

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav speciálněpedagogických studií

Bakalářská práce

Alena Kuželová

**Rehabilitace seniorů s omezením hybnosti po cévní
mozkové příhodě ve speciálně pedagogickém kontextu**

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Rehabilitace seniorů s omezením hybnosti po cévní mozkové příhodě ve speciálně pedagogickém kontextu“ vypracovala sama po odborném dohledem vedoucí práce. Dále prohlašuji, že všechny užití zdroje jsou zahrnuty v seznamu použité literatury.

V Olomouci dne 31. 10. 2022

Alena Kuželová

Poděkování

Ráda bych poděkovala vedoucí mé bakalářské práce Mgr. Haně Karunové, PhD. za odborné vedení, skvělou spolupráci, konzultace, cenné rady a připomínky, které mně významně pomohly při vypracování této práce.

OBSAH

| | |
|--|--|
| ÚVOD..... | 5 |
| 1 Cévní mozková příhoda..... | 7 |
| 1.1 Ischemická cévní mozková příhoda | Chyba! Záložka není definována. |
| 1.2 Hemoragická cévní mozková příhoda | Chyba! Záložka není definována. |
| 1.3 Následky cévní mozkové příhody | Chyba! Záložka není definována. |
| 2 Složky koordinované rehabilitace | 12 |
| 2.1 Léčebná rehabilitace | 12 |
| 2.2 Sociální rehabilitace | 13 |
| 2.3 Pedagogická rehabilitace | 14 |
| 2.4 Pracovní rehabilitace | 15 |
| 3 Metody léčebné rehabilitace | 16 |
| 3.1 Logopedie | 16 |
| 3.2 Neuropsychologie | 24 |
| 3.3 Expresivní terapie | 18 |
| 3.4 Animoterapie | 20 |
| 3.5 Ergoterapie a fyzioterapie..... | 21 |
| PRAKTICKÁ ČÁST | Chyba! Záložka není definována. |
| 4 Koordinovaná rehabilitace u seniorů s omezením hybnosti..... | 24 |
| 4.1 Cíle a metodologie výzkumu | 24 |
| 4.2 Výzkumný soubor | 25 |
| 4.3 Výzkumné šetření | 25 |
| 4.4 Výsledky výzkumného šetření | 33 |
| 4.5 Závěry výzkumného šetření | 35 |
| ZÁVĚR..... | 37 |
| REFERENČNÍ SEZNAM | 38 |
| PŘÍLOHY | 43 |
| ANOTACE | 500 |

ÚVOD

„Když partner dostane mrtvici, zasáhne vás to nárazovými vlnami. Mrtvice je často děsivá a možná máte pocit, že nejste připravení vyrovnat se s jejími okamžitými následky i dlouhodobým dopadem. Ale navzdory nedostatku zkušeností či přípravy budete nejspíš první člověk, který bude muset jednat, činit rozhodnutí a zajišťovat péči o partnera. Patrně zaujmete roli hlavního pečovatele a zahájíte rychlokurz výcviku v praxi“.

Sara Palmer

Aktuálně cévní mozková příhoda (CMP), iktus, náleží k velmi závažným onemocněním ve světě i v České republice. Nejčastějším onemocněním nervového systému u nás a druhým nejčastějším ve světě je právě toto onemocnění. Představuje v našich podmínkách také třetí nejfrekventovanější příčinu úmrtí. Mezi rizikové skupiny patří především osoby seniorského věku, postiženými mohou být ale i mladší jedinci. Stále častěji jsou touto příhodou zasaženi osoby produktivního věku. Trvalé následky iktu jsou zřejmé u poloviny přeživších.

Kalita (2006) uvádí, že průměrný věk osob postižených tímto onemocněním stále klesá a tím dopadá na větší část populace produktivního věku, a v této souvislosti dodává, že cévní mozková příhoda poměrně často příčinně souvisí s trvalou invaliditou. Hutyra (2011) uvádí, že cévní mozkové příhody jsou ve vyspělých zemích jednou z hlavních příčin morbidit a mortality, že postihují i mladší populaci v produktivním věku.

Problematika tohoto onemocnění patří proto k aktuálním a diskutovaným tématům. Následky cévní mozkové příhody, iktu ovlivňují zejména postiženou osobu, je jimi dotčena ale také celá rodina a nejbližší okolí. Důsledky onemocnění jsou různé, zejména somatické. Dotčena však bývá více či méně také oblast sociální, psychická, ekonomická a komunikační. Koordinovaný rehabilitační proces, návaznost a provázanost metod, složek rehabilitace, je potřebnou podmínkou dosažení sociální integrace osoby po iktu.

Hlavním cílem závěrečné práce je popsat a porovnat případy seniorů s omezením hybnosti po iktu z Domu s chráněnými byty Hluk, a to z hlediska včasnosti a návaznosti metod poskytované rehabilitace ve speciálně pedagogickém kontextu, a zjistit u těchto případů spokojenost s koordinovanou rehabilitací, s její včasností a informovaností o ní.

Teoretická část bakalářské práce je členěna do tří kapitol. První kapitola je zaměřena na definici, rozdělení, etiologii, symptomatologii, prognózu a na následky onemocnění. Druhá

kapitola cílí na jednotlivé složky, prostředky rehabilitace: rehabilitaci léčebnou, sociální, pracovní a pedagogickou. Ve třetí kapitole jsou popsány metody koordinované rehabilitace se zaměřením na seniory po iktu. Čtvrtá, poslední kapitola představuje praktickou část, která se týká kvalitativního výzkumu, detailního popisu a srovnání případů seniorů po iktu s omezenou motorikou po iktu z hlediska návaznosti metod poskytované rehabilitace. Pro kvalitativní šetření byli osloveni dva informanti, senioři s postižením hybnosti po iktu z Charitního domova Hluk. Pro získání dat bylo využito polostrukturovaného rozhovoru a zúčastněného pozorování. Výzkumné otázky byly zodpovězeny. V závěru jsou prodiskutovány výsledky výzkumného šetření.

1 Cévní mozková příhoda

Stejný význam jako cévní mozková příhoda (CMP) mají také mrtvice, apoplexie, iktus (ictus apoplecticus cerebri) mozková příhoda nebo mozkový infarkt. Tyrlíková a Bareš (2012) uvádí, že dle Světové zdravotnické organizací (WHO) je cévní mozková příhoda představována rychle se rozvíjejícími klinickými projevy fokálního (ložiskového) nebo difúzního (rozptýleného) mozkového postižení, předpokládané cévní příčiny, které trvají déle než jeden den, čtyřicet hodin, nebo končí exitem, smrtí.

Seidl (2008) o iktu uvádí, že jde o náhle vzniklé klinické (ložiskové nebo celkové) příznaky poruchy funkce mozku, které mají trvání delší než jeden den a jsou cévní příčiny.

Dle Bauera (2010) je iktus onemocněním vaskulárního původu, kdy dochází k rychlému rozvoji ložiskových (fokálních), například hemiparéza, dysartrie, náhlé zhoršení vidění, nebo celkových (globálních) příznaků poruchy mozkové funkce.

Kalita (2006) uvádí, že ikty postižených lidí trvale přibývá právě v jejich produktivním věku, že často vedou následně k invaliditě, a to zejména u mužů a žen ve věku nad šedesát let.

Hutyra (2011) podotýká, že ischemické cévní mozkové příhody jsou ve vyspělých zemích jednou z hlavních příčin morbidit a mortality, že postihují i mladší populaci v produktivním věku, že tak představují zásadní socioekonomický problém. Kolář (2009) uvádí, že iktus patří mezi nejčastější onemocnění nervové soustavy. Dle Hutyry (2011) jsou ischemické cévní mozkové příhody jednou z častých příčin morbidit a mortality.

Seidl (2015) uvádí, že ischemická cévní mozková příhoda vzniká velmi rychle a u každého jedince se vyskytují různé typy příznaků. Velmi záleží na tom, která část mozku je poškozená. Klinické příznaky se mohou projevovat v poruchách vědomí, vyšších mozkových funkcí, hybnosti, senzomotorických, smyslových, rovnováhy a koordinace.

Dle Koláře (2009) se u osob po cévní mozkové příhodě nejčastěji objevují senzorní poruchy, poruchy symbolických a kognitivních funkcí, poruchy hybnosti končetin, postižení hlavových nervů, poruchy povrchové a hluboké citlivosti, poruchy vestibulární a cerebelární. Klinické příznaky u osob po ischemické CMP i hemoragické CMP se nijak výrazně neliší.

Horáček (2009) uvádí, že k cévním mozkovým příhodám dochází buď následkem hemoragie, krvácení do mozkové tkáně nebo subarachnoidálního prostoru (pod mozkovou plenou pavoučnicí), nebo ischemií, nedokrvením.

Cévní mozková příhoda, iktus vzniká na podkladě poruchy prokrvení mozkové tkáně nebo krvácení do mozku. Podle způsobu vzniku se ikty dělí na typy *ischemické* a *hemoragické* (Mysliveček, 2003). Stejně rozděluje ikty na dvě hlavní skupiny, tedy ischemické a

hemoragické, také Ambler (2011). Seidl (2015) pak rozděluje cévní mozkové příhody na výrazně častější *mozkové ischemie* (výskyt asi v 85 %), a *mozkové hemoragie*.

Podle Horáčka (2009) bývá prognóza i průběh hemoragické CMP horší než u ischemické CMP. Kalita (2006) podotýká, že dle Stroke Data Bank dochází u pacienta po ischemické CMP k dalšímu iktu v 3,3 % během prvních třiceti dní, že u opakovaného iktu je vyšší riziko úmrtí, delší hospitalizace v nemocnici a zhoršení funkčního stavu.

V případě hemoragické CMP je úmrtnost asi čtyřicetiprocentní. Při oboustranné hemiparéze a kómatu, které trvá více než dva dny, osmačtyřicet hodin, se prognosticky nevyvíjí onemocnění příznivě. Pokud se do tří měsíců od vzniku paréza nedojde ke zlepšení, pak jsou minimální vyhlídky na to, že může dojít vůbec dále ke zlepšení (Kadaňka, 2010).

1.1 Ischemická cévní mozková příhoda

Kalita (2010) uvádí, že se jedná o takový typ CMP, u kterého příčina spočívá ve sníženém mozkovém prokrvení (průtoku) celé mozkové tkáně nebo v postižení části mozkové tkáně, kdy důsledkem je v obou případech nedostatek kyslíku, a který se vyskytuje nejčastěji.

Dle Bauera (2010) vzniká mozková ischemie z místních příčin nejčastěji v souvislosti se srdečními a krevními nemocemi, embolizací z aorty, krčních (krkavice) a páteřních tepen, aterosklerózou, také z celkových příčin, a to při plicních poruchách a při chudokrevnosti (nedostatku hemoglobinu), kdy dochází ke vzniku hypoxie (nedostatku kyslíku v mozku).

K hlavním příčinám vzniku ischemické CMP (iCMP) se řadí ateroskleróza, jež představuje téměř třetinu všech mozkových příhod. Následkem tohoto onemocnění dochází k uzávěru tepny, zejména krčních a mozkových tepen, a to napřed ke zúžení a pak i k náhlému uzávěru hlavní mozkové tepny krevní sraženinou, trombem, nebo může dojít také k uzávěru tepny při embolizaci ateromu (usazenina tuků a bílých krvinek), tedy aterosklerotického plátu (Bar, Chmelová, 2011). Oba dále v této souvislosti uvádí, že se k dalším hlavním příčinám vzniku ischemické CMP řadí srdeční choroby a uzávěr malých mozkových artérií (lakunární ikty), jež se vyskytují především v souvislosti s cukrovkou a vysokým krevním tlakem.

Kalita (2006) podobně jako Waberžinek a Krajíčková (2006) uvádí, že k nejdůležitějším rizikovým faktorům ischemické CMP, které lze ovlivnit, patří vysoký krevní tlak, kouření, ischemická choroba srdeční a hyperlipidémie (vysoké hladina tuků v krvi).

Waberžinek, Krajíčková (2006) a Kolář (2009) shodně uvádí, že tento typ CMP (iCMP) je třetí nejčastější příčinou smrti a zahrnuje 80 % všech CMP, že na následky iCMP umírá na celém světě ročně pět miliónů lidí, že postižení představují vysokou zdravotní a ekonomickou

zátěž pro společnost, protože asi jedna třetina pacientů po iCMP zůstává trvale závislá na zdravotní péči a finanční podpoře státu, a že iCMP je nejčastější příčinou invalidity.

Ischemie mozku dělí Ambler (2011) z hlediska mechanismu vzniku na *obstrukční*, kdy dochází k uzávěru cévy trombem (krevní sraženinou) nebo embolem (vmetkem, utrženou krevní sraženinou), a *neobstrukční*, kdy dochází k hypoperfuzi, sníženému prokrvení (průtoku). Mysliveček (2003) dle etiologie, příčiny vzniku rozlišuje ischemickou CMP *vaskulární*, v důsledku změny charakteru cévní stěny (aterotrombotické), *kardiální*, související s embolií z kardiologických příčin (kardioembolické), např. infarkt myokardu nebo fibrilace síní, *hematologické*, dané trombózou a embolií (trombembolické), a *celkové*, příčinně související s hypoxií, nedostatkem kyslíku v organismu vůbec (hypoxické), např. anemická hypoxie nebo hypoxická (hypoxemická) hypoxie mozku.

Z hlediska časového průběhu, podle kritéria doby trvání klinických symptomů dělí Ambler (2011) stejně jako Mysliveček (2003) ischemické cévní příhody na *tranzitorní ischemické ataky* (TIA), kdy se krátkodobé ataky („malá mrtvička“) objevují v průběhu jednoho dne a kdy příznaky zcela zmizí; dále *reverzibilní ischemický neurologický deficit* (RIND), kdy projevy odezní do dvou až tří týdnů nebo zůstane jen malý funkční deficit; pokud ložisková hypoxie a symptomy mají rostoucí tendenci, jedná se o *progredující iktus*; a *dokončený iktus* (ireverzibilní, terminální), kdy dochází k trvalému, nezvratnému neurologickému deficitu.

1.2 Hemoragická cévní mozková příhoda

Ke vzniku hemoragického iktu dochází dle Myslivečka (2003) v důsledku prasknutí stěny jedné z mozkových tepen, a to nejvíce v příčinné souvislosti s arteriální hypertenzí, vysokým krevním tlakem. Méně se objevují ve spojení s výdutěmi (rozšířením) tepen, s nezhoubnými nádory z krevních cév (hemangiomy), dále s tepenno-žilními, arteriovenózními malformacemi (shluky abnormálně propojených cév, tepen a žil), a také žilními a vlásečnicovými malformacemi (svazky rozšířených cév). V tom se s autorem shoduje také Kalita (2006).

Dle Bara a Chmelové (2011) je v souvislosti s etiologií hlavním rizikovým faktorem vysoký krevní tlak, který je nejčastější příčinou krvácení v mozkové tkáni, zejména v oblasti mozkového kmene (prodloužené míchy, středního mozku) a mozečku.

Bauer (2010) uvádí, že mozková krvácení mohou příčinně souviset také s cévními výdutěmi (aneurysmaty, rozšířeními), s vaskulárními, cévními anomáliemi (malformacemi) a s faktory hemokoagulačními, srážecími krev (poruchy krevní srážlivosti, hemokoagulace).

Kalita podotýká (2006), že rizikovými faktory vzniku hemoragické CMP jsou: vysoký krevní tlak, věk, pohlaví, rasa, chronická zvýšená spotřeba alkoholu, dříve prodělaný iktus, kouření, nadváha, cukrovka, denní rytmy (biologické), nadužívání kokainu.

Dle Kality (2006) hemoragické cévní příhody se podílí z patnácti procent na všech iktech. Na rozdíl od ischemického iktu je v případě hemoragického iktu nemocnost a úmrtnost nápadně vyšší.

Myslivoček (2003) stejně jako Kolář (2009) dělí hemoragické CMP na *ohraničené krvácení*, která mívají příznivější prognózu, kdy dochází k vytékání krve do mozkové tkáně, kterou tak roztlačuje, a kdy bývají postiženy zejména subkortikální, podkorové oblasti (pod kůrou mozku), a na *tříštivé krvácení*, kdy dochází k tryskání krve do tkáně mozku, která je tak destruována, ničena. Toto krvácení je zapříčiněno prasknutím cévní stěny, na kterou dlouhodobě působil vysoký krevní tlak. Dochází k němu zejména v bazálních gangliích (jádra šedé hmoty velkého mozku zanořené do bílé hmoty) a thalamu (vejčité jádro, nahromadění šedé hmoty v mezimozku). Tříštivé krvácení nebývají prognosticky příznivá, úmrtnost bývá vysoká.

Bauer (2010) dělí hemoragické CMP na méně časté krvácení *subarachnoidální*, pod mozkovou plenu pavoučnicí (SAK), kdy krev vytéká mezi mozkové obaly, pleny (arachnoideu, pavoučnicí a pia mater, omozečnicí), a častější krvácení *intracerebrální*, nitromozkové (ICH), při kterém krev buď vytéká (krvácení ohraničené) nebo tryská (krvácení tříštivé, devastující) dovnitř mozkové tkáně.

1.3 Následky cévní mozkové příhody

Palmer (2013, s. 28) v kontextu soužití s partnerem po iktu uvádí, že „*Když partner dostane mrtvici, zasáhne vás to nárazovými vlnami. Mrtvice je často děsivá a možná máte pocit, že nejste připravení vyrovnat se s jejími okamžitými následky i dlouhodobým dopadem. Ale navzdory nedostatku zkušeností či přípravy budete nejspíš první člověk, který bude muset jednat, činit rozhodnutí a zajišťovat péči o partnera. Patrně zaujmete roli hlavního pečovatele a zahájíte rychlokurz výcviku v praxi*“.

Kolář (2009) uvádí, že mezi klinickými symptomy v případě osob po ischemické CMP a hemoragické CMP není významná odlišnost. U jedinců po CMP, iktu se vyskytují hlavně poruchy motoriky končetin, sensorické, smyslové poruchy, dále poruchy symbolických (řeč, čtení, psaní, porozumění významu slova) a kognitivních funkcí (myšlení, pozornost, koncentrace, paměť), postižení mozkových nervů, poruchy povrchového a hlubokého cití,

poruchy rovnovážné neboli statokinetické, a to vestibulární (související s labyrintem vnitřního ucha) nebo mozečkové.

Dle Angerové a Švestkové (2010) jsou nejčastějšími projevy mozkové mrtvice následky *somatické*, a sice poruchy motoriky (centrální parézy), spasticita, poruchy senzitivních funkcí (vnímání bolesti, teploty, dotyku), poruchy *senzorické* (smyslové), postižení mozkových, hlavových nervů (diplopie, dysfagie, dysartrie), poruchy mozečkové a poruchy vestibulokochleárního ústrojí (ataxie), poruchy autonomních funkcí (termoregulace, frekvence dechu, srdeční akce), dále následky *kognitivní*, které zahrnují poruchy kognitivní a poruchy symbolických funkcí (poruchy pozornosti, paměti, myšlení, abstrakce, agnózie, apraxie, afázie, vizuospeciální percepcie), a následky *neurobehaviorální*, a to změny nálady, afektivity a emotivity (impulzivita, apatie, agresivita, deprese, úzkost, iritabilita, emoční labilita).

Dle Solarové (2009) je nejčastějším následkem mozkového iktu ztráta volního pohybu s alterací svalového tonu. Autorka uvádí, že vzniklé poškození CNS představuje výrazně závažnější komplikaci, kdy poukazuje na komplexní poruchu funkce zejména posturálních reflexních mechanismů, antigravitačních a vertikalizačních funkcí (pro svislou polohu), stabilizačních a fixačních funkcí, lokomoce, automatických pohybových reakcí, manipulační funkce a cílené motoriky. Toto onemocnění je příčinně spojeno s porušením motorického systému celého organismu a se ztrátou schopnosti přizpůsobit se změnám polohy i pohybům.

Bauer (2010) uvádí, že velmi často dochází k invaliditě osob postižených iktem. Dle autora je závažné jak motorické postižení, tak i traumatizující porucha řeči, která bývá častou příčinou sociální izolace. Palmer (2013) v souvislosti s následky cévní mozkové příhody uvádí, že klinický obraz, soubor příznaků, po iktu bývá velmi pestrý a odvíjí se od místa postižení mozku, rychlosti vzniku, míry postižení, také od věku a zdravotního stavu, které se promítají do následků tohoto onemocnění. Mysliveček (2003) shodně podotýká, že projevy následků hemoragické CMP jsou závislé na příčině, lokalizaci, rozsahu, rychlosti vzniku, účinnosti kompenzačních mechanismů a celkovém stavu pacienta. Proto bývají následky mozkové mrtvice u každého jednotlivého případu rozdílné.

Dále Palmer (2013) uvádí, že záleží především na místě postižení části mozku, že v případě velmi slabé mrtvice v té části mozku, jež neřídí vitální funkce, dochází pouze k méně závažným následkům, zatímco v případě jen velmi slabá mrtvice v mozkovém kmeni, kde jsou uloženy životně důležité funkce, jako srdeční akce a dýchání, dochází k velmi nepříznivým následkům.

2 Složky koordinované rehabilitace

Kolář (2009, s. 1) o rehabilitaci uvádí: „*Je to koordinované a plynulé úsilí společnosti s cílem sociální integrace jedince. Tento proces zahrnuje zdravotnickou, vzdělávací, pracovní, sociální, technickou, kulturní, legislativní, ekonomickou, organizační a politickou problematiku.*“

Dále autor shodně s Jankovským (2006) poukazuje na to, že nyní již rehabilitace není pojímána výlučně jako zdravotnická činnost, jako poskytovaná fyzioterapie, nýbrž jako interdisciplinární systém, na kterém se podílí odborníci také z nemedicínských oborů.

Dle Jankovského (2006) zahrnuje a propojuje ucelený systém rehabilitace péči *zdravotní, pedagogicko psychologickou, sociální právní a pracovní*, kdy předpokladem úspěšné rehabilitace je vytvoření multidisciplinárního týmu. Podobně Kolář (2009) dle používaných prostředků a opatření rozlišuje *rehabilitaci léčebnou (medicínskou), sociální, pedagogickou a pracovní*, respektive její oblasti, složky.

Dle Pfeiffera (2014) představuje koordinovaná rehabilitace, nazývaná dříve ucelená nebo také komprehenzivní, interdisciplinární obor, znamená tedy provázanost a návaznost složek léčebných, pedagogických, pracovních a sociálních.

V této kapitole jsou zmíněny přehledně jednotlivé složky, prostředky rehabilitace. Metody léčebné rehabilitace jsou probrány a rozpracovány pro svou obsáhlost zvláště v následující, třetí kapitole.

2.1 Léčebná rehabilitace

Kolář (2009) se o léčebné rehabilitaci zmiňuje jako o zdravotní péči poskytované formou ambulantní a nemocniční lůžkové péče, dále v lázeňských zařízeních a odborných léčebných ústavech, a dále uvádí, že tato péče zahrnuje metody jako fyzioterapii, ergoterapii, logopedii, psychologii a neuropsychologii.

Dle Sayoud Solarové (2010) představuje léčebná rehabilitace osob po CMP dlouhodobý proces, kdy její úspěšnost závisí na stupni postižení centrální nervové soustavy, na premorbidním stavu a celkové kondici, na rodinném zázemí, motivaci a také na věku.

Kolář (2009, s. 2) o léčebné rehabilitaci jako významné složce ucelené rehabilitace a nedílné, podstatné součásti zdravotní péče uvádí, že „*Zahrnuje soubor rehabilitačních, diagnostických, terapeutických a organizačních opatření směřujících k maximální funkční zdatnosti jedince a vytvoření podmínek pro její dosažení.*“ Autor dále uvádí, že postupy, které jsou využívány v léčebné rehabilitaci se zaměřují na ovlivnění a eliminaci dopadu funkčního

deficitu, že součástí rehabilitace je i terapie, která zahrnuje široké spektrum léčebných procedur využívaných k léčbě poruch především pohybového systému.

Švestková (2017, s. 21) v souvislosti s poskytováním rehabilitace postiženým všech věkových kategorií uvádí, že „*U velké části z nich se specifickou léčbou základního onemocnění a rehabilitací dosáhne původní kvality života. U ostatních, u kterých lze předpokládat, že úraz, onemocnění či vrozená vada zanechá dlouhodobé nebo trvalé následky, je nezbytné použít v rehabilitaci i další prostředky rehabilitace (sociální, pedagogické, předpracovní a pracovní), dle individuálních potřeb, které určí interprofesní tým.*“

Dle Jankovského (2006) se léčebná rehabilitace dělí na ergoterapii, fyzikální terapii, léčebnou tělesnou výchovu, animoterapii a další speciální způsoby léčení, a to například arteterapii, muzikoterapii nebo psychoterapii. Autor v této souvislosti podotýká, že léčebná rehabilitace má tak jasně mezioborový charakter.

Kolář (2009) uvádí že terapeutické postupy zde zahrnují ergoterapii, fyzioterapii, fyziatrii, rehabilitační inženýrství, myoskeletální medicínu, logopedii a neuropsychologii.

2.2 Sociální rehabilitace

Jesenský (1995, s. 39) vymezuje sociální rehabilitaci jako „*proces učení žít s vadou (defektem), proces překonávání neschopností (znovuuschopňování) v individuálně (osobně) i společensky významných činnostech, proces prevence i odstraňování defektivit a handicapů. Konečným výsledkem sociální rehabilitace je akceptace vady, životní pohoda a v nejvyšším stupni také integrace*“

Dle Francové (2014) je sociální rehabilitace jednou z hlavních složek koordinované rehabilitace, jež cílí na pomoc osobám za účelem jejich fungování v životních situacích (zajištění sociálních služeb, resocializace zajištění úprav bytu, automobilu, ekonomické a hmotné zajištění pro samostatný život), a jež se uskutečňuje v podobě socioterapie nebo případové a komunitní sociální práce.

Dle Švestkové (2017) je sociální rehabilitace proces, kdy osoba s dlouhodobým nebo trvalým omezením nacvičuje potřebné dovednosti, jejichž cílem je dosažení maximální soběstačnosti (nezávislosti) a samostatnosti, aby se tato osoba sociálně co nejlépe integrovala.

Klusoňová (2011) uvádí, že sociální rehabilitace představuje pro osoby zdravotně postižené ekonomické zajištění, začlenění a znovuuvedení (opětná socializace) ve společnosti a také pomoc nebo péči, kdy se přitom snaží docílit toho, aby tyto osoby byly aktivní, akceptovaly své defekty a mohly prožívat životní pokoj a klid.

Janečková (2009) uvádí, že u osob po poškození mozku se mohou vyskytnout poruchy emocí, chování a kognitivních funkcí, kdy se následně o těchto osob mohou projevit problémy v oblasti sociálních dovedností, a dále se zmiňuje o sociálních důsledcích v případě těchto osob, kterými bývají především změny v profesi a v zaměstnání, ve vztazích partnerských a rodinných, v činnostech společenských a volnočasových.

Jankovský (2006) řadí mezi metody sociální rehabilitace reedukaci (tj. rozvoj poškozené funkce a zbytkových schopností) a kompenzaci, která znamená náhradu postižené funkce jinou nepoškozenou funkcí. Dle autora k metodám patří také nácvik používání speciálních prostředků a technik jako jsou počítačová technika, alternativní a augmentativní komunikace, výcviky používání protetických a kompenzačních pomůcek. Metoda akceptace představuje komplex postupů zaměřených na přestavbu hodnotových struktur, rozvoj osobnosti a přijetí života s postižením.

2.3 Pedagogická rehabilitace

V případě jedinců produktivního věku se tento druh rehabilitace mísí s rehabilitací pracovní, kdy se vzájemně jedna promítá do druhé, a to z toho důvodu, že postižené osoby cílí k získání určité pozice v zaměstnání a potřebné kvalifikace. Pokud tedy u jedinců po CMP nelze z důvodu druhu a stupně postižení působit na dříve vykonávané pracovní pozici, potom je příhodné a prospěšné u těchto osob užít společně pedagogickou a pracovní rehabilitaci.

Jesenský (1995) o pedagogické rehabilitaci uvádí, že se zabývá především návratem k původní linii cílevědomého rozvoje osobnosti a také socializací, enkulturací a pracovním zařazením. Autor k této rehabilitaci řadí také některé prvky ergonomie a využití technických prostředků v rámci pedagogicky rehabilitačního působení.

Dle Votavy (2003) současný koncept pedagogické rehabilitace již zahrnuje všechny věkové kategorie osob se zdravotním postižením, nikoliv jako dříve, kdy zahrnoval zejména děti a mládež.

Švestková (2017) vymezuje pedagogickou rehabilitaci jako proces, při kterém je usilováno o respektování individuálních potřeb a možností osob s disabilitou, o umožnění těmto osobám dosáhnout maximálního možného vzdělání a tím docílení podpory v jejich samostatnosti a zapojení do všech aktivit společenského života, kdy prostřednictvím výchovy a vzdělávání lze pak směřovat k posílení harmonické koexistence všech členů domácnosti.

2.4 Pracovní rehabilitace

Jesenský (1995, s. 117) vymezuje pracovní rehabilitaci jako „*proces obnovy pracovního potenciálu a proces přípravy na produktivní práci. Práce přitom může být i prostředkem léčebné rehabilitace i prostředkem rozvoje osobnosti a sociální integrace.*“

Dle Koláře (2009) je pracovní rehabilitace zaměřena na osoby se zdravotním postižením především v souvislosti se získáváním a udržováním si vyhovujícího zaměstnání.

Šeblová (2013) podotýká, že prodělaný iktus může významně dopadat na předchozí život, tedy pokud se osoby po iktu nemohou vrátit do původního zaměstnání, ale přitom neztratily schopnost pracovat vůbec, mívají problémy se získáním jiného zaměstnání a v této příčinné souvislosti mívají deprese a problémy psychické, bývají také sociálně izolovány.

Dle Jesenského (1995) je pracovní rehabilitace u osob po CMP závislá na charakteru zaměstnání, které tento člověk vykonával před iktem, míře vzniklého zdravotního postižení a zda je v produktivním věku. Pokud je to aspoň trochu možné, snažíme se ho prostředky pracovní rehabilitace navrátit na pracovní trh. Zaměřujeme se především na získání motivace k práci, asertivity, společensko-pracovní prestiže a finanční nezávislosti. Cílem tohoto procesu je plná sociálně pracovní integrace, která souvisí s uspokojením individuálních a celospolečenských potřeb.

