

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 05. 05. 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 vypracovávání této práce.

OBSAH

ÚVOD.....	5
1 Cévní mozková příhoda.....	7
1.1 Ischemická cévní mozková příhoda	8
1.2 Hemoragická cévní mozková příhoda	9
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.....	17
3.3 Expresivní terapie	18
3.4 Animoterapie	20
3.5 Ergoterapie a fyzioterapie.....	21
PRAKTICKÁ ČÁST	24
4 Koordinovaná rehabilitace u seniorů s omezením hybnosti.....	24
4.1 Cíle a metodologie výzkumu.....	24
4.2 Charakteristika výzkumného souboru a místa šetření	25
4.3 Vlastní výzkumné šetření	25
4.4 Výsledky výzkumného šetření	33
4.5 Závěry a diskuse výzkumného šetření.....	35
ZÁVĚR.....	37
REFERENČNÍ SEZNAM	38
PŘÍLOHA	
ANOTACE	

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 patří cévní mozková příhoda (CMP) 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 CMP 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 CMP poměrně často příčinně souvisí s trvalou invaliditou. Hutyra (2011) uvádí, že CMP 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 CMP 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 CMP.

Hlavním cílem závěrečné práce je popsat a porovnat případy seniorů s omezením hybnosti po CMP 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 následky onemocnění. Druhá

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

1 Cévní mozková příhoda

Synonymy tohoto onemocnění jsou mrtvice, apoplexie, iktus nebo mozkový infarkt. Světovou zdravotnickou organizací (WHO) je cévní mozková příhoda (CMP) definována jako „*rychle se rozvíjející klinické známky ložiskového, případně difúzního mozkového postižení, předpokládaného cévního původu, trvající déle než 24 hodin nebo vedoucí ke smrti*“ (Tyrlíková, Bareš a kol., 2012, s. 124).

Seidl (2008) o CMP uvádí, že se jedná o akutně vzniklé klinické (fokální nebo globální) symptomy poruchy funkce mozku, které trvají déle než jeden den (24 hodin), bez zjevné jiné než vaskulární etiologie. Dle Bauera (2010) je iktus onemocněním cévního původu, kdy dochází k rychlému rozvoji ložiskových či celkových příznaků poruchy cerebrální funkce.

Kalita (2006) uvádí, že CMP stále více postihuje osoby v produktivním věku, že bývá častou příčinou invalidity. Hutyra (2011) podotýká, že ischemické cévní mozkové příhody (CMP) 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 CMP patří mezi nejčastější onemocnění nervové soustavy. Na 100 000 obyvatel ČR, je iktem ročně postiženo 350 jedinců. Dle Hutyry (2011) jsou ischemické cévní mozkové příhody jednou z častých příčin morbidit a mortality v České republice.

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 pacientů po CMP nejčastěji objevují senzorycké 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 iCMP i hCMP se nijak výrazně neliší.

Horáček (2009) uvádí, že k cévním mozkovým příhodám dochází buď následkem hemoragie do mozkové tkáně či subarachnoidálního prostoru, nebo ischemií.

CMP vzniká na podkladě poruchy prokrvení mozkové tkáně nebo krvácení do mozku. Podle způsobu vzniku rozdělujeme CMP na typy *ischemické* a *hemoragické* (Myslivoček, 2003). Stejně rozděluje ikty na dvě hlavní skupiny, tedy ischemické a hemoragické, také Ambler (2011). Seidl (2015) pak rozděluje cévní mozkové příhody na *mozkové ischemie* (výskyt v 85 %), a *mozkové hemoragie* (výskyt ve zbylých 15 %).

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 iCMP k dalšímu iktu v 3,3 % během prvních 30 dní, že u opakovaného iktu je vyšší riziko úmrtí, delší hospitalizace v nemocnici a zhoršení funkčního stavu.

U hemoragické CMP se mortalita pohybuje okolo 40 %. Pokud je přítomna oboustranná hemiparéza a bezvědomí trvajícím déle než 48 hodin, bývá prognóza nepříznivá. Jestliže se do tří měsíců od vzniku nezlepšuje paréza, je zde malá šance, že dojde k dalšímu zlepšení (Kadaňka, 2010).

1.1 Ischemická cévní mozková příhoda

Kalita (2010) uvádí, že se jedná o nejčastější typ CMP, který je zapříčiněn sníženou mozkovou perfuzí celé mozkové tkáně nebo postižením části mozkové tkáně, obojí vede ke vzniku hypoxie.

Dle Bauera (2010) vzniká mozková ischemie jednak z lokálních příčin, a těmi jsou nejčastěji ateroskleróza, hematologická nebo kardiální onemocnění, embolizace z aorty, karotických a vertebrálních tepen, anebo z globálních příčin, zejména při plicních poruchách (celková mozková hypoxie), a při anémii (anemická hypoxie).

K nejčastějším příčinám vzniku ischemické CMP (iCMP) patří ateroskleróza, která způsobuje až 30 % všech mozkových iktů. Ateroskleróza vede k uzávěru tepny (nejčastěji krčních a mozkových artérií), dochází ke stenóze a následně k náhlému uzávěru hlavní cerebrální tepny trombem, anebo dochází k embolizaci aterosklerotického plátu a následně k uzávěru distální cerebrální cévy (Bar, Chmelová, 2011). Uvedení autoři dále uvádí, že na druhé místo nejčastějších příčin vzniku iCMP patří srdeční choroby a za třetí nejčastější příčinu považují lakunární ikty (uzávěr malých mozkových artérií), které se často vyskytují u osob s onemocněním diabetes mellitus a hypertenzí.

Kalita (2006) podobně jako Waberžinek a Krajíčková (2006) uvádí, že se mezi nejvýznamnější prokázané a ovlivnitelné rizikové faktory iCMP řadí arteriální hypertenze, ischemická choroba srdeční a jiná onemocnění srdce, hyperlipidémie a kouření.

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 5 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* (dochází k uzávěru cévy embolem či trombem) a *neobstrukční* (hypoperfuze, snížené prokrvení). Mysliveček (2003) dle příčiny vzniku rozlišuje iCMP *vaskulární*, podmíněna změnou charakteru cévní stěny (aterotrombotické), *kardiální*, na podkladě embolie z kardiologických příčin, např. infarkt myokardu, fibrilace síní (kardioembolické), *hematologické*, podmíněné trombózou a embolií, a *celkové*, kde patří např. anemická hypoxie nebo hypoxická hypoxie mozku (hypoxické).

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“) projeví do 24 hodin s kompletním vymizením všech symptomů; dále *reverzibilní ischemický neurologický deficit* (RIND), kdy projevy odezní do 2 až 3 týdnů nebo zůstane jen malý funkční deficit; pokud ložisková hypoxie a symptomy narůstají, jde o *progredující iktus*; a *dokončený iktus* (ireverzibilní), kdy dochází k trvalému, nezvratnému neurologickému deficitu, následku.

1.2 Hemoragická cévní mozková příhoda

Dle Myslivečka (2003) dochází k vzniku hemoragického iktu v důsledku ruptury cévní stěny některé z mozkových tepen, nejčastěji v důsledku arteriální hypertenze. Méně často se vyskytují v příčinné souvislosti s arteriovenózní malformací, venózními a kavernózními angiomy, kapilárními hemangiomy a s arteriálními aneurysmaty. V tom se s autorem shoduje také Kalita (2006).

Dle Bara a Chmelové (2011) je v souvislosti s etiologií nejvýznamnějším rizikovým faktorem arteriální hypertenze, která způsobuje nejčastěji krvácení v mozkové tkáni v oblasti: bazálních ganglií, talamu, mozkového kmene a mozečku.

Bauer (2010) uvádí, že další příčinou mozkových krvácení jsou anatomické faktory (cévní anomálie, aneurysma) a hemokoagulační faktory (antikoagulační a trombolytická terapie, hematologická onemocnění).

Kalita podotýká (2006), že k rizikovým faktorům vzniku hCMP patří věk, pohlaví, rasa, hypertenze, chronická zvýšená konzumace alkoholu, předchozí prodělaný iktus, kouření, obezita, diabetes mellitus, abusus kokainu a cirkadiální rytmy (biologické, periodické, přibližně 24hodinové).

Dle Kality (2006) tvoří hemoragická cévní příhoda 15 % ze všech iktů. Na rozdíl od ischemického iktu je zde mortalita a morbidita výrazně vyšší. Zdravotní, stejně jako sociální péče o postižené osoby, bývá v těchto případech finančně náročnější.

Myslivoček (2003) stejně jako Kolář (2009) dělí hemoragické CMP na *ohraničené (globózní) krvácení*, kdy vytéká krev do mozkové tkáně a tím ji roztlačuje, bývá postižena zpravidla subkortikální oblast a prognóza bývá příznivější, a na *tříštivé krvácení*, kdy krev vytéká, tryská do mozku a jeho tkáň je devastována. Toto krvácení je způsobeno rupturou cévní stěny, která je postižená chronickou arteriální hypertenzí. Krvácení je lokalizováno v bazálních gangliích, thalamu a ve vnitřním pouzdře. Prognóza je nepříznivá s vysokou úmrtností.

Bauer (2010) dělí hemoragické CMP na méně časté krvácení *subarachnoidální (SAK)*, kdy krev abnormálně vytéká mezi mozkové obaly (arachnoideu a pia mater), a častěji se vyskytující krvácení *intracerebrální (ICH)*, kdy krev vytéká nebo dokonce pryští přímo do mozku, mozkové tkáně (krvácení globózní nebo tříštivé).

1.1 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 připraveni 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 klinické příznaky u osob po iCMP a hCMP se příliš neliší. U osob po CMP se nejčastěji objevují poruchy motoriky končetin, sensorické poruchy, poruchy symbolických a kognitivních funkcí, postižení hlavových (mozkových) nervů, poruchy povrchového a hlubokého čítí, poruchy vestibulární a cerebelární (rovnováhy).

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 percepce), 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.

Cévní mozkové příhody dle Bauera (2010) postižené osoby velmi často invalidizují. Dle autora je závažné jak motorické postižení, tak i traumatizující porucha řeči, která bývá častou příčinou sociální izolace. Palmer (2013) v souvislosti s následky CMP uvádí, že symptomatologie po mozkové mrtvici má velmi široké spektrum a závisí na lokalizaci postižené části mozku, rozsahu postižení, rychlosti vzniku CMP, na věku a zdravotním stavu člověka, které se promítají do následků CMP. 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 CMP u každého jednotlivého případu rozdílné.

Dále Palmer (2013) uvádí, že záleží především na lokalizaci postižení, že velmi slabá mrtvice v oblasti mozku, která neřídí vitální funkce, může mít pouze nepatrné následky, zatímco jen velmi slabá mrtvice v mozkovém kmeni, kde jsou uloženy životně důležité funkce (dýchání, trávení, srdeční akce), může velmi nepříznivě dopadat na život postiženého.

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 či komprehenzivní, propojení složek léčebných, pedagogických, pracovních a sociálních, značí tedy interdisciplinární obor.

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

2.1 Léčebná rehabilitace

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

Dle Sayoud Solarové (2010) představuje léčebná rehabilitace osob po CMP dlouhodobý proces, kdy její úspěšnost záleží 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 fyzikální terapii, léčebnou tělesnou výchovu, ergoterapii, animoterapii a další specifické terapie (muzikoterapie, arteterapie, psychoterapie). Autor podotýká, že léčebná rehabilitace má jasně interdisciplinární charakter.

Kolář (2009) řadí mezi terapeutické postupy v léčebné rehabilitaci fyzioterapii, ergoterapii, rehabilitační inženýrství, fyziatrii, myoskeletální medicínu a také neuropsychologii a logopedii.

2.2 Sociální rehabilitace

Jesenský (1995) vymezuje sociální rehabilitaci jako proces učení žít s vadou (defektem), jako proces překonávání neschopností v individuální i společensky významných činnostech, a také jako proces prevence i odstraňování defektivit a handicapů, kdy konečným výsledkem tohoto procesu je akceptace vady, životní pohoda a v nejvyšším stupni také integrace.

Dle Francové (2014) je sociