběhy*. Praha: Samuel, Biblická práce pro děti, 2005

BENEŠOVÁ, Miroslava, PREISS, Marek, KULIŠŤÁK, Petr. Neuroplasticita lidského mozku a její význam pro psychologii. In: *Československá psychologie* sv. 53, čís. 1, Praha: Academia, 2009, s. 55–67

BLAŽEK, Bohuslav, OLMROVÁ, Jiřina. *Krása a bolest: úloha tvořivosti, umění a hry v životě trpících a postižených*. Praha: Panorama, 1985

BRANNAGAN, Anne, MALIA, Kit. *Jak provádět trénink kognitivních funkcí: praktická příručka pro každého*. Praha: Cerebrum, 2010

BRUTHANSOVÁ, Daniela, JEŘÁBKOVÁ, Věra. *Koordinovaná rehabilitace*. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, 2012

DUFEK, Michal a kol. Cévní mozkové příhody, obecný úvod a klasifikace, in: *Interní medicína pro praxi 6*, Olomouc: Solen, 2002, s. 5–10

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*. Brno: BizBooks, 2018

DRUGA Rastislav. Teorie motoriky. In: ŠVESTKOVÁ Olga a kol. *Rehabilitace motoriky člověka*. Praha: Grada, 2017, s. 37–67

FEIGIN, Valery L. *Cévní mozková příhoda: Prevence a léčba mozkového iktu*. Praha: Galén, 2007

FRIEDLOVÁ, Karolína. *Bazální stimulace® pro ošetřující, terapeuty, logopedy a speciální pedagogy: praktická příručka pro pracující v sociálních službách, dlouhodobé péči a ve speciálních školách*. Druhé vydání. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2018

GERLICOVÁ, Markéta. *Muzikoterapie v praxi: příběhy muzikoterapeutických cest*. Druhé, přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2021

HACKLOVÁ, Renata, KEBZA, Vladimír. Religiozita, spiritualita a zdraví. Československá Psychologie, 2014, 58(2), 120–140

HALÍK, Tomáš. *Odpoledne křesťanství: Odvaha k proměně*. Praha: NLN, 2021

HALÍK, Tomáš. *Sedm úvah o službě nemocným a trpícím*. Brno: Cesta, 1993

HORT, Jakub, RUSINA, Robert a kol. *Paměť a její poruchy*. Praha: Maxdorf, 2007

HOŠEK, Pavel. *Chasidské příběhy: mezi židovskou mystikou a krásnou literaturou*. Brno: Centrum pro studium demokracie a kultury, 2022

JIRÁK, Roman a kol. *Organické poruchy osobnosti*. Psychiatrie pro praxi, 2007, 8.1: 27–28

KLENKOVÁ, Jiřina. *Logopedie*. Praha: Grada, 2006

KLÍROVÁ, Michaela. *Neumím to říct: pracovní listy pro pacienty s afázií*. Praha: Portál, 2022

KLUCKÁ, Jana, VOLFOVÁ Pavla. *Kognitivní trénink v praxi*. Praha: Grada, 2009

KOUKOLÍK, František. *Mozek a jeho duše*. Čtvrté, rozšířené a přepracované vydání. Praha: Galén, 2014

KRÁMSKÁ, Lenka. Neuropsychologie cévních mozkových příhod. In: KULIŠŤÁK, Petr a kol. *Klinická neuropsychologie v praxi*. Praha: Karolinum, 2017, s. 279–308

KRÁTKÁ, Anna. *Potřeby nemocných v ošetrovatelském procesu*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati, 2007

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Jak zvládat depresi*. 3., aktualizované a rozšířené vydání. Praha: Grada, 2013

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Pastorální péče*. Praha: Evangelikální teologický seminář, 2000

- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Povídej – naslouchám*. Brno: Návrat, 1993
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Vážně nemocný mezi námi*. Praha: Avicenum, 1989
- KVĚTONOVÁ, Iva, MACEK, Ondřej, RIDZOŇOVÁ, Lenka. *Ty jsi se mnou: modlitby a texty k meditaci*. Praha: Biblion, 2021
- LIPPERTOVÁ-GRÜNEROVÁ, Marcela; PFEIFFER, Jan; ŠVESTKOVÁ, Olga. *Neurorehabilitace*. Galén, 2005
- LIŠKOVÁ Kateřina a kol., *Neurorehabilitace – jak se zorientovat? Příručka pro osoby se získaným poškozením mozku a jejich rodiny*. Praha: Erudis, 2014
- MACEK, Ondřej (ed.). *Cesty k lidem. Kapitoly z duchovní péče*. Praha: Karolinum, 2023
- MARYŠKOVÁ, Jana. Specifika pastorační péče o člověka s demencí – Seelsorge jako Leibsorge. *Studia theologica*. Olomouc, 2018, 20(4), s. 141–157
- MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČR. *Základní východiska zavedení koordinované rehabilitace zdravotně postižených v ČR*. Praha: MPSV ČR, 2012
- MOORE, Thomas. *Léčebná péče o duši: průvodce procesem uzdravení celé osobnosti*. Praha: Portál, 2010
- MOORE, Thomas. *Temné noci duše: průvodce na cestě těžkými životními zkouškami*. Praha: Portál, 2014
- NEUBAUEROVÁ, Lenka, JAVORSKÁ, Miroslava a NEUBAUER, Karel. *Ucelená rehabilitace osob s postižením centrální nervové soustavy*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2011
- NĚMEC, Jan, VIZINA, Petr, *Znamení neznámého: Rozhovory o spiritualitě*. Praha: Host, 2021
- OPATRŇÝ, Aleš. *Jak zmírnit niterná trápení nemocných? Informace pro zdravotníky o saturování spirituálních potřeb vážně nemocných*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2004

OPATRŇÝ, Aleř. *Spirituální péče o nemocné a umírající*. Bibliotheca theologica; 8, Červený Kostelec: Pavel Mervart, 2017

PALMER, Sara, PALMER, Jeffrey B. *Soužití s partnerem po mrtvici: jak pečovat o partnera, o sebe i o váš vzájemný vztah*. Praha: Portál, 2013

POWELL, Trevor. *Poškození mozku: praktický průvodce pro terapeuty, rodinné příslušníky a pacienty*. Praha: Portál, 2010

PREISS, Marek. Trauma a posttraumatický růst. *Psychiatrie pro praxi*. Praha, 2009, 10(1), 12–18

PREISS, Marek. Změny osobnosti po poškození mozku. In: KULIŠŤÁK, Petr a kol. *Klinická neuropsychologie v praxi*. Praha: Karolinum, 2017, s. 239–253

ŘÍČAN, Pavel. *Psychologie náboženství a spirituality*. Praha: Portál, 2007

SACKS, Oliver. *Antropološka na Marsu: podivuhodné a výjimečné životy geniálních a psychicky odlišných osobností*. Praha: Dybbuk, 2015

SACKS, Oliver. *Muž, který si pletl manželku s kloboukem a jiné klinické povídky*. Praha: Mladá fronta, 1993

SACKS, Oliver. *Musicophilia: příběhy o vlivu hudby na lidský mozek*. Druhé vydání Praha: Dybbuk, 2015

SOVÁRIOVÁ SOÓSOVÁ, Mária. *Péče o duchovní potřeby nemocných v ošetřovatelské praxi*. Praha: Grada, 2022

SVATOŠOVÁ, Marie. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?* Praha: Grada, 2012

ŠAMÁNKOVÁ, Marie a kol. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci*. Praha: Grada, 2012

ŠPATENKOVÁ, Naděžda, BOLOMSKÁ, Barbora. *Reminiscenční terapie*. Praha: Galén, 2011

TAYLOROVÁ BOLTEOVÁ, Jill. *Můj okamžik prozření: příběh ženy, která přežila svou smrt*. Praha: Ikar, 2010

VACKOVÁ, J. a kol. *Sociální práce v systému koordinované rehabilitace u klientů po získaném poškození mozku (zejména CMP) se zvláštním zřetelem na intervenci z hlediska sociální práce, fyzioterapie, ergoterapie a dalších vybraných profesí*. Praha: Grada, 2020

VADUROVÁ, Helena a MÜHLPACHR, Pavel. *Kvalita života: teoretická a metodologická východiska*. Brno: Masarykova univerzita, 2005

VÁLKOVÁ, Lenka. *Rehabilitace kognitivních funkcí v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2015

VITÁSKOVÁ, Kateřina, MLCÁKOVÁ, Renata. *Základní vstup do problematiky získaných fatických poruch a problematiky dysartrie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013

VOKURKA, Martin, HUGO, Jan a kol. *Velký lékařský slovník*. Desáté aktualizované vydání. Praha: Maxdorf, 2015

WHO TEAM. *Rehabilitation for persons with traumatic brain injury: WHO reference number: WHO/DAR.01.9*. Philadelphia (Pennsylvania): World Health Organization United States department of Defense Drucker Brain Injury Center, 2004

Elektronické zdroje

ABIOS (Acquired Brain Injury Outreach Service) [online]. Post Traumatic Stress Disorder in ABI. ABIOS Fact Sheet, Queensland, 2021 [cit. 2022-10-03]. URL: https://www.health.qld.gov.au/__data/assets/pdf_file/0029/673265/ptsd_abi_mh.pdf

ACABCHUK, Rebecca, et al. Therapeutic effects of meditation, yoga, and mindfulness-based interventions for chronic symptoms of mild traumatic brain injury: a systematic review and meta-analysis. *Applied Psychology: Health and Well-Being* [online] 2021, 13(1), s. 34–62. [cit. 2023-03-24]. URL: <https://doi.org/10.1111/aphw.12244>

ARAFAT, Rosyidah et al. Spiritual coping in people living with stroke. *International Journal of Caring Sciences* [online] 2018, 11.2. s. 658-662. [cit. 2022-11-24]. URL: https://internationaljournalofcaringsciences.org/docs/4_arafat_original_10_2.pdf

BELL, Simon. Art therapy and spirituality. *Journal for the Study of Spirituality* [online] 2011, 1. 2, s. 215–230. [cit. 2023-02-25]. URL: doi: <https://doi.org/10.1558/jss.v1i2.215>

BERNING Joel et al., A Novel Picture Guide to Improve Spiritual Care and Reduce Anxiety in Mechanically Ventilated Adults in the Intensive Care Unit. *Annals of the American Thoracic Society* [online] 2016, 13(8), s. 1333–1342. [cit. 2023-02-09]. URL: doi: [10.1513/AnnalsATS.201512-831OC](https://doi.org/10.1513/AnnalsATS.201512-831OC)

Brain Injury Association of America [online]. Brain Injury Overview. Fairfax (Virginia), 2022 [cit. 2022-08-26]. URL: <https://www.biausa.org/brain-injury/about-brain-injury/basics/overview>

Brain injury society [online]. What is Acquired Brain Injury? Powell River (Canada), 2020 [cit. 2022-08-25]. URL: <https://braininjuriesociety.com/information/acquired-brain-injury/what-is-abi/>

CEDR Pardubice. Konference na téma následné péče o osoby se získaným poškozením mozku. I. ročník mezinárodní odborné konference. In: Youtube [online] 12.5.2021 [cit. 2022-10-07] Kanál uživatele PP – Česká tisková kancelář. URL: https://www.youtube.com/watch?v=__yM4jyJydI

Cerebrum [online]. Poškození mozku. Praha, 2022 [cit. 2022-09-09]. URL: <https://cerebrum2007.cz/poskozeni-mozku>

DAWSON, Deirdre et al. Return to productivity following traumatic brain injury: cognitive, psychological, physical, spiritual and environmental correlates. *Disability and Rehabilitation* [online] 2007, 29(4), s. 301–313. [cit. 2023-01-12]. URL: doi: [10.1080/09638280600756687](https://doi.org/10.1080/09638280600756687).

DRTINOVÁ, Daniela; NOVÁKOVÁ, Eliška. DVTV: Doktoři říkali, že budu jen ležet a hýbat očima. Naučila jsem se znovu chodit i mluvit, říká Holka s handicapem. In: DVTV [online]. 20.2.2023 [cit. 2023-02-27] URL: <https://www.dvtv.cz/player/doktori-rikali-ze-budu-jen-lezet-a-hybat-ocima-naucila-jsem-se-znovu-chodit-i-mluvit-rika-holka-s-handicapem?type=VIDEO>

GIAQUINTO, Salvatore; SPIRIDIGLIOZZI, Cristiana; CARACCILOLO, Barbara. Can faith protect from emotional distress after stroke?. *Stroke* [online], 2007, 38(3), s. 993–997. [cit. 2023-03-21]. URL: <https://doi.org/10.1161/01.STR.0000257996.26950.59>

Headway. Moje nové já: Napsáno lidmi se získaným poškozením mozku [online]. United Kingdom, 2010 [cit. 2022-09-09].
URL: <https://cerebrum2007.cz/wp-content/uploads/2022/04/Moje-nové-já.pdf>

HATCH, Robert, et al. The spiritual involvement and beliefs scale. *Journal of Family Practice* [online] 1998, 46(6), s. 476–486. [cit. 2023-03-23]. URL: https://cdn.mdedge.com/files/s3fs-public/jfp-archived-issues/1998-volume_46-47/JFP_1998-06_v46_i6_the-spiritual-involvement-and-beliefs-sc.pdf

HORÁČEK, Jiří, STRAKATÝ Čestmír. Prostor X: Profesor Horáček o smrti a vědomí: Musíme se zbavit strachu z konce, naučte se žít v nejistotě In: Youtube [online]. 12.4.2021 [cit. 2022-08-22] Kanál uživatele Relfexcz.
URL: <https://www.youtube.com/watch?v=BJAk16pLXVw>.

HUGHES, Brian, HANDZO, George. *Spiritual Care Handbook on PTSD/TBI: The Handbook on Best Practices for the Provision of Spiritual Care to Persons with Post Traumatic Stress Disorder and Traumatic Brain Injury* [online]. USA: Department of the Navy, 2010 [cit. 2022-11-25]. URL: http://www.ncdsv.org/images/Navy_Spiritual-Care-Handbook-on-PTSD-and-TBI.pdf

CHENG, Chunmei et al. Reminiscence therapy–based care program relieves post-stroke cognitive impairment, anxiety, and depression in acute ischemic stroke patients: a randomized, controlled study. *Irish Journal of Medical science* [online] 2021, 190, s. 345–355. [cit. 2023-02-10].
URL: <http://doi.org/10.1007/s11845-020-02273-9>

IKTA.CZ [online]. Celonárodní registr pacientů s cévní mozkovou příhodou: neinterventní, multicentrická, prospektivní studie, Brno: Institut biostatistiky a analýz, 2022 [cit. 2022-09-02].
URL: <https://www.registry.cz/index.php?pg=registry&prid=44>

JENKINS, Keith, STRANAGHAN Andrew. Reminiscence and acquired brain injury. *Social Care and Neurodisability* [online] 2010, 1 No. 2, s. 14–21. [cit. 2023-02-10]. URL: <https://doi.org/10.5042/scn.2010.0429>

JOHNSTONE, Brick et al., Relationships Among Religiousness, Spirituality, and Health for Individuals with Stroke. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings* [online] 2008, 15, s. 308–313. [cit. 2023-02-02].
URL: <https://doi.org/10.1007/s10880-008-9128-5>

JOHNSTONE, Brick et al., Relationships among spiritual beliefs, religious practises, congregational support and health for individuals with traumatic brain injury. *Brain Injury* [online] 2009, 23(5), s. 411–419. [cit. 2023-01-12]. URL: doi:10.1080/02699050902788501.

JONES, Kate Fiona et al., Spirituality and its relationship with positive adjustment following traumatic brain injury: a scoping review, *Brain Injury* [online] 2018, 32, s. 13–14, [cit. 2022-11-21]. URL: <https://doi.org/10.1080/02699052.2018.1511066>

KALPAKJIAN, Claire et al., Describing quality of life and psychosocial outcomes after traumatic brain injury. *Brain Injury* [online] 2004, 83, s. 255–265 [cit. 2023-01-12]. URL: doi: 10.1097/01.phm.0000118033.07952.8c

MACKENZIE, Sophie. Sacred work? Exploring spirituality with therapists working with stroke patients with aphasia. *Journal for the Study of Spirituality* [online], 2016, 6.1, s. 78–88 [cit. 2023-01-24]. URL: doi: <http://dx.doi.org/10.1080/20440243.2016.1158457>

MAHALIK, John et al., Spirituality, psychological coping, and community integration for persons with traumatic brain injury. *Journal of Religion, Disability & Health* [online] 2007, 11(3), s. 65–77. [cit. 2023-01-12]. URL:10.1300/J095v11n03_06

MCCOLL, Mary Ann et al. Spiritual issues associated with traumatic-onset disability. *Disability and Rehabilitation* [online] 2000, 22(12), str. 555–564. [cit. 2023-01-12]. URL: doi:10.1080/096382800416805

Mayo Clinic [online]. Traumatic brain injury. Rochester (Minnesota): Mayo Foundation for Medical Education and Research (MFMER), 2022 [cit. 2022-08-26]. URL: <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/traumatic-brain-injury/symptoms-causes/syc-20378557>

MONOD, Stéfanie et al. Instruments Measuring Spirituality in Clinical Research: A Systematic Review. *Journal of General Internal Medicine* [online]. 2011, 26, Article number: 1345, Canada [cit. 2022-11-18]. URL: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11606-011-1769-7>

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČR [online]. *Příručka jazyka zotavení*. [cit. 2023-03-22] URL: https://www.reformapsychiatrie.cz/sites/default/files/2021-06/Prirucka_jazyka_zotaveni.pdf

MUNDLE, Robert. Engaging Religious Experience in Stroke Rehabilitation. *Journal of Religion and Health* [online] 2012, 51, s. 986–998 [cit. 2023-01-26]. URL: <https://doi.org/10.1007/s10943-010-9414-z>

Národní zdravotnický informační portál [online]. Mozkové aneurysma. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2022 [cit. 2022-08-26]. URL: <https://www.nzip.cz/clanek/927-mozkove-aneurysma>

PHILIPPUS Angela et al. Impact of religious attendance on psychosocial outcomes for individuals with traumatic brain injury: a NIDILRR funded TBI model systems study. *Brain Injury* [online] 2016, 30(13–14), s. 1605–1611. [cit. 2023-01-12]. URL: [doi:10.1080/02699052.2016.1199903](https://doi.org/10.1080/02699052.2016.1199903).

POWELL, Trevor et al. Post-traumatic growth after head injury: a long-term follow-up. *Brain Injury* [online] 2007, 21(1), s. 31–38. [cit. 2023-01-12]. URL: [doi:10.1080/02699050601106245](https://doi.org/10.1080/02699050601106245)

POWELL, Trevor et al. TBI 13 years on: factors associated with post-traumatic growth. *Disability and Rehabilitation* [online] 2012, 34 (17), s. 1461–1467. [cit. 2023-01-12]. URL: [doi:10.3109/09638288.2011.644384](https://doi.org/10.3109/09638288.2011.644384).

Queensland Health [online]. Cognition or Thinking Skills after ABI. Queensland Government, 2022 [cit. 2022-09-16]. URL: <https://www.health.qld.gov.au/abios/cognition/cognition-or-thinking-skills-after-abi>

Roessingh Rehabilitationszentrum [online]. Erworbene Hirnschädigung (EHS). Enschede (Niederlande), [cit. 2022-08-25]. URL: <https://www.roessingh.nl/de/ihre-diagnose/erworbene-hirnschadigung>

SAVAGE, Isabelle, EGAN, Mary. Women Family Members' Experiences of Involvement in Adult Inpatient Traumatic Brain Injury Rehabilitation. *The Open Journal of Occupational Therapy* [online]. 2018, 6(3), Canada: University of Ottawa [cit. 2022-10-21]. URL: <https://scholarworks.wmich.edu/ojot/vol6/iss3/8>

SMRČKA, Martin a kol. Kraniocerebrální poranění a možnosti následné neurorehabilitace – popis problematiky a přehled literatury. *Neurologie pro praxi* [online]. 2013, 14(2), 80–83. [cit. 2022-08-26] URL: <https://1url.cz/NzOav>

ŠTEFÁNEK, Jiří. Mozková mrtvice neboli Cévní mozková příhoda (CMP). *Medicína, nemoci, studium na 1. LF UK* [online]. Praha, 2011 [cit. 2022-08-26]. URL: <https://www.stefajir.cz/mozkova-mrtvice-neboli-cevni-mozkova-prihoda-cmp>

ŠVESTKOVÁ, Olga a kol. Základní principy současné neurorehabilitace. *Neurologie pro praxi* [online]. 2013, 14(3), 136–139. [cit. 2022-10-07] URL: <https://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2013/03/06.pdf>

THOMPSON, Margaret et al., Grace Notes: feasibility of a manualized intervention to advance spiritual well-being for clients with acquired brain injury. *Journal of Health Care Chaplaincy* [online]. 2022, 28(4), 497-509 [cit. 2023-03-10]. URL: doi:10.1080/08854726.2021.1929764

WALDRON-PERRINE, Brigid et al. Religion and spirituality in rehabilitation outcomes among individuals with traumatic brain injury. *Rehabilitation Psychology* [online]. 2011 56(2), s. 107–116 [cit. 2022-08-26] URL: <https://doi.org/10.1037/a0023552>

WILDOVÁ, Olga. Mozek na Jedničku. *Medicina.cz* [online]. Praha, 2018 [cit. 2022-08-22]. URL: <https://medicina.cz/clanky/11659/243/Mozek-na-Jednicku/>



Přílohy

1 Komunikační karta pro duchovní péči

BERNING, A Novel Picture Guide [online]










A

MY RELIGION/SPIRITUALITY IS:

CHRISTIAN	JEWISH	BUDDHIST	ISLAMIC	HINDU	JAIN	SIKH	OTHER	NONE
								
Protestant (Baptist, Methodist, Episcopal, Presbyterian, Lutheran, Pentecostal, etc.)	Reform	Zen/Chan	Sunni أهل السنة	हिन्दू धर्म இந்தியர் विष्णु धर्म विष्णु धर्म सिन्दु धर्म سندھیت	जैन धर्म नेत्र धर्म जैन धर्म જૈન ધર્મ சமணம்	ਸਿੱਖੀ ਸਿੱਖ ਧਰਮ	Unitarian- Universalist	Spiritual but not religious
Catholic	Conservative	Theravada	Shia شيعة	ಹಿಂದೂ ಧರ್ಮ ಹಿಂದೂ ಧರ್ಮ ಹಿಂದೂ ಧರ್ಮ ಹಿಂದೂ ಧರ್ಮ	ಜೈನ ಧರ್ಮ ಜೈನ ಧರ್ಮ ಜೈನ ಧರ್ಮ ಜೈನ ಧರ್ಮ		New Age	Agnostic
Jehovah's Witness	Orthodox	Vajrayana/ Tibetan	Sufi تصوف	ಹಿಂದೂ ಧರ್ಮ ಹಿಂದೂ ಧರ್ಮ ಹಿಂದೂ ಧರ್ಮ ಹಿಂದೂ ಧರ್ಮ	ಜೈನ ಧರ್ಮ ಜೈನ ಧರ್ಮ ಜೈನ ಧರ್ಮ ಜೈನ ಧರ್ಮ		Bahá'í Faith	Atheist
Mormon	Reconstructionist	Pure Land/ Nichiren	Other	ಹಿಂದೂ ಧರ್ಮ ಹಿಂದೂ ಧರ್ಮ ಹಿಂದೂ ಧರ್ಮ ಹಿಂದೂ ಧರ್ಮ	ಜೈನ ಧರ್ಮ ಜೈನ ಧರ್ಮ ಜೈನ ಧರ್ಮ ಜೈನ ಧರ್ಮ		Pagan (Wiccan, etc.)	Humanist
Eastern Orthodox	Renewal	Soka Gakkai (SGI)		ಹಿಂದೂ ಧರ್ಮ ಹಿಂದೂ ಧರ್ಮ ಹಿಂದೂ ಧರ್ಮ ಹಿಂದೂ ಧರ್ಮ	ಜೈನ ಧರ್ಮ ಜೈನ ಧರ್ಮ ಜೈನ ಧರ್ಮ ಜೈನ ಧರ್ಮ		Other	Other
Other	Other	Other		ಹಿಂದೂ ಧರ್ಮ ಹಿಂದೂ ಧರ್ಮ ಹಿಂದೂ ಧರ್ಮ ಹಿಂದೂ ಧರ್ಮ	ಜೈನ ಧರ್ಮ ಜೈನ ಧರ್ಮ ಜೈನ ಧರ್ಮ ಜೈನ ಧರ್ಮ			
							I DON'T KNOW	I PREFER NOT TO SAY

B

I FEEL:

			
worried	lonely	annoyed	relieved
			
uneasy	guilty	disappointed	excited
			
terrified	embarrassed	overwhelmed	loved
			
shocked	hopeless	frustrated	comfortable
			
nervous	helpless	betrayed	peaceful
			

MY SPIRITUAL PAIN IS:

none 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 extreme

PLEASE:

				
prayer	blessing	song	poetry	talk with me
				
Siddur סידור	Tanakh תנ"ך	Tefillin תפילין	candles	help me with a decision
				
Christian Bible	Quran القرآن	make an altar	chanting	visualization /meditation
				
Communion	Anointing	Confession	Rosary	read to me
				
leave me alone	get my nurse	get my family	hold my hand	sit with me

© 2013 Hoor'ok, Doshp'ok Hospital. The views of the copyright has no objection to reproduction of the work for academic non-commercial purposes, but otherwise reserves all copyright rights whatsoever.

2 Zdeňkova malba Ježíš na kříži

Akryl na plátně, 50x70 cm