Jankovský (2006) o pracovní rehabilitaci uvádí, že nepředstavuje pouze pracovní přípravu (získávání vědomostí, dovedností, návyků a kvalifikace), nýbrž mnohem širší proces, tedy že tento proces v sobě zahrnuje soustavnou péči věnovanou lidem se zdravotním postižením tak, aby se mohli uplatnit v pracovní činnosti. Dle autora je předpokladem obnovení pracovního potenciálu u lidí, kteří mají v důsledku zdravotního postižení změněnou pracovní schopnost nebo jsou dokonce práce neschopni. Práce patří mezi základní potřeby člověka, pokud tuto potřebu aktivity člověk nemá naplněnou, dochází k frustraci či stresu. Z toho usoudíme, že pracovní integrace je pro každého velmi naléhavá. Pracovní rehabilitace se snaží stresovým stavům předcházet.

3 Metody léčebné rehabilitace

Do metod léčebné rehabilitace patří podle Koláře (2009) logopedie, expresivní terapie, fyzioterapie (balneoterapie, fyziatrie, léčebná tělesná výchova), ergoterapie, animoterapie (canisterapie, hipoterapie) a neuropsychologická terapie.

3.1 Logopedie

Peutelschmiedová (2007) uvádí, že logopedie je mezioborová disciplína, jež úzce souvisí s lékařskými obory, zejména s foniatrií a neurologií, dále že logopedie je samostatná disciplína, jež se zaměřuje na správnou výslovnost, odstranění vad, poruch řeči a zajištění komunikace, již lze provádět i jiným způsobem než ústy, orálně.

Lechta (2011, s. 15) logopedii definuje jako *„vědní obor interdisciplinárního charakteru, jehož předmětem jsou zákonitosti vzniku, eliminace a prevence narušené komunikační schopnosti.“*

Podle Angerové a Švestkové (2010) má logopedická intervence velmi důležitou roli právě u osob po cévní mozkové příhodě s poruchou řeči (afázie) a poruchou polykání.

Dle Švestkové (2017) se klinická logopedie zabývá prevencí, terapií a kompenzačními možnostmi narušeného komunikačního systému, kterou provádí vysokoškolsky vzdělaní odborníci, logopedi, se specializací na práci ve zdravotnictví.

Kalvach (2010) v souvislosti s následky mrtvice podotýká, že postižené osoby zápolí s poruchou řeči, která může být pro nemocného více stresující než samotné somatické dopady postižení, že pomoc s obnovou řeči zajišťuje ve spolupráci s foniatrem klinický logoped.

Dow (2018) podotýká, že bezprostředně po CMP mají pacienti problémy s mluveným slovem, s vyjádřením, neumí nalézt správné slovo, používají nesrozumitelná slova, nejsou schopni vyslovovat a porozumět psanému slovu a nejsou schopni psát.

Janečková (2009) uvádí, že logoped uskutečňuje logopedické vyšetření, určuje diagnózu, začíná léčit a rehabilitovat už v akutní fázi nemoci, poskytuje podporu také rodině a zdravotnímu personálu, a to pro správnou komunikaci, kdy cílí na dosažení zlepšení komunikační schopnosti a polykání, a v některých případech používá také alternativních způsobů komunikace, jako například elektronických přístrojů nebo piktogramů.

Dle Klenkové (2006) není cílem logopedie pouze navrácení komunikačních schopností, nýbrž také udržení kvality sociálního života, kdy terapeutický přístup cílí na integraci jedince do společnosti, na poskytování adekvátní možnosti komunikace a na získání soběstačnosti.

3.2 Neuropsychologie

Votava (2003) o neuropsychologii (neuropsychologické terapii) uvádí, že jejími součástmi jsou psychologická diagnostika a léčba osob, u nichž došlo k mozkovému poškození, a kdy cílem je indikovat, stanovit rehabilitaci kognitivních, poznávacích funkcí, které byly porušeny. Dále uvádí, že neuropsychologie v širším slova smyslu představuje poskytování poradenství postiženým osobám a také osobám, které jsou jim blízké nebo o ně pečující.

Autor o neuropsychologii také uvádí, že se zabývá diagnostikou a terapií poškozeného mozku z psychologického hlediska, že indikuje rehabilitaci kognitivních funkcí.

Dle Angerové a Švestkové (2010) je cílem neuropsychologie obnovení nebo kompenzace kognitivní (poznávací) funkce (paměť, vyjadřovací schopnosti, srozumitelnost řeči, vnímání zrakové a sluchové, čtení, psaní, počítání), které posuzuje neuropsycholog. Autorky v této souvislosti uvádí, že psycholog mimo výkonové funkce zkoumá také osobnost postiženého, psychický a fyzický stav po iktu, stupeň deprese. Orientuje se také na psychické vlastnosti a rysy osobnosti (strukturu) v období před iktem.

Preiss (1998) uvádí, že klinická neuropsychologie se řadí mezi aplikované obory psychologie, úzce související s psychiatrií, neurologií a speciální pedagogikou. Neurologickým vyšetřením se zjišťují příznaky mozkového poškození, které se odráží v projevech chování a v prožívání. Tímto vyšetřením se zjišťuje také klinický obraz (symptomatologie) uvedených změn. Podle toho, na co se vyšetření zaměřuje, se určuje samotná porucha, kdy jsou postiženy psychické funkce, nebo se určuje postižení schopnosti samostatného a nezávislého fungování, anebo se zjišťuje vliv poškozeného mozku na sociální, společenské fungování osoby po iktu.

Autor dále podotýká, že kognitivní neuropsychologická rehabilitace cílí na rozpoznávání objektů, zrakové vnímání, prostorovou orientaci, řečové funkce, porozumění řeči, tvorbu slov a slovní vyjadřování, problémy se čtením a psaním, paměť, koncentrace, pozornost, exekutivní neboli řídicí, regulující či výkonné funkce (plánování, rozhodování, organizace, výkon) a řešení problémů. Samostatnou částí neuropsychologické rehabilitace je poradenství.

Preiss a Kučerová (2006) uvádí, že se obecně neuropsychologická rehabilitace u osob po centrální mozkové příhodě s vaskulární demencí zaměřuje na kompenzaci paměťových deficitů, trénink bezpečnosti, edukace rodiny a blízkých, redukci problematického chování a trénink hybnosti.

3.3 Expresivní terapie

Špinarová Dusbábková (2012) pojímá expresivní terapii jako psychoterapii, kdy jsou využívány k sebevyjádření exprese, výrazové, neverbální prostředky. Autorka uvádí, že při tomto způsobu léčení je prostředkem tanec, pohyb, dramatická scénka, zvuk, hudba, obraz.

Kantor (2009) uvádí, že podstatou expresivní terapie je léčba výrazovými uměleckými prostředky, mající charakter výtvarný, dramatický, hudební, literární a pohybový. Dále autor podotýká, že z hlediska užitých uměleckých složek (výrazových prostředků) se tato léčba rozděluje na arteterapii, dramaterapii, muzikoterapii, biblioterapii a terapii tanečně–pohybovou.

Podle Jankovského (2006) představuje expresivní terapie jak postupy léčebné, tak i postupy přesahující do umění a některých odborných oborů, například pedagogiky a psychologie. Autor v této souvislosti podotýká, že expresivní terapie je součástí, metodou nejen léčebné rehabilitace, ale může být součástí i rehabilitace pedagogické, sociální a pracovní.

Arteterapie dle Kantora (2009) znamená v širším smyslu totéž, co představuje expresivní terapie. V užším smyslu, je pak pouze jednou z metod expresivní terapie, jež se zabývá léčebným užitím výtvarných prostředků. Podle autora by mělo praktické užití těchto prostředků (výtvarné kreativní činnosti) cílit na podporu samotné léčby i zdraví.

Jankovský (2006) o arteterapii uvádí, že touto metodou se procvičuje grafomotorika, jemná motorika, vizuální vnímání a vizuomotorická koordinace, že arteterapie má příznivý vliv na psychický stav, kdy bývá dosaženo zejména emočního ladění a sebereflexe.

Kang a Kim (2013) uvádí, že arteterapie příznivě ovlivňuje nejen iktus, ale i další onemocnění, jako demenci nebo rakovinu, že použití barev v terapii zlepšuje kvalitu života osob s iktem. Koordinace a sytost barev nebo jas příznivě ovlivňují náladu. Význam léčby spočívá ve vyloučení negativních myšlenek osob po iktu, které mohou svou náladu zapsat.

Muzikoterapii lze dle Kantora (2009) pojímat a vymezovat jednak jako umění, dále jako vědeckou disciplínu a také jako meziosobní proces. V případě umění je pro muzikoterapii charakteristická individualita, subjektivita, krása a tvořivost. Coby vědecká disciplína je muzikoterapie vázána na objektivitu, snahu o opravdovost a vícestrannou použitelnost. Při meziosobním procesu je pro muzikoterapii typická důvěrnost, vzájemnost (oboustrannost), vcítění a komunikace.

Dle Gerlichové (2017) je muzikoterapie výchovnou a terapeutickou metodou, která spočívá v práci s hudbou. Aluru (2016) poukazuje na příznivý vliv hudby na jedince a dále uvádí, že hudební tvorba příznivě působí na somatický stav, napomáhá sociální integraci a také přispívá k psychické pohodě.

Kantor (2009) uvádí, že pojmání muzikoterapie v širším významu obsahuje užití hudby z hlediska různých oborů pomáhajících profesí, především speciální pedagogiky, neurologie, ošetrovatelství a fyzioterapie. Autor dále podotýká, že při tomto způsobu léčby lze hudbu vnímat, poslouchat, dokonce i participovat na její tvorbě, a to prostředky jak slovními, tak i neslovními, kdy působení muzikoterapie může mít efekt stimulující, relaxační nebo dráždivý.

Magee (2017) podotýká, že muzikoterapie je vhodná pro komunikaci, při afázii, dysartrii, dýchání, že má příznivý vliv na pohyb horních končetin a napomáhá při nácvičce chůze, kdy jsou během léčby zapojovány postižené části těla. Dle autora působí hudba příznivě na psychický stav jedince a lze ji vhodně užít také pro relaxaci.

Dramaterapie je dle Valenty (2011) léčebně-výchovným oborem s převážně skupinovými činnostmi, jež ve skupinové dynamice užívají divadelní a dramatické prostředky, a to pro dosažení příznakové úlevy, zmírnění následků psychických poruch i sociálních problémů, a pro dosažení osobního, společenského růstu a začlenění jedince. Autor dále uvádí, že dramaterapie je převážně skupinovou činností, jež operuje s metaforami (přenos významu, či pojmenování), se znaky či symboly a užívá divadelních prostředků. K jejím základním cílům se řadí zvýšení sociální interakce (vzájemného působení) a mezilidské inteligence, kontrola citů, získání schopnosti uvolnit se, vytváření zásoby životních rolí, rozvoj představivosti, schopnosti se soustředit a posílení sebevědomí a úcty k sobě samému.

Dramaterapie představuje psychoterapeutický přístup, který spočívá ve využití divadelních prostředků pro objevení příhodné rovnováhy, duševní a tělesné, nebo rovnováhy ve vztazích, anebo pro osobní rozvoj (Asociace dramaterapeutů České republiky [online]).

Kantor (2016) o dramaterapeutech uvádí, že tito pracují nejčastěji s imaginárními příběhy nebo texty, že při tvorbě pracují eklekticky, vybírají z různých děl hodící se prvky a ty mísí, spojují dohromady. Dle autora se v dramaterapii hrají více fiktivní role osob a objektů, řídí se více divadelní strukturou, zatímco v psychodramatu jsou role vymezeny podle skutečných osob, kdy se divadelní strukturou vlastně ani neřídí.

Tanečně pohybová terapie je svou podstatou psychoterapeutickým užitím pohybu v procesu, který cílí na dosažení citové a tělesné integrace osobnosti klienta (Čížková, 2005). Autorka v této souvislosti dále uvádí, že prostřednictvím této léčby poznává klient více své tělo, svůj způsob pohybu a jeho spojitost s rysy osobnosti a aktuálním emočním stavem, že základním cílem tohoto způsobu léčení je dosažení citového a tělesného sjednocení, uvědomění si vlastního těla, jeho meze a vztah těla k prostoru, strážlivé (kritické) vnímání svého pojetí

těla, uznání a zvládnutí napětí, úzkosti, zátěže a potlačované energie, a také poznání a vyjádření svých pocitů vhodným chováním a obohacení pohybových dovedností.

3.4 Animoterapie

Animoterapie je starší a aktuálně méně užívaný odborný název stejného významu a užití (synonymum) jako má zooterapie.

Velemínský (2007) charakterizuje animoterapii jako příznivé, nebo až terapeutické ovlivňování člověka zvířetem (interakce), jehož důsledkem a záměrem je zlepšení hybnosti, paměti, komunikace a zmírnění zátěže. Dále uvádí, že při tomto způsobu léčení má nezastupitelnou roli právě terapeut, který rozhoduje o způsobu, formě a jak často bude tato metoda rehabilitace použita (frekvence), že teoreticky je možné v animoterapii použít právě takové zvíře, které se klientovi líbí, vyvolává u něho kladné pocity, a přitom zvládne s tímto zvířetem navázat kontakt nejen zrakový, ale i dotykový.

Dle Motlocha (2016) je animoterapie druhem léčby, která se realizuje skrze zvířata, kdy jejich terapeutickým působením dochází k ovlivňování fyzických a psychických problémů klienta. Autor dále uvádí, že po fyzické stránce tento způsob léčby rozvíjí hrubou a jemnou motoriku, podněcuje ke slovní i mimoslovní komunikaci, k pohybu, má kladný vliv na rozvíjení orientace v prostoru a čase, příznivě ovlivňuje koncentraci a paměť, je důležitým relaxačním a rehabilitačním činitelem a také pozitivně ovlivňuje rozvoj sociálního citění.

Motloch (2016) rozlišuje podle zvířete jako terapeutického prostředku několik druhů animoterapie, a sice hipoterapii (kůň jako léčebný prostředek), canisterapii (pes jako léčebný prostředek), felinoterapii (kočka jako léčebný prostředek), ornitoterapii (ptáci jako léčebný prostředek), terapii prostřednictvím malých zvířat (akvarijní rybičky, plazi, křečci) a terapii prostřednictvím hospodářských zvířat (terapeutické farmy).

Canisterapie dle Velemínského (2007) spočívá v léčebném ovlivňování klienta psem, která příznivě působí na zdraví klienta po stránce psychické, somatické a sociální pohody. Pes jako prostředek tohoto terapeutického působení hraje roli společníka či partnera, který působí na klienta výchovně, edukačně. Canisterapie trénuje koncentraci, zlepšuje pozornost, rozvíjí sociální citění, zlepšuje kvalitu života a někdy může snižovat agresivitu klienta. Rozhodujícími kritérii pro výběr vhodného psa jsou výchova, socializace a prostředí, ve kterém pes žije, pozitivní a negativní zkušenosti s lidmi i s jinými psy, osobnost majitele a genetické předpoklady daného plemene.

Dle Votavy (2003) se profesionálně vycvičení psi dělí na tři skupiny či třídy, a to na vodící psy, kteří napomáhají klientovi překonat nástrahy provozu na ulici, umí podat spadlé věci, dovedou najít tlačítko na semaforu, poštovní schránku, dále na psí partnery (partnerské psy), kteří napomáhají klientovi při sebeobslužných činnostech, a na terapeutické psy, kteří dovedou plnit jednoduché povely (přivolání, posazení), umí po povelu donést předměty, nevádí jim fyzický kontakt a umí upozornit na neobvyklé chování klienta.

Hipoterapie dle Votavy (2003), stejně jako dle Velemínského (2007), představuje terapeutické využití koně jako prostředku, jenž příznivě působí na zdraví klienta. Poněvadž hipoterapie není jenom sezení na koni, musí být doporučena lékařem a ke klientovi se musí při léčebném působení přistupovat individuálně. K hlavním pravidlům hipoterapie náleží propojení fyzioterapie s psychoterapií. Hřbet koně se pohybuje trojrozměrně. Pro udržení klienta na koni je nutné přizpůsobit se právě tomuto pohybu, který svým působením vede k mimovolné aktivaci reflexů pro rovnováhu a tím ke zlepšení držení těla a hlavy. Následkem účinku tohoto pohybu se totiž zpevňuje svalový korzet páteře a zlepšuje se koordinace rovnováhy a pohybu. Druhým terapeutickým účinkem je usnadnění svalového stahu a tím i pohybu (facilitace), a to skrze dotykových podnětů. Facilitace je způsobena zejména třením těla o srst koně, ale i dotykem a hlazením. Teplota těla koně příznivě ovlivňuje spasticitu (zvýšené napětí svalů) a činnost svalů klienta. Hipoterapie má také i psychoterapeutický účinek, kdy pozitivně ovlivňuje soustředěnost pozornosti a přizpůsobení se novým situacím, zlepšuje kontrolu chování a především zvyšuje, posiluje sebevědomí a sebedůvěru.

3.5 Ergoterapie a fyzioterapie

Dle Klusoňové (2011) má ergoterapie společné cíle s fyzioterapií, logopedií i neuropsychologií. Autorka uvádí, že ergoterapie je v akutním stadiu onemocnění směřována na zjištění stavu vědomí, schopnosti komunikace, porozumění, spolupráce, schopnosti pohybu, hybnosti končetin, soběstačnosti či pohyblivosti související s lůžkem a také stavu smyslových funkcí.

Ergoterapie je dle Světové federace ergoterapeutů (2007) profesí, která se zabývá podporou zdraví a celkové pohody jedince prostřednictvím zaměstnávání (činností). Ergoterapeuti dosahují tohoto cíle jednak uskutečněním zaměstnávání, činností, nebo také podporou schopnosti jedince zapojit se do činnosti prostřednictvím úpravy prostředí, ve kterém k činnosti dochází (Křivošíková, 2011).

Podle České asociace ergoterapeutů (2008) je ergoterapie vymezena jako „*profese, která prostřednictvím smysluplného zaměstnávání usiluje o zachování a využívání schopností jedince potřebných pro zvládnutí běžných denních, pracovních, zájmových a rekreačních činností u osob jakéhokoli věku s různým typem postižení*“ (Jelínková, Krivošíková, Šajtarová, 2009, s. 13).

Dle Krivošíkové (2011) je základní náplní ergoterapie pomáhat jedincům provádět běžné životní činnosti takovým způsobem, že se do nich tito mohou zapojit i přesto, že jsou hendikepováni. Autorka dále uvádí, že prováděné činnosti by měly být pro hendikepované jedince smysluplné, účelové a také významné, že soubor těchto činností je v ergoterapii nazýván jako oblasti výkonu zaměstnávání, jež se člení do tří kategorií, a sice běžné denní činnosti, pracovní a produktivní činnost a herní a volnočasové aktivity.

Krivošíková (2011) uvádí, že se ergoterapie člení podle charakteru užitých činností do pěti terapeutických souborů aktivit, tedy oblastí působení či výkonu zaměstnávání.

První oblast výkonu zaměstnávání představuje ergoterapii směřující k nácviku běžných denních činností, jež cílí na dosažení maximální soběstačnosti, nezávislosti klienta na pomoci druhých, a to jednak v denních aktivitách charakteru personálního (například oblékání, osobní hygiena, stravování, přesuny), tak poté i charakteru instrumentálního (například vaření, nakupování, péče o domácnost, zacházení s penězi, cestování).

Druhý ergoterapeutický soubor činností představuje ergoterapii orientovanou na nácvik pracovních dovedností, jež se uplatňuje zejména u osob mladšího a produktivního věku. Cílem této oblasti ergoterapie je nalézt možnosti zapojení klienta do dřívějšího zaměstnání, případně učení klienta jinému profesnímu uplatnění, a provádět stále, adekvátně, odpovídajícím způsobem zatěžování klienta při využití vzorových činností, modelů.

Třetí oblastí výkonu zaměstnávání je ergoterapie zaměstnáváním, jež je prvotním oborem ergoterapie. Zde je cílem překonávání úzkosti, pesimismu strachu a deprese u jedinců zdravotně postižených prostřednictvím činností, jež by měla klienta bavit. Převážně se týká činností, již klient rád prováděl v době před postižením. Příznivý výsledek záleží zejména na tom, zda je ergoterapeut schopen klienta správně motivovat.

Ke čtvrté ergoterapeutické oblasti působení náleží ergoterapie funkční, kterou je cíleno na dosažení pozitivní změny funkce konkrétní části těla. Její působení je orientováno na senzomotorické, kognitivní a psychosociální funkce.

Pátým ergoterapeutickým souborem činností je ergoterapie orientovaná na poradenství, jež cílí na poskytnutí pomoci a podpory, a to jak zdravotně postiženému jedinci, tak i členům

jeho bližší rodiny, v přijetí nově vzniklé situace a seznámení s možnostmi řešení a pozitivního ovlivnění této situace.

Fyzioterapie se dle Janečkové (2009) zaměřuje na diagnózu a terapii ztráty somatických schopností a poruch hybnosti. Autorka dále uvádí, že u osoby, která má poraněnou mozkovou tkáň, se fyzioterapeut zaměřuje na diagnózu a terapii snížených fyzických dovedností a porušené hybnosti. Kolář (2009) uvádí, že k hlavním postupům fyzioterapie náleží kinezioterapie.

Zeman (2009) uvádí, že fyzioterapie je terapeutický postup, který využívá různých forem energií, přírodních podnětů k zachování nebo obnově zdraví. Fyzioterapie se orientuje na prevenci, diagnostiku a terapii poruch funkce pohybové soustavy, že základním cílem fyzioterapie je léčba funkčních poruch pohybové soustavy, mezi které patří například blokády kloubů a svalové spasmy, s využitím anatomických a fyziologických poznatků pohybového aparátu.

Votava (2003) o fyzioterapii uvádí, že je oborem širším, který se zabývá také prevencí, diagnostikou a terapií poruch funkce pohybového aparátu a zdůrazňuje také ovlivnění funkcí jiných systémů, např. funkcí psychických.

Zeman (2013) uvádí, že fyzikální terapie je rozdělena dle využívané energie na *mechanoterapii*, využívající mechanickou energii (masáže, trakce, pasivní pohyby, manipulační a mobilizační léčba, ultrazvuk); *termoterapii*, využívající tepelnou energii (parafin, tepelné obklady, kryokomory, studené obklady); *fototerapii*, využívající světelnou terapii (ultrafialové záření, biolampa, laser); *elektroterapii*, využívající elektrickou energii; hydroterapii, využívající vodní energii, nebo terapii využívající přírodní zdroje, tedy balneoterapii (peloidy, rašeliny, slatiny, bahna).

Dle Votavy (2003) se člení přístupy léčebné tělesné výchovy, edukace dle jejího užití na analytické (rozebírající, rozkládající celek na části) a syntetické (spojující, slučující části v celek) přístupy. Při analytickém přístupu se terapeuticky působí na jednotlivé části těla. Tento přístup bývá aplikován zejména v případech periferních obrn a poranění, traumat končetin. V případě syntetického přístupu je terapeuticky cíleno na nácvik pohybových stereotypů, při kterém dochází ke správnému zapojení jednotlivých částí těla do pohybu, a to až do vzniku jednoho funkčního celku.

Angerová a Švestková (2010) uvádí, že nejvýznamnější funkcí fyzioterapeuta je dosáhnout obnovení hybnosti končetin, zamezit zkracování svalů a nacvičovat chůzi.

PRAKTICKÁ ČÁST

4 Koordinovaná rehabilitace u seniorů s omezením hybnosti

Následkem iktu dochází k častým poruchám hybnosti, vedle poruch komunikace a kognitivních funkcí. Poruchy hybnosti vedou ke změně zdravotního stavu, kdy dopadají negativně na psychiku a vedou ke změně sociálního statusu, prestiže ve společnosti, a to i v případě seniorů, protože také pro ně by motorické omezení, kterým může být dotčena i komunikace (paréza svalů obličeje), mohlo vést k sociální izolaci. Motorická omezení se tedy nemusí týkat jen pohybu končetin, pohybu vůbec, ale i obličejových svalů, tedy komunikace.

Kalita (2006) uvádí, že k motorické poruše komunikace, k dysartrii, dochází při postižení hlavových nervů V (trojklaného), VII (lícního), IX (jazykohltanového), X (bloudivého), XI (přídavného) a XII (podjazykového).

Neschopnost nebo omezení pohybu a poruchy komunikace představují významné překážky, které brání k návratu, znovuzapojení jedinců po iktu do běžného života, a to jedinců produktivního věku i seniorů. Rehabilitace motoricky postižených následkem iktu by měla být s ohledem na změny zdravotního stavu, zejména poruchy hybnosti, a jeho dopady na sociální status poskytnuta včas, přitom její dílčí metody by měly být koordinované, na sebe navazující.

4.1 Cíle a metodologie výzkumu

Hlavním cílem závěrečné práce je popsat a porovnat případy seniorů s omezením hybnosti po iktu z Charitního domova Hluk, a to z hlediska včasnosti a návaznosti metod poskytované rehabilitace ve speciálně pedagogickém kontextu, a zjistit u těchto případů míru vlivu rehabilitace na dosažení sociální integrace, zjistit spokojenost s kvalitou poskytované rehabilitace a užitých rehabilitačních metod, také s informovaností o metodách rehabilitace.

Byly stanoveny následující výzkumné otázky:

- Považují iktem postižení senioři rehabilitaci za včasnou a její metody za návazné?
- Které faktory včetně rehabilitace hlavně přispívají k sociální integraci seniorů po iktu?
- Jsou senioři po iktu dostatečně informováni o metodách rehabilitace?

S ohledem na charakter vytyčeného cíle a určených výzkumných otázek bylo rozhodnuto o užití kvalitativním výzkumu jako metodologického východiska.

„Výzkumný proces je vždy kompromisem a vyvažováním nedostatků a výhod. Výhodou kvalitativního přístupu je získání hloubkového popisu případů. Nezůstáváme na jejich povrchu, provádíme podrobnou komparaci případů, sledujeme jejich vývoj a zkoumáme příslušné procesy“ (Hendl, 2005, s. 53).

Podstatou kvalitativního výzkumu bylo využití polostrukturovaného rozhovoru, kdy informant dostával otázky (vymezeného rámce), které nemusí být striktně dodrženy. Dle Hendla (2005) je možné tyto otázky pozměňovat či doplňovat v době probíhajícího výzkumu.

Při vytváření otázek pro rozhovor bylo cíleno na ty oblasti, které korespondovaly se stanovenými výzkumnými otázkami, tedy na návaznost metod rehabilitace, na spokojenost seniorů s užitím metod rehabilitace, s kvalitou provedení rehabilitace jednotlivými odborníky, dále na dosažení sociálního začlenění seniorů a na jejich informovanost o možných metodách rehabilitace a průběhu onemocnění, zlepšení zdravotního stavu.

Se seniory bylo při rozhovoru uskutečněno zúčastněné pozorování, jež cílilo zejména na jejich chování a na projevy jejich onemocnění.

4.2 Výzkumný soubor

V rámci praktické části bakalářské práce, tedy pro účely výzkumného šetření, jsem se obrátila na dva informanty, ženu a muže. Oba jsou již v důchodovém věku, muž je rozveden, žena ovdověla. Na seniory po iktu jsem získala kontaktní informace v charitní organizaci, kde působím. Informanty, kteří jsou uživateli charitního domu s chráněnými byty, jsem oslovila skrze vedoucí tohoto zařízení, která jim také představila téma mé bakalářské práce, výzkumné otázky a způsob získání informací. Ze strany vedoucí zařízení byli informanti ujištěni, stejně jako později i mnou osobně, o zachování jejich anonymity a použití výsledků výlučně pro účely výzkumu této práce. Oba informanti podepsali informovaný souhlas k ochraně osobních údajů.

Navrhla jsem informantům zaslání otázek ještě před uskutečněním rozhovoru. Můj návrh byl jimi oběma akceptován. Protože oba informanti k rozhovoru svolili, sjednala jsem si s nimi konkrétní termín, kdy byl rozhovor uskutečněn. V obou případech byl rozhovor realizován na jejich pokojích v domě s chráněnými byty. Do doby uskutečnění rozhovoru jsem nepřišla s informanty do osobního styku. Rozhovor s oběma proběhl v jednom dni. Z rozhovoru jsem se svolením informantů provedla záznam na diktafonu, ze záznamů jsem vytvořila přepisy. Pro zachování anonymity jsem iniciály informantů zaměnila za iniciály fiktivní.

4.3 Výzkumné šetření

Výzkumné šetření bylo uskutečněno v podobě polostrukturovaného rozhovoru s dvěma informanty za zúčastněného pozorování. Kazuistika byla zpracována na základě získaných informací. Její struktura byla dána výzkumnými otázkami. Po popisu jednotlivých druhů dat obou případů jsem udělala porovnání jejich obsahů, u kterého jsem se zaměřila na spojitosti.

Otázky k rozhovoru

Při polostrukturovaném rozhovoru bylo cíleno zejména na výzkumné oblasti (otázky), kdy byly informantovi pokládány tyto korespondující otázky:

- V jakém věku jste byl/a postižen/a iktem?
- Byl/a jste umístěn/a na jednotce intenzivní péče/po jakou asi dobu?
- Byl/a jste uložen/a do umělého spánku/na jakou asi dobu?
- Jak jste vnímal/a péči během hospitalizace v nemocnici?
- Považujete zahájení léčebné rehabilitace za včasné?
- Byla následkem iktu postižena nebo omezena hybnost horních a dolních končetin?
- Ovlivnil iktus nějak výrazněji nebo trvale váš zdravotní stav?
- Postihl nebo ovlivnil iktus nějak vaši řečovou schopnost?
- Měl/a jste po iktu problém s porozuměním řeči?
- Žijete v manželském svazku nebo v partnerském vztahu?
- Máte děti, vnuky, rodinu vůbec/ jaké máte spolu vztahy?
- Udržujete přátelské vztahy z doby před iktem?
- Navázal/a jste po iktu nové přátelské nebo partnerské vztahy?
- Byla vám nabídnuta a poskytnuta psychologická pomoc?
- Navazovaly podle Vás na sebe jednotlivé metody léčebné rehabilitace?
- Jak jste byl/a spokojen/a v rámci rehabilitace s přístupem jednotlivých odborníků?
- Jak hodnotíte úroveň informovanosti o možnostech rehabilitace?
- Jakou roli sehrála v návratu k běžnému, normálnímu životu rodina?
- Přispělo prostředí chráněného bydlení k znovuzapojení do normálního života?
- Pomohla Vám rehabilitace k návratu a zapojení do běžného, normálního života?
- Jak hodnotíte přístup a informovanost ze strany sociálního pracovníka?
- Kde jste pobýval/a po propuštění do doby umístění v chráněném bydlení?
- Vrátili jste se po iktu ke stejným aktivitám jako v době před iktem?
- Podporovala Vás v době léčebné rehabilitace rodina?
- Změnila se po iktu vaše ekonomická situace?
- Jak dlouho jste čekal/a na vyřízení žádosti o umístění v chráněném bydlení?
- Měl/a jste za dobu léčebné rehabilitaci nějakou krizi?

Při využití polostrukturovaného rozhovoru byly některé otázky částečně přizpůsobeny vyvíjejícímu se obsahu rozhovoru, nebylo nutné se jich všech striktně držet.

Informant, pan F. B.

72 let

Ischemická cévní mozková příhoda, levostranná hemiparéza, expresivní afázie

Průběh a léčba onemocnění

Informant, pan F. B., byl postižen před pěti lety iktem, ve věku sedmašedesáti let. Dva týdny byl udržován v umělém spánku, v analgosedaci. Poté, co byla analgosedace ukončena, bylo zřejmé, že není schopen mluvené řeči a že také motoricky není schopen ovládat končetiny na levé straně „*Levou půlku těla jsem měl úplně vyřazenou*“. Začal mluvit asi po šesti měsících, a to obtížně. „*Nemluvil jsem nijak extra, dokázal jsem však už říct co chci a pozdravit.*“ Po ukončení umělého spánku pobýval asi deset dní na jednotce intenzivní péče. Přístup personálu zde byl velmi dobrý. Následně pobýval přibližně čtyři týdny na lůžkovém oddělení, kde péče o jeho osobu již nebyla ve srovnání s předchozím pobytem na takové úrovni, a to zejména z hlediska navazování kontaktu s ním ze strany ošetřujícího personálu. „*Moc se mnou tam zrovna nebavili*“. Celkem byl ale s péčí spokojen i na tomto oddělení. V době pobytu v nemocnici neměl informant žádný problém s porozuměním mluvené řeči. „*Pokud na mě někdo mluvil, rozuměl jsem mu.*“ Zde byl spolu se svými dětmi také informován o možnosti nadstandardní péče a rehabilitace v jiné nemocnici a také o možnosti následné rehabilitaci v rehabilitačním ústavu. Z lůžkového oddělení byl z důvodu zajištění potřebné logopedie a fyzioterapie přemístěn do krajské nemocnice. V souvislosti s odbornou péčí v tomto zařízení, hlavně s fyzioterapií, vyjádřil informant spokojenost, a to hlavně z důvodu progresivního zlepšení jeho somatického stavu. „*Hodně jsem se zlepšil právě v krajské nemocnici*“. Zde bylo prakticky užito Vojtovy, Bobathovy a Kabatovy facilitační metody, Po několika týdnech byl poslán do rehabilitačního ústavu, kde byla navázána spolupráce s ergoterapeutem a logopedem. Vyjádřil spokojenost s jejich profesionálním přístupem, zvláště s logopedy, a vůbec o rehabilitačním ústavu mluvil v superlativech „*Měli tam šikovné logopedy*“.

Kvalitu rehabilitace, užitých metod, stejně jako jejich kontinuitu považoval informant za výbornou. V souvislosti se zjevným zlepšením zdravotního stavu byl jeho pobyt zde ukončen a informant pak následně přešel rovnou do domácího léčení. Před ukončením pobytu dostal potřebné informace týkající se poskytování rehabilitace ze strany ambulantního zařízení, a to ergoterapie, fyzioterapie i logopedie. Tyto možnosti rehabilitace byly informantem využity. O úrovni užitých metod se vyjádřil pochvalně. Stav informanta směřoval ke zlepšení. Byla mu také nabídnuta odborná psychologická pomoc. Tuto neakceptoval, neprožíval totiž žádné

významné psychické problémy. „*Necítil jsem potřebu něco řešit.*“ Byl v častém styku se sociálním pracovníkem, který mu poskytoval potřebné informace. Představoval pro něj oporu, stejně jako jeho děti, dvě dcery a syn.

Ze zjištěných skutečností se jasně podává, že se informant. setkal v období terapie převážně s profesionalitou a empatií ošetřujícího personálu, tedy s kvalitně poskytovanou péčí, že dostal potřebné informace o poskytované ústavní i ambulantní rehabilitace, že právě v jeho případě byla kontinuita (koordinace) užitých metod rehabilitace zajištěna na odpovídající úrovni, že se mu tak dostalo potřebných informací, a to zejména ze strany sociálního pracovníka, jenž k věci informanta přistupoval profesionálně, iniciativně.

Informant je aktuálně schopen pohybu bez opory, v podstatě se jeví jako soběstačný, samostatný, tempo pohybu je o něco pomalejší, než bylo dříve, stejně jako jeho řeč, u které není narušena plynulost.

Životní změny po iktu

Informant brzy po příchodu zpět domů změnil zásluhou svých dětí bydliště. Místem jeho pobytu se pak na několik let stala menší, ale bezbariérová garsonka. Poněvadž byl již osm let rozvedený, bydlel zde sám. Přestože byl v době postižení v pracovním poměru, nemusel řešit otázku zaměstnání, jelikož byl již v té době několik let ve starobním důchodu. Před iktem měl nadstandartní příjem díky souběhu důchodu a mzdy. S ohledem na změnu ekonomické situace, na finanční příjem v podobě již jen starobního důchodu, bylo příhodné bydlet v menší garsonce. Informant si vše potřebné zajistil částečně sám, něco za pomoci svých dětí, dokonce i bývalé manželky.

S pomocí dětí, zvláště jedné z dcer, a také sociální pracovnice nebylo pro informanta obtížné se zorientovat v možnostech systému sociální péče, včetně možnosti pobytu v chráněném bydlení. Informovanost o sociálních službách a možnostech jejich využití proto hodnotil kladně. Po několika letech života v novém bytě projevil zájem bydlet v obci, odkud pocházel, kde by přitom mohl žít ve společnosti dalších lidí, a to v chráněném bydlení. Nechtěl žít sám, návštěvy dětí a přátel mu nestačily. Svůj záměr se mu podařilo po relativně krátké době uskutečnit. Proto nyní informant žije v Domě s chráněnými byty Hluk, kde je spokojen a našel si zde také přátele.

Informant měl před iktem vyšší finanční příjem, protože před iktem již jako důchodce byl stále pracovně činný, byl zaměstnán na zkrácený pracovní úvazek. Jeho ekonomická situace se tedy po iktu změnila. V období před iktem rád běžkoval a také řídil auto. O tyto aktivity v chráněném bydlení již nejevil větší zájem, přestože je bylo možné za určitých podmínek

uskutečnit. Nejvíce však začal projevovat zájem o cyklistiku a plavání, kterým se aktivně věnoval. Tato aktivita příznivě ovlivňovala jeho fyzický stav.

Z našeho setkání jsem nabyla dojmu, že informant není rozhodně tím, kdo se lehce vzdává a rezignuje na své cíle a touhy.

Analýza rozhovoru

Informant, pan F. B. byl mnou osloven prostřednictvím charitní organizace. Rozhovor se uskutečnil v místě jeho pobytu, tedy prostředí charitního domu s chráněnými byty. Informant byl ochotný odpovídat na otázky, spolupráce s ním byla dobrá. Zajímaly ho také výsledky mého výzkumného šetření. Jevil se mně jako vyrovnaná osobnost, měla jsem pocit, že nevnímá své somatické omezení, pomalejší tempo pohybu a řeči, jako nějaké znevýhodnění či překážku.

Zahájení rehabilitace v tomto případě bylo včasné. Brzy po iktu totiž došlo k jeho prvnímu kontaktu s fyzioterapeutem. Příznivý vliv léčby, rehabilitace se odvíjel právě od doby jejího včasného zahájení. Fyzioterapeut byl erudovaný odborník, který dobře ovládal speciální metodiky pro léčebné postupy v případě osob postižených iktem. Pro zlepšení stavu informanta bylo při fyzioterapii zcela využito jeho stávajících možností, schopností. Užití Vojtovy, Bobathovy a Kabatovy facilitační metody, zesilující reflexy, vedlo v jeho případě k brzkému, stálému a celkovému zlepšení pohybu a zvýšení síly, posílení částečně ochrnutých končetin. Právě tyto užití metody měly příznivý vliv na zlepšení komunikace, chůze a pohybu horních končetin, důležitého také pro sebeobslužné činnosti.

Také péče ze strany logopeda byla v případě informanta včasná a profesionální, tedy byla uskutečněna v ideální době a vhodným, důstojným způsobem. Táto péče nijak negativně nedopadala na informantovo sebevědomí, spíše naopak, což také patrně urychlilo zlepšení schopnosti mluvené řeči.

Informant byl dobře informován jak o možnostech ústavní i ambulantní rehabilitace, tak i o možnostech v rámci systému sociální péče.

Komplexnost léčebné rehabilitace lze spatřovat dle informanta v jeho případě v dobré návaznosti, koordinaci péče fyzioterapeutické, ergoterapeutické a logopedické, v součinnosti příslušných odborníků, kteří danou léčbu a péči prováděli.

Odborná pomoc psychologa v rámci interdisciplinární péče, která byla informantovi nabízena, nebyla z jeho strany využita, akceptována. Tuto péči informant nepotřeboval, neměl žádné větší psychické problémy. Po psychické stránce na mě informant působil jako vyrovnaná osobnost, v jeho chování nebyly patrné žádné projevy, které by se odchylovaly od normality.

Velmi hezky a s láskou mluvil o dětech, dcerách i synovi, jejich vzájemný vztah se jevil tak, že nebyl vlivem iktu nijak poznamenán, naopak byl spíše posílen. V kontaktu s dřívějšími kamarády a kolegy již nebyl. Sám hodnotil vztahy s nimi za povrchní. Vytvořil si ale nové společenské vztahy v nynějším místě pobytu.

Informant na mě dělal dojem či působil tak, že je v oboru sociálních služeb dobře orientován. Vyjádřil se sám v tom smyslu, že má přehled v této oblasti zásluhou dětí, zvláště jedné z dcer, a především sociálního pracovníka, který ho kontaktoval. Informant se jevil, že je dobře sociálně integrován. Svědčila o tom zejména informantova soběstačnost, na kterou lze usuzovat z jeho odpovědí a životního postoje. V případě informanta sehrály příznivou roli v sociální rehabilitaci také jeho děti.

Informantka, paní M. A.

69 let

Ischemická cévní mozková příhoda, pravostranná hemiparéza, globální afázie

Průběh a léčba onemocnění

V případě informantky, paní M. A. došlo k iktu před třemi roky v souvislosti s operační komplikací. Na deset dní byla uložena do umělého spánku, když byla probuzena, pobývala asi dva týdny na jednotce intenzivní péče, kde bylo zjištěno, že nemohla pohybovat horními ani dolními končetinami na pravé straně, že měla problém s komunikací, s mluvením. O svém zdravotním stavu i možnostech rehabilitace byla informována. V průběhu asi půlročního pobytu na neurologickém oddělení fakultní nemocnice pečoval o informantku fyzioterapeut, ergoterapeut a logoped. Informantka nemohla nejen mluvit, ale ani psát, nerozuměla řeči a téměř nebyla schopna sebeobsluhy. „*Vůbec jsem nebyla schopna mluvit. Když něco říkali, nerozuměla jsem tomu, jako kdyby mluvili nějakým cizím, neznámým jazykem*“.

Informantka považovala péči ze strany personálu na odděleních za velmi dobrou, péči ze strany fyzioterapeuta i ergoterapeuta pak za velmi efektivní. O péči se vyjádřila pochvalně, „*Tady mě spravili, dali zase dohromady*“. Především díky včasné a kvalitní fyzioterapii došlo podle ní k tak výraznému zlepšení jejího stavu. Fyzioterapie byla účinná nejspíš při praktickém využití Vojtovy a Kabatovy facilitační metody. Informantka používala ve fakultní nemocnici nejprve vozík, později, ještě před ukončením pobytu, francouzské hole. Zde jí byla poprvé poskytnuta psychologická a logopedická péče, přišla zde do styku také se sociální pracovníci. Informantka vnímala jejich přístup jako profesionální. „*Všichni se tam o mně dobře starali a*

moc mě pomohli“. Pomoc psychologa a logopedky považovala za kvalitní a velmi přínosnou. Psychické problémy ustoupily asi do dvou měsíců. Schopnost mluvené řeči se zlepšila asi po pěti měsících. Menší problémy s tempem řeči se objevují ještě v současnosti. Stále usiluje o zlepšení komunikace, také hodně čte, stejně jako v období před iktem. Ve fakultní nemocnici ji byla doporučena ambulantní léčebná rehabilitace i delší pobyt v rehabilitačním zařízení.

Po návratu z fakultní nemocnice docházela informantka ambulantně na léčebnou rehabilitaci, fyzioterapii. V této době byla kontaktována sociální pracovnící, která jí poskytla informace o systému sociální péče. Získala tak i informace o možnosti chráněného bydlení, o které si pak také zažádala. Její práci, pomoc orientovat se v sociální péči hodnotila kladně. Později informantka pobývala tři měsíce v rehabilitačním zařízení, kde došlo k výraznému zlepšení nejen v motorice, ale i v řeči. Zde se hodně rozmluvila, více komunikovala. Po návratu z rehabilitačního zařízení již vůbec nepoužívala vozík, ale používala hole.

Aktuálně informantka při pohybu, zejména při kratší chůzi, nevyužívá žádné opory. Hole používá jen výjimečně, a to při dlouhodobější chůzi, kdy jí oporou bývají také její děti, manžel zesnul krátce před iktem. V rehabilitačním zařízení byla kontaktována psychologem, jenž trénoval paměť a kognitivní funkce. Pomoc psychologa vnímala jako přínosnou a byla s ní nadmíru spokojena. „*Psycholog byl výborný a skutečně mě pomohl.*“ V současné době navštěvuje pouze fyzioterapeutku, s kterou je velmi spokojená také proto, že s ní dle jejich slov provádí cvičení jiným způsobem než dříve v rehabilitačním zařízení. Tuto změnu vnímá jako příjemné zpestření. Informantka plánuje nabízený pobyt v lázních, protože tuto možnost zatím nevyužila. Informantka se setkala v průběhu terapie a rehabilitace s profesionálním přístupem a dobrou informovaností. Podle všeho byla v jejím případě poskytnutá rehabilitace včasná a její jednotlivé prostředky, metody vzájemně provázané.

Životní změny po iktu

Po návratu z nemocnice se informantka, paní M. A. přestěhovala na krátkou dobu k dceři s tím, že výhledově bude žít v chráněném bydlení poblíž místa trvalého pobytu, že prodá svůj stávající byt v domě, kde nebyl výtah, kde byt navíc pro ni samotnou, po nedávném úmrtí manžela, představoval zbytečnou finanční zátěž, i když pobírala vdovský důchod. Zasluhou především sociální pracovníce bylo pro informantku snadné orientovat se v problematice sociální péče a chráněného bydlení. Proto pomoc a informovanost z její strany považovala za prospěšnou.

Po několika měsících bylo vyhověno její žádosti o umístění v chráněném bydlení. Nyní již pobývá v blízkém Hluku, v domě s charitními byty, kde je velmi spokojena. Je ráda, že může

žít mezi vrstevníky, mezi kterými si našla nové přátele. S některými dřívějšími přáteli se stále navštěvuje. Se svými dětmi je ve stálém kontaktu, vzájemně se navštěvují.

Již v období před iktem pobírala informantka starobní důchod (včetně vdovského). Její finanční příjem byl stejný, ekonomická situace se tedy po iktu nezměnila. V období před iktem bylo její oblíbenou aktivitou čtení, turistika a cyklistika. O tyto aktivity v chráněném bydlení jevila stále zájem a podle možností v nich pokračovala. Začala dokonce navštěvovat univerzitu třetího věku v nedalekém Uherském Hradišti. Informantka je věřící, duchovně založená a dle jejích slov měly na zlepšení jejího stavu i návštěvy pastora charity. V místě nového pobytu má možnost navštěvovat bohoslužby.

Informantka je optimistického ladění, která považuje i svůj nynější život za smysluplný a proběhlé onemocnění za významnou zkušenost, která vedla v jejím případě ke změně žebříčku hodnot a pohledu na život.

Analýza rozhovoru

Informantku, paní M. A. jsem kontaktovala přes vedoucí charitního chráněného bydlení. Informantka s poskytnutím rozhovoru souhlasila. Uskutečnil se po dohodnutí data a času v chráněném bydlení. Informantka na mě působila mile a přátelsky. Při rozhovoru byla vstřícná a dobře spolupracovala. Na některé události si vzpomenula jen s obtížemi. Dle jejích slov mívá občasné problémy si některé události dobře vybavit. Tempo řeči u sebe vnímá jako mírně pomalejší. Chůze je také pomalejšího tempa. Informantka na mě působila jako vyrovnaná a silná osobnost.

Výpověď informantky jasně svědčila o tom, že léčebně-preventivní péče v jejím případě byla kvalitní a včasná, že zejména fyzioterapie byla zahájena včas. Tato skutečnost se nepochybně promítla do výrazného zlepšení jejího zdravotního stavu. Práce fyzioterapeuta byla velmi efektivní při praktickém využití Vojtovy a Kabatovy facilitační metody. Byly využity i speciální metodiky pro práci s osobami po iktu. Tyto metody příznivě ovlivnily motorické funkce, schopnost chůze. Ke zlepšení schopnosti, funkce a stavu vůbec přispěla v druhé řadě ergoterapie.

V případě informantky byla rovněž logopedická péče poskytnuta včas. Byla vedena profesionálně a vedla k nápravě řeči, což se pozitivně odrazilo i v psychice. Informantka kladně hodnotila informovanost o možnostech sociální péče a rehabilitace, zejména ze strany sociální pracovnice. Využila také psychologickou pomoc v rámci interdisciplinárního týmu, a to jak ve fakultní nemocnici, tak i v rehabilitačním zařízení, kdy byla vždy psychologem kontaktována. Tuto pomoc považovala za přínosnou, díky i ní je v současnosti naprosto vyrovnaná a

optimistická. Léčebnou rehabilitaci lze spatřovat v případě informantky jako dobře koordinovanou, protože návaznost jednotlivých složek či metod rehabilitace, tedy spolupráce fyzioterapeuta, logopeda, ergoterapeuta a psychologa byla na dobré úrovni, stejně jako pomoc sociálního pracovníka.

Vzájemný vztah informantky a jejich dětí byl velmi dobrý jak v období před iktem, tak i po něm, pokud nebyl ještě lepší. S dětmi byla v častém kontaktu, stejně jako s dřívějšími přáteli. Těžká životní situace tak prověřila kvalitu a hloubku vztahů. V chráněném bydlení informantka navázala také přátelské vztahy, našla si zde velmi dobrou kamarádku.

Informantka se v oblasti sociálních služeb dobře orientovala zásluhou zejména sociální pracovnice. Je dobře sociálně integrovaná, relativně samostatná a má pozitivní vztah k životu. Na sociální rehabilitaci participovaly také děti.

4.4 Výsledky výzkumného šetření

Výsledky výzkumu vychází z odpovědí informantů a jejich následné analýzy. Pro výzkum byla použita technika polostrukturovaného rozhovoru a zúčastněného pozorování. Porovnávání a hledání souvislostí nebo rozdílů mezi informanty vedlo k vyhodnocení, které poskytlo odpovědi na výzkumné otázky.

Cílem výzkumu bylo zjistit spokojenost informantů s včasností a návazností, propojeností složek rehabilitace u osob po iktu, jak jim rehabilitace napomohla v sociální integraci a jaká byla jejich informovanost o možnostech koordinované rehabilitace. Výzkumu se zúčastnili dva informanti, muž a žena. Oba žijí v prostředí charitního chráněného bydlení, a to bez svých životních partnerů. Informanti jsou již senioři pobírající starobní důchod.

Považují iktem postižení senioři rehabilitaci za včasnou a její metody za návazné?

V případě obou informantů byla zahájena léčebná rehabilitace včas. Doba jejího zahájení se lišila jen minimálně. V případě pana F. B. byla fyzioterapie zahájena 3 týdny po iktu, v případě paní M. A. asi dva týdny po iktu. Právě fyzioterapii hodnotí v rámci rehabilitace oba informanti za velmi kvalitní, profesionálně zajištěnou, v rehabilitaci rozhodující a především efektivní. V obou případech došlo k výraznému zlepšení motoriky, díky které jsou také aktuálně oba více méně soběstační a samostatní.

Logopedická péče byla v souvislosti s afázií poskytnuta včas a na velmi dobré úrovni oběma informantům. Oba byli také s logopedickou péčí velmi spokojeni. Péče ergoterapeuta byla poskytnuta oběma informantům, a to v obou případech dle hodnocení informantů na dobré úrovni. Psychologická péče byla nabídnuta oběma informantům, využila ji pouze paní M. A.,

jež tuto pomoc hodnotila jako přínosnou. Sociální pracovník kontaktoval oba informanty. V obou případech byla sociální práce a pomoc hodnocena velmi kladně.

Z uvedeného se je zřejmé, že oba informanti shodně vnímali během procesu rehabilitace včasnost i vzájemnou propojenost léčebných složek, a to s návazností i na složku sociálního systému, přestože veškerá péče a pomoc jim byla poskytnutá na jiných místech a v jiných zařízeních.

Které faktory včetně rehabilitace hlavně přispívají k sociální integraci seniorů po iktu?

V obou případech došlo k žádoucímu znovuzapojení informantů do všedního života. V době před postižením byli oba informanti ve starobním důchodu. S výší důchodu jsou spíše spokojeni. Ani jeden z informantů nepobírá žádné další dávky. Z hlediska finančního zajištění nestrádá žádný z nich. Nyní žijí oba v prostředí chráněného bydlení, ani jeden nežije v manželském svazku, a to z důvodu ovdovění nebo rozvodu.

Pro oba informanty jsou rodinou zejména dospělé děti a vnuci. Informanti si velmi cení podpory a péče ze strany rodiny. Jsou za jedno v tom, že právě s pomocí svých dětí a rodiny, zvládli obtížnou životní etapu, kdy se museli potýkat se svým postižením. V současnosti jsou společnými znaky obou informantů samostatnost, soběstačnost či nezávislost. Podpora ze strany rodiny byla v obou případech uskutečňována adekvátně, nijak totiž negativně nedopadala na vnitřní pohnutky informantů zvládat samostatně běžné činnosti a opět se zapojovat do všedního, společenského života. V sociální integraci obou informantů hrála dle jejich názoru významnou, ne-li přímo nejdůležitější roli právě rodina.

Dále významně k integraci, k návratu do běžného, normálního života přispěla léčebná rehabilitace, zejména fyzioterapie. Bez včasné a kvalitní fyzioterapie by dle informantů nejspíš nedošlo k tak výraznému zlepšení fyzického stavu a tím ani k znovuzapojení do běžného života, nebylo by možné se vrátit v takové míře k dřívějším aktivitám.

K sociální integraci informantů přispělo také prostředí chráněného bydlení, jeho personál a také jeho uživatelé, noví přátelé. Na rozdíl od pana F. B., s kterým se přestali po iktu dřívější přátelé stýkat, neboť vzájemné vztahy byly spíše povrchní, hráli pozitivní roli v sociální integraci v případě paní M. A. také dřívější přátelé, s kterými přátelský vztah ještě prohloubila.

Sociální pracovníci dle názorů informantů k tomuto rovněž významně přispěli. Oba měli štěstí setkat se s profesionálním, empatickým a informovaným pracovníkem, odborníkem, který jim pomohl při řešení jejich životní situace. Velmi přitom záleželo na motivaci, kondici, emočním ladění, povaze a osobnosti informanta vůbec. Informanti nerezignovali, měli své cíle, motivaci a pozitivní přístup k životu, proto se také integrovali poměrně rychle.

Otázkou, která by zde mohla vyvstat, by bylo, jestli většina sociálních pracovníků vykonává svou práci profesionálně a s empatií, nebo zda právě tito informanti měli štěstí na sociální pracovníky a jejich případy jsou spíše výjimečné.

K volnočasovým aktivitám z období před iktu, ke čtení, turistice a cyklistice, se paní M. A. vrátila i po iktu, včetně návštěv kostela, bohoslužeb. Navíc začala navštěvovat univerzitu třetího věku. Na rozdíl od informantky pan F. B. v období po iktu již neprojevoval o dřívější aktivity, běhkování a řízení auta, větší zájem, i když mu jeho stav v tomto nijak nebránil. Začal však aktivně s cyklistikou a plaváním, které příznivě ovlivňovaly jeho fyzický stav.

Oba informanti mají své další osobní plány a sny, které by ještě chtěli realizovat. Působili na mě optimisticky, vyrovnaně a přátelsky.

Jsou senioři po iktu dostatečně informováni o metodách rehabilitace?

Oba informanti byli kontaktováni sociálním pracovníkem, byli také velmi spokojeni s informovaností z jeho strany. Sociální systém se oběma díky nim jevil jako přehledný, srozumitelný a logický. Od těchto pracovníků získali také informace o možnosti chráněného bydlení. Pracovníky považovali shodně za odborníky znalé aktuální legislativy.

Byli také oba jasně informováni o možnostech léčebné rehabilitace. Dostalo se jim všech potřebných informací a byla jim také dána nabídka různých služeb a možných forem jejich využití. Současnou úroveň léčebně-rehabilitační péče považují proto oba informanti za velmi dobrou. Podle všeho jim byla dána či nabídnuta možnost služeb léčebné rehabilitace vyšší úrovně, jejichž využití vedlo k výraznému zlepšení zdravotního stavu.

V této souvislosti lze usuzovat na to, že úroveň informovanosti klientů je podmíněna a dána zejména znalostmi odborníků, jejich motivováním ke studiu aktuální legislativy a k profesionálnímu, empatickému přístupu. Proto také mohli odborní pracovníci právě v těchto případech tyto znalosti dále předávat klientům. Oba informanti kladně hodnotili postoj a přístup všech pracovníků různých složek koordinované rehabilitace. Je tedy i zde otázkou, zda oba informanti měli spíš štěstí na pracovníky různých profesí, nebo jestli takto profesionálně přistupuje většina z nich.

4.5 Závěry výzkumného šetření

Z výzkumu vyplývá, že oba informanti po prodělaném iktu nahlíží na toto postižení podobným způsobem. Nerezignovali a projevili kladný vztah k životu. Z tohoto důvodu pak proces koordinované rehabilitace probíhá u obou informantů podobně, tedy příznivě a přibližně po stejně dlouhou dobu a v podstatě stejně efektivně.

Vedle nejdůležitějších faktorů, rodiny a včasného zahájení léčebné rehabilitace, zejména fyzioterapie, jsou důležitými faktory, které v těchto případech přímo dopadají na průběh rehabilitace a sociální integrace, pomoc sociálních pracovníků, prostředí chráněného bydlení a přátelé. Roli zde hraje také motivace, osobnost a povaha, v určité míře štěstí. Je tedy nepochybné, že významnou roli v procesu sociální integrace hraje právě rodina a včasná a efektivní rehabilitace.

Výzkum tedy osvětlil, že v obou případech je včasná a kvalitní rehabilitace, stejně jako podpora rodiny, dětí informantů, hlavním instrumentem sociální integrace. S léčebnou rehabilitací se začalo v obou případech včas a podílela se na ní řada odborníků. Proběhla tedy náležitým způsobem, jakým by se měla vždy realizovat.

K postiženým jedincům by se mělo přistupovat citlivým a empatickým způsobem, kdy přitom by měly být využity speciální metodiky pro práci s osobami po iktu, zvláště ve fyzioterapii. Takto se přistupovalo právě v případech obou informantů. Jedině takto je totiž možné docílit efektivní úpravy postižených funkcí. Během léčebné rehabilitace by měla být rodina i samotní klienti informováni o možnostech poskytované léčebně-rehabilitační péče, jak tomu bylo také v případě informantů.

Bylo velmi přínosné, že se oba informanti již v nemocnici setkali se sociálním pracovníkem, který je mimo jiné informoval o možnosti chráněného bydlení. Po návratu z nemocničního nebo rehabilitačního zařízení je potřebné v rehabilitaci pokračovat, jak tomu bylo v případě informantů. Přitom je žádoucí, aby fyzioterapeut, logoped, ergoterapeut a ostatní odborníci osobám po iktu vyhovovali po všech stránkách, aby bylo možné navázat dlouhodobou a přínosnou spolupráci.

Pro dosažení úplného znovuzapojení seniora po iktu do běžného života je zapotřebí cílit zejména na individuální potřeby. Za podstatné lze považovat dobrou informovanost ze strany všech odborníků, kteří participovali na rehabilitaci seniorů po iktu.

S ohledem na skutečnost, že jsem pro výzkumné šetření zvolila kvalitativní přístup, není možné výsledky výzkumu zobecňovat. Zapotřebí je vzít v potaz, že se šetření týkalo pouze dvou informantů, tedy že byl výzkumem dotčen malý výzkumný soubor. Z toho důvodu lze považovat nynější výzkum za zkušební či průzkumný, jenž by se mohl v budoucnu doplnit o rozšířenější výzkumné šetření.

ZÁVĚR

Bakalářská práce *Rehabilitace seniorů s omezením hybnosti po cévní mozkové příhodě ve speciálně pedagogickém kontextu* je zacílena na případy seniorů s omezenou hybností po cévní mozkové příhodě, zejména na včasnost a efektivitu rehabilitace vedoucí k uzdravení, příznivému ovlivnění stavu a znovuzapojení seniorů do společenského života. Rehabilitace by měla být včasná, všestranná (celková) a založená na spolupráci různých odborníků. Hlavním cílem závěrečné práce byl popis a porovnání případů seniorů s omezením hybnosti po cévní mozkové příhodě, iktu z hlediska včasnosti a návaznosti složek poskytované rehabilitace ve speciálně pedagogickém kontextu. Dále zjistit, jaká byla spokojenost s návazností jednotlivých metod rehabilitace, s včasností jejího zahájení, s informovaností o možnostech, metodách rehabilitace vůbec, a které faktory včetně rehabilitace hlavně přispěly k sociální integraci.

Známkami, symptomy postižení cévní mozkovou příhodou, iktem bývají především poruchy hybnosti, citlivosti a poznávacích funkcí. Včasnou a vhodnou terapií lze docílit obnovení nebo pozitivní změny tělesného stavu a mentálních dovedností. Léčebná rehabilitace směřuje k příznivému ovlivnění somatického a psychického stavu, komunikačních dovedností, poznávacích funkcí a jemné motoriky. Orientuje se na specifické činnosti směřující k dosažení sebeobsluhy a soběstačnosti. Je důležité, aby jednotlivé metody rehabilitace na sebe navazovaly a byly součinné. Pro socializaci osoby po iktu je významná léčebná rehabilitace, která se pozitivně promítá v obnovení soběstačnosti ve znovuzapojení jedince do společenského života.

Výzkumné šetření bylo založeno na kvalitativním výzkumu. Důležitá data byla získána prostřednictvím polostrukturovaného rozhovoru a zúčastněného pozorování. Pro výzkum byli získáni dva informanti, senioři po iktu ze stejného chráněného bydlení, muž a žena. Cílem výzkumu bylo zjistit, zda byli spokojeni s poskytovanou rehabilitací a s informovaností o ní. Z toho důvodu směřoval rozhovor na zjištění kvality léčebné rehabilitace, sociální integrace a informovanosti jedinců po iktu o možnostech užití jednotlivých metod rehabilitace.

Výsledky výzkumu, prokazují, implikují, že zlepšení zdravotního stavu, postižených funkcí a míra socializace seniorů se v uvedených případech odvíjí hlavně od včasné rehabilitace a návaznosti jejich metod, také podpory ze strany rodiny, dále sociálních pracovníků, personálu a uživatelů chráněného bydlení, přátel, ale také na motivaci, povahových rysech a osobnosti.

Výsledky výzkumu svědčí o dobré informovanosti týkající se možností péče a podpory osob po iktu. Informanti hodnotili kladně přístup a znalosti odborných a sociálních pracovníků, s kterými přišli do styku. U obou informantů jsem se setkala se vstřícným přístupem k prováděnému výzkumnému šetření a se zájmem o přečtení této bakalářské práce.

REFERENČNÍ SEZNAM

Tištěné zdroje

1. AMBLER, Z. 2011. *Základy neurologie*. 7. vyd. Praha: Galén. 351 s. ISBN 978-80-7262-707-3.
2. ANGEROVÁ, Y. a O. ŠVESTKOVÁ. 2010. *Rehabilitace po cévní mozkové příhodě*. In: Kalvach, P. 2010. *Mozkové ischemie a hemoragie*. 3. vyd. Praha: Grada. 456 s. ISBN 978-80-247-2765-3.
3. ČÍŽKOVÁ, K. 2005. *Tanečně-pohybová terapie*. Praha: Triton. 119 s. ISBN 80-7254-547-7.
4. FRANCOVÁ, H. 2014. *Sociální rehabilitace*. In: PFEIFFER, J. a kol., 2014. *Koordinovaná rehabilitace*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. 175 s. ISBN 978-80-7394-461-2.
5. DOW, D. a kol. 2018. *100 otázek a odpovědí, jak se uzdravit po mozkové mrtvici*. Praha: Albatros. 256 s. ISBN 978-80-265-0793-2.
6. HENDL, J. 2005. *Kvalitativní výzkum. Základní metody a aplikace*. Praha: Portál. 408 s. ISBN 80-7367-040-2.
7. HORÁČEK, O. a P. KOLÁŘ. 2009. *Cévní onemocnění mozku*. In: KOLÁŘ, P. a kol. 2009. *Rehabilitace v klinické praxi*. Praha: Galén. 713 s. ISBN 978-80-7262-657-1.
8. HUTYRA, M. a kol. 2011. *Kardioembolizační ischemické cévní mozkové příhody*. Praha: Grada. 168 s. ISBN 978-80-2473-816-1.
9. JANEČKOVÁ, M. 2009. *Poranění mozku: A co dál?* Praha: Cerebrum-Sdružení osob po poranění mozku a jejich rodin. 60 s. ISBN 978-80-904357-2-8.
10. JANKOVSKÝ, J. 2006. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením: somatopedická a psychologická hlediska*. 2. vyd. Praha: Triton. 173 s. ISBN 80-7254-730-5.
11. JELÍNKOVÁ, J., M. KRIVOŠÍKOVÁ. a L. ŠAJTAROVÁ. 2009. *Ergoterapie*. 1. vyd. Praha: Portál. 272 s. ISBN 978-80-7367-583-7.

12. JESENSKÝ, J. 1995. *Uvedení do rehabilitace zdravotně postižených*. Praha: Karolinum. 159 s. ISBN 80-7066-941-1.
13. KADAŇKA, Z. a kol. 2010. *Učebnice speciální neurologie*. Brno: Masarykova univerzita. 302 s. ISBN 978-80-210-5320-5.
14. KALITA, Z. a kol. 2006. *Akutní cévní mozkové příhody*. Praha: Maxdorf. 623 s. ISBN 80-85912-26-0.
15. KALITA, Z. 2010. *Akutní cévní mozkové příhody: Příručka pro osoby ohrožené CMP, jejich rodinné příslušníky a známé*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta. 38 s. ISBN 978-80-204-2093-0.
16. KALVACH, P. 2010. *Mozkové ischemie a hemoragie*. 3. vyd. Praha: Grada. 456 s. ISBN 978-80-247-2765-3.
17. KANTOR, J. a kol. 2009. *Základy muzikoterapie*. Praha: Grada. 296 s. ISBN 978-80-247-2846-9
18. KANTOR, J. a kol. 2016. *Společné a rozdílné v uměleckých kreativních terapiích*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 462 s. ISBN 978-80-244-5124-4.
19. KLENKOVÁ, J. 2006 *Logopedie*. Praha: Grada. 228 s. ISBN 80-247-1110-9.
20. KOLÁŘ, P. a kol. 2009. *Rehabilitace v klinické praxi*. Praha: Galén. 713 s. ISBN 978-80-7262-657-1.
21. KLUSOŇOVÁ, E. 2011. *Ergoterapie v praxi*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 264 s. ISBN 978-80-7013-535-8.
22. KRIVOŠÍKOVÁ, M. 2011. *Úvod do ergoterapie*. Praha: Grada. 368 s. ISBN 978-80-247-2699-1
23. LECHTA, V. 2011. *Terapie narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál. 2011. 392 s. ISBN 978-80-7367-901-9.
24. MYSLIVEČEK, J. 2003. *Základy neurověd*. Praha: Triton. 346 s. ISBN 80-7254-234-6.

25. PALMER, S. 2013. *Soužití s partnerem po mrtvici: jak pečovat o partnera, o sebe i o váš vzájemný vztah*. Praha: Portál. 224 s. ISBN 978-80-262-0348-3.
26. PFEIFFER, J. a kol. 2014. *Koordinovaná rehabilitace*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. 175 s. ISBN 978-80-7394-461-2.
27. PREISS, M, KUČEROVÁ, H. a kol. 2006. *Neuropsychologie v neurologii*. Praha: Grada. 368 s. ISBN 80-247-0843-4.
28. PREISS, M. a kol. 1998. *Klinická neuropsychologie*. Praha: Grada, 408 s. ISBN 80-7169-443-6.
29. SAYOUD SOLÁROVÁ, K. 2010. *Analýza speciálně pedagogických a speciálně andragogických přístupů k terapii osob s neurologickým onemocněním v seniorském věku*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita. 238 s. ISBN 9788021052871.
30. SEIDL, Z. 2008. *Neurologie: pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada. 167 s. ISBN 978-80-247-2733-2.
31. SEIDL, Z. 2015. *Neurologie pro studium i praxi*. 2. vyd. Praha: Grada. 384 s. ISBN 978-80-247-5247-1.
32. SOLÁROVÁ, K. 2009. *Cévní mozkové příhody a prvky ucelené rehabilitace v jejich terapii*. In MÜHLPACHR, P. 2009. *Sociální inkluze v prostředí biodromální speciální pedagogiky*. Brno: MuniPress. 188 s. 978-80-210-4951-2.
33. ŠEBLOVÁ, J. a J. KNOR a kol. 2013. *Urgentní medicína v klinické praxi lékaře*. Praha: Grada. 416 s. ISBN 978-80-247-8598-1.
34. ŠVESTKOVÁ, O., Y. ANGEROVÁ a kol. 2017. *Rehabilitace motoriky člověka: Fyziologie a léčebné postupy*. Praha: Grada. 320 s. ISBN 978-80-271-0084-2.
35. TYRLÍKOVÁ, I. a M. BAREŠ a kol. 2012. *Neurologie pro nelékařské obory*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 305 s. ISBN 978-80-7013-540-2.

36. VALENTA, M. 2011. *Dramaterapie*. 4. vyd. Praha: Grada. 264 s. ISBN 978-80-247-3851-2.
37. VELEMÍNSKÝ, M. 2007. *Zooterapie ve světle objektivních poznatků*. České Budějovice: Dona. 335 s. ISBN 978-80-7322-109-6.
38. VOTAVA, J. a kol. 2003. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. Praha: Karolinum. 207 s. ISBN 80-246-0708-5.
39. WABERŽINEK, G., D. KRAJÍČKOVÁ a kol. 2006. *Základy speciální neurologie*. Praha: Karolinum. 396 s. ISBN 80-246-1020-5.
40. ZEMAN, M. 2013. *Základy fyzikální terapie*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. 105 s. ISBN 978-80-7394-403-2.

Elektronické zdroje

41. ALURU, V. a kol. Music Upper Limb Therapy—Integrated: An Enriched Collaborative Approach for Stroke Rehabilitation. *Front Hum Neurosci*. [databáze]. 2016, *PubMed* [cit. 2021-09-29]. DOI: 10.3389/fnhum.2016.00498. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5053999/>
42. ADCR. Asociace dramaterapeutů České republiky. *Dramaterapie* [online]. adcr.cz, [cit. 20. 9.2021]. Dostupné z: <http://www.adcr.cz/dramaterapie.html>.
43. BAR, M. a I. CHMELOVÁ. Péče o pacienta po cévní mozkové příhodě. *Postgraduální medicína* [online]. 2011, *Mladá fronta* č. 2 [cit. 2021-0-06]. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina/pece-o-pacienta-po-cevni-mozkove-prihode-457916>
44. BAUER, J. Cévní mozkové příhody. *Kapitoly z kardiologie* [online]. 2010, *Medical tribune cz*. č. 4 [cit. 2021-07-06]. ISSN 1214-8911. Dostupné z: <http://www.tribune.cz/clanek/20216-cevni-mozkove-prihody>

45. GERLICHOVÁ, M. O muzikoterapii. In: *Muzikoterapie Markéta Gerlichová* [online]. 2017 [cit. 2021-09-30]. Dostupné z: http://mg-muzikoterapie.cz/wp/?page_id=15
46. KANG, S. D. a M. K. KIM. Effects of Art Therapy Using Color on Purpose in Life in Patients with Stroke and Their Caregivers. *Yonsei Med J* [databáze]. 2013, *PubMed*, 54 [cit. 2021-09-16]. DOI: 10,3349 / ymj.2013.54.1.15. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3521264/>
47. MAGEE, W., L. a kol. Music interventions for acquired brain injury. *Cochrane Stroke Group* [databáze]. 2017, *PubMed*. [cit. 2021-11-25]. DOI: 10.1002/14651858.CD006787.pub3. Dostupné z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD006787.pub3/full>
48. MOTLOCH, M. Animoterapie: když zvířata pomáhají. *Poradíme si*. [online]. 2016. [cit. 2021-11-30]. Dostupné z: <http://poradimesi.cz/situace/animoterapie-kdyz-zvirata-pomahaji/>
49. PEUTELSCHMIEDOVÁ, A. Ontogeneze řeči z pohledu logopeda. *Medicína po promoci* č. 1 [online]. 2007, *Medical tribune cz*. [cit. 2021-08-04]. Dostupné z: <http://www.tribune.cz/clanek/10155-ontogeneze-rci-z-pohledu-logopeda>
50. ŠPINAROVÁ DUSBÁBKOVÁ, J. Co je taneční pohybová terapie. *Expresivní terapie* [online]. 2012, [cit. 2021-07-30]. Dostupné z: <http://www.expresivniterapie.org/>
51. ZEMAN, M. Fyzioterapie v současné moderní medicíně. *Kontakt* [online]. 2/2009. [cit. 2021-12-17]. ISSN 1212-4117. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20120330123120809120.pdf>

PŘÍLOHY

PŘÍLOHA 1 - informovaný souhlas se zpracováním osobních údajů (formulář)

daný v souladu s Nařízením Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679 ze dne 27. dubna 2016 O ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES.

Já, níže podepsaný **[jméno a příjmení]**, rodné číslo: [rodné číslo], trvale bytem [adresa trvalého bydliště],

tímto uděluji

zpracovateli

souhlas se zpracováním těchto údajů:

- [specifikace údajů],

a to pouze pro tento účel:

- [účel zpracování],

to na dobu [doba zpracování].

Tento souhlas může být kdykoliv odvolán, a to dnem doručení písemného dovolání souhlasu zpracovateli.

V [město podpisu] dne [datum podpisu]

.....

[jméno a příjmení]

PŘÍLOHA 2 – přepis rozhovoru s panem F. B.

Legenda:

- Výzkumník = V
- Informant = I

Rozhovor:

V: V jakém věku jste byl postižen iktem?

I: V té době mi bylo právě šedesát sedm. Nedávno to bylo právě pět roků.

V: Byl jste umístěn na jednotce intenzivní péče/po jakou asi dobu?

I: Jo, až jsem se probudil z umělého spánku. Byl jsem tam deset dnů.

V: Byl jste uložen do umělého spánku/na jakou asi dobu?

I: Ano, asi dva týdny, pokud si dobře vzpomínám.

V: Jak jste vnímal péči během hospitalizace v nemocnici?

I: Byl jsem všude velmi spokojený, jen po přemístění z „jipky“ na lůžkové oddělení nebyla péče taková jako jinde. Kontakt s personálem byl slabý. Moc se mnou tam zrovna nebavili. Neměl jsem příležitost. Celkem jsem byl ale s péčí spokojený.

V: Považujete zahájení léčebné rehabilitace za včasné?

I: Určitě ano. Proto jsem se také nejspíš tak zlepšil. Fyzioterapeut se mnou začal velmi brzy, s logopedií také. Hodně jsem se zlepšil právě v krajské nemocnici.

V: Byla následkem iktu postižena nebo omezena hybnost horních a dolních končetin?

I: Levou půlku těla jsem měl úplně vyřazenou, vůbec jsem ji neovládal.

V: Ovlivnil iktus nějak výrazněji nebo trvale váš zdravotní stav?

I: Myslím, že mrtvice neměla vliv na můj zdravotní stav, nic jsem nepozoroval, nejspíš díky výborné péči a rehabilitaci.

V: Postihl nebo ovlivnil iktus nějak vaši řečovou schopnost?

I: Nemohl jsem mluvit snad půl roku. Pak to bylo s mluvením těžké. Nemluvil jsem nijak extra, dokázal jsem však už říct co chci a pozdravit.

V: Měla jste po iktu problém s porozuměním řeči?

I: *Ne, naštěstí. Pokud na mě někdo mluvil, rozuměl jsem mu.*

V: Žijete v manželském svazku nebo v partnerském vztahu?

I: *Jsem rozvedený. Když mě to postihlo, tak už asi osm let, myslím. Mám zde ale dobré přátele.*

V: Máte děti, vnuky, rodinu vůbec a jaké máte spolu vztahy?

I: *Mám tři děti, dvě dcery a syna. Vnuků mám pět. Máme spolu velmi dobré vztahy. S bývalou manželkou mám také dobrý vztah. V době mé nemoci mně pomáhala.*

V: Udržujete přátelské vztahy z doby před iktem?

I: *Od změny místa pobytu nejsem v kontaktu s tehdejšími přáteli prakticky vůbec. Ty vztahy totiž neměly větší hloubku. Byli to spíš takoví známí. Můj dobrý kamarád už dávno nežije.*

V: Navázal jste po iktu nové přátelské nebo partnerské vztahy?

I: *Ano, tady v chráněném bydlení mám několik nových kamarádů. Partnerku zatím nemám.*

V: Byla vám nabídnuta a poskytnuta psychologická pomoc?

I: *Nabídli mi to, ale odmítl jsem. Necítil jsem potřebu něco řešit.*

V: Navazovaly podle vás na sebe jednotlivé, prostředky, metody léčebné rehabilitace?

I: *Návaznost složek rehabilitace dle mého názoru byla velmi dobrá. Odborníci v péči o mě dobře spolupracovali. Tak jsem to aspoň vnímal.*

V: Jak jste byl spokojen v rámci rehabilitace s přístupem jednotlivých odborníků?

I: *Odborníci byli všude velmi profesionální. Prakticky jsem se seznámil se speciálními metodami. Názvy si již nepamatuji, ale mám je tu někde ve své dokumentaci. Personál v rehabilitačním ústavu na mě udělal velmi dobrý dojem. Měli tam šikovné logopedy.*

V: Jak hodnotíte úroveň informovanosti o možnostech, metodách rehabilitace?

I: *V době léčby i před propuštěním domů jsem byl o všem dobře informován, o rehabilitaci v nemocnici, v ambulantních zařízeních i v rehabilitačním ústavu, a také o logopedii. V tom mně pomáhal personál, sociální pracovník a také moje děti.*

V: Jakou roli sehrála v návratu k běžnému, normálnímu životu rodina?

I: *No obrovskou. Děti mi moc pomohly, byly a jsou mou oporou, dokonce mi pomohla i bývalá manželka. Bez nich by to bylo horší. Nevím, jak bych všechno zvládl.*

V: Přispělo prostředí chráněného bydlení k znovuzapojení do běžného života?

I: *Ano, důležité pro mě tady byli noví kamarádi a fajn sociální pracovníce, teda personál vůbec.*

V: Pomohla vám rehabilitace k návratu a zapojení do běžného, normálního života?

I: *Jsem o tom přesvědčen. Bez výborné rehabilitace bych na tom tak dobře nebyl. Nejspíš bych se nyní nevěnoval cykloturistice a plavání. Určitě bych tak dobře nechodil.*

V: Jak hodnotíte přístup a informovanost ze strany sociálního pracovníka?

I: *Jako aktivní a profesionální. Byla to velká pomoc a opora. Díky tomu jsem se dobře ve všem orientoval, hlavně v péči.*

V: Kde jste pobýval po propuštění do doby umístění v chráněném bydlení?

I: *Děti mi zajistily nové bydlení. Byla to jen garsonka, výhodou ale bylo, že byla bezbariérová.*

V: Vrátili jste se po iktu ke stejným aktivitám jako v době před iktem?

I: *Ano, k některým. Auto jsem vyměnil za kolo, i když s autem by to ještě šlo. Dříve jsem běžkoval, nyní chodím plavat. Vyhovuje mi to.*

V: Podporovala vás v době léčebné rehabilitace rodina?

I: *Určitě, hlavně děti, ale také bývalá manželka. Bylo to pro mě velmi důležité.*

V: Změnila se po iktu vaše ekonomická situace?

I: *Trochu ano. Před nemocí jsem jako důchodce ještě pracoval. S důchodem v chráněném bydlení ale v pohodě vystačím. Nemusím řešit auto, také dřívější bydlení bylo náročnější.*

V: Jak dlouho jste čekal na vyřízení žádosti o umístění v chráněném bydlení?

I: *Měl jsem štěstí, dlouho jsem nečekal. Nevím již ale přesně, jak to dlouho trvalo.*

V: Měl/a jste za dobu léčebné rehabilitaci nějakou krizi?

I: *Ne, neměl, i když do zpěvu mně vždy nebylo. Nepotřeboval jsem proto ani psychologa. Toho nahradila rodina.*

PŘÍLOHA 3 – Přepis rozhovoru s paní M. A.

Legenda:

- Výzkumník = V
- Informant = I

Rozhovor:

V: V jakém věku jste byla postižena iktem?

I: Jsou to již tři léta, takže šestašedesát.

V: Byla jste umístěna na jednotce intenzivní péče/po jakou asi dobu?

I: Tak asi na dva týdny. Víc to nebylo.

V: Byla jste uložena do umělého spánku/na jakou asi dobu?

I: Byla, myslím, že na deset dní.

V: Jak jste vnímala péči během hospitalizace v nemocnici?

I: Jako velmi dobrou. Personál na jednom i druhém oddělení se o mě dobře staral.

V: Považujete zahájení léčebné rehabilitace za včasné?

I: Myslím, že ano. Myslím, že se můj stav zlepšil právě díky tomu, že se začalo s rehabilitací, hlavně se cvičením brzy, v pravý čas. Něco takového jsem také slyšela i v nemocnici.

V: Byla následkem iktu postižena nebo omezena hybnost horních a dolních končetin?

I: Ano, bohužel. Bylo to hrozné, pravou stranu jako bych neměla. Nedovedla jsem se sama o sebe postarat, skoro vůbec.

V: Ovlivnil iktus nějak výrazněji nebo trvale váš zdravotní stav?

I: Ne, nic závažného jsem nepozorovala. Něco záleží také na stárnutí, kromě toho bylo o mě dobře pečováno. Kdyby ne, nejspíš by bylo všechno úplně jinak.

V: Postihl nebo ovlivnil iktus nějak vaší řečovou schopnost?

I: Vůbec jsem nebyla schopna mluvit. Byl to zvláštní pocit.

V: Měla jste po iktu problém s porozuměním řeči?

I: Ano. Když něco říkali, nerozuměla jsem tomu, jako kdyby mluvili nějakým cizím, neznámým jazykem.

V: Žijete v manželském svazku nebo v partnerském vztahu?

I: *Ne, jsem vdova. Manžela jsem ztratila nedlouhou před tím, co se mi to stalo. Zůstala jsem sama, partnera ani nehledám. Vystačím si s kamarádkami.*

V: Máte děti, vnuky, rodinu vůbec a jaké máte spolu vztahy?

I: *Ano, dvě, syna a dceru. Mám čtyři vnuky. Dobře spolu vycházíme, máme se vzájemně rádi. Navštěvují mě a já zase je.*

V: Udržujete přátelské vztahy z doby před iktem?

I: *Jen s některými se vídám. Nemají to ke mně daleko.*

V: Navázala jste po iktu nové přátelské nebo partnerské vztahy?

I: *Mám tady nové kamarádky. Jsou prima, děláme spolu různé věci.*

V: Byla vám nabídnuta a poskytnuta psychologická pomoc?

I: *Nabídlí mi to, já to využila, protože jsem se necítila dobře. Psycholog byl výborný a skutečně mě pomohl.*

V: Navazovaly podle vás na sebe jednotlivé prostředky, metody léčebné rehabilitace?

I: *Ty metody na sebe podle mě dobře navazovaly. Dobrá součinnost, myslím. Jedno střídalo druhé. Měla jsem z toho dobrý pocit.*

V: Jak jste byla spokojena v rámci rehabilitace s přístupem jednotlivých odborníků?

I: *Musím říct, že jsem byla s nimi nadmíru spokojená. Považuji si jejich profesionalitu, hlavně fyzioterapeutů. Všichni se tam o mě dobře starali a moc mně pomohli.*

V: Jak hodnotíte úroveň informovanosti o možnostech, metodách rehabilitace?

I: *Jako dobrou, dostala jsem od lékařů informace o možnostech léčby. Řekli mně o metodách rehabilitace. Byla jsem v obraze. Vysvětlili mi, jak to funguje.*

V: Jakou roli sehrála v návratu k běžnému, normálnímu životu rodina?

I: *Velkou, snad největší. Jak syn, tak i dcera pro mě udělali opravdu moc. Jsem ráda, že je mám. Ukázalo se, co pro ně znamenám. Ta mrtvice byla takou prověrkou.*

V: Přispělo prostředí chráněného bydlení k znovuzapojení do běžného života?

I: *Jistě, byla jsem pořád mezi lidma, s některýma jsem se spřátelila víc, podnikali jsme spolu výlety a jezdili i na kole. To děláme pořád. A pracovnice zde v domě mně taky pomohly.*

V: Pomohla vám rehabilitace k návratu a zapojení do běžného, normálního života?

I: To ano. Za svůj stav vděčím kvalitní rehabilitaci, léčbě. Bez ní bych neměla normální život. Mohla jsem dělat věci jako dříve, jako před mrtvicí.

V: Jak hodnotíte přístup a informovanost ze strany sociálního pracovníka?

I: Kladně, dobře. Sociální pracovnice měla profesionální přístup. Její informace byly užitečné. Ochotně mně pomohla se vyznat v různých věcech.

V: Kde jste pobývala po propuštění do doby umístění v chráněném bydlení?

I: Bydlela jsem u dcery, několik měsíců. Do svého bytu jsem se už nevrátila. Prodala jsem ho.

V: Vrátila jste se po iktu ke stejným aktivitám jako v době před iktem?

I: Vrátila jsem se vlastně ke všemu, ke čtení, turistickým výletům, dokonce i k jízdě na kole. Tady můžu chodit do kostela. Navíc chodím na univerzitu třetího věku.

V: Podporovala vás v době léčebné rehabilitace rodina?

I: Moc mě podporovala dcera se synem. Také díky dětem jsem vše zvládla.

V: Změnila se po iktu vaše ekonomická situace?

I: Rozhodně se nezhoršila. Už jsem nepracovala, byla jsem už v důchodu. Před mrtvičkou jsem ovdověla, měla jsem také vdovský důchod. Prodala jsem byt a šla do chráněného bydlení.

V: Jak dlouho jste čekala na vyřízení žádosti o umístění v chráněném bydlení?

I: Několik měsíců, přesně to nevím. Šlo to ale poměrně rychle.

V: Měl/a jste za dobu léčebné rehabilitaci nějakou krizi?

I: Kromě psychických problémů, depresí, jsem nic takového neměla. Pomohl mi hlavně psycholog, ale také děti a potom i pastor.

ANOTACE

| | |
|--------------------------|-------------------------------------|
| Jméno a příjmení: | Alena Kuželová |
| Katedra | Ústav speciálněpedagogických studií |
| Vedoucí práce: | Mgr. Hana Karunová, PhD. |
| Rok obhajoby: | 2023 |

| | |
|----------------------------|--|
| Název práce: | Rehabilitace seniorů s omezením hybnosti po cévní mozkové příhodě ve speciálně pedagogickém kontextu |
| Název v angličtině: | Rehabilitation of seniors with limited ability to move after a stroke in a special pedagogical context |
| Anotace práce: | <p><i>Úvod:</i> Problematika iktu náleží k aktuálním tématům. Následky iktu ovlivňují nejen postiženou osobu, ale i rodinu. Důsledky onemocnění jsou zejména somatické. Dotčena bývá také oblast sociální, psychická, ekonomická a komunikační. Koordinovaný rehabilitační proces, návaznost, provázanost metod, složek rehabilitace, včetně včasnosti jejího zahájení a míry informovanosti o ní a možnostech péče vůbec, jsou významnou podmínkou dosažení sociální integrace osoby po iktu.</p> <p><i>Cíl:</i> Autorka si v rámci výzkumného šetření stanovila tři výzkumné oblasti saturující tři výzkumné otázky: Spokojenost seniorů s včasností a návazností metod poskytované rehabilitace, nápomoc rehabilitace v sociální integraci seniorů po iktu, míra, úroveň informovanosti o možnostech rehabilitace u seniorů po iktu. Cílem je popsat a porovnat případy seniorů s omezením hybnosti po iktu z hlediska včasnosti a návaznosti metod poskytované rehabilitace ve speciálně pedagogickém kontextu, a zjistit u těchto případů spokojenost s koordinovanou rehabilitací, informovaností o ní a možnostech péče a pomoci.</p> <p><i>Metodika:</i> V bakalářské práci byl použit kvalitativní výzkum. Praktická část byla zpracována pomocí výzkumného šetření formou polostrukturovaného rozhovoru a zúčastněného pozorování informantů.</p> <p><i>Výsledky:</i> Léčebná rehabilitace byla v obou případech včasná, její složky na sebe navazovaly, informovanost o jejich možnostech a systému sociální péče byla dobrá, rehabilitace významně napomohla sociální integraci.</p> <p><i>Závěr:</i> Bakalářská práce zkoumá a porovnává případy seniorů s omezenou hybností po iktu, s jejich spokojeností s rehabilitací a informovaností. Výzkumné šetření proběhlo ve Zlínském kraji.</p> |

| | |
|------------------------------------|---|
| Klíčová slova: | Cévní mozková příhoda, omezení hybnosti, koordinovaná rehabilitace, informovanost, sociální integrace |
| Anotace v angličtině: | <p><i>Introduction:</i> The issue of stroke belongs to current topics. The consequences of a stroke affect not only the affected person, but also the family. The consequences of the disease are mainly somatic. The social, psychological, economic and communication areas are also affected. A coordinated rehabilitation process, continuity, interconnection of methods, components of rehabilitation, including the timeliness of its initiation and the degree of awareness of it and the possibilities of care in general, are an important condition for achieving social integration of a person after stroke.</p> <p><i>Aim:</i> As part of the research survey, the author set out three research areas saturating three research questions: Satisfaction of seniors with timeliness and continuity of methods of provided rehabilitation, assistance of rehabilitation in the social integration of seniors after stroke, rate, level of awareness of rehabilitation options in seniors after stroke. The aim is to describe and compare cases of seniors with limited mobility in terms of timeliness and continuity of rehabilitation methods in a special pedagogical context, and to find satisfaction with coordinated rehabilitation, awareness of it and possibilities of care and assistance options.</p> <p><i>Methodology:</i> Qualitative research was used in the bachelor thesis. The practical part was processed by means of a research survey in the form of a semi-structured interview and participant observation of informants.</p> <p><i>Results:</i> In both cases, the therapeutic rehabilitation was timely, its components followed each other, the awareness of their possibilities and the social care system was good, rehabilitation significantly helped social integration.</p> <p><i>Conclusion:</i> The bachelor thesis examines and compares the cases of seniors with limited mobility after a stroke, with their satisfaction with rehabilitation and information. The research was conducted in the Zlín Region.</p> |
| Klíčová slova v angličtině: | Stroke (cerebrovascular accident), limited ability to move, coordinated rehabilitation, awareness, social integration |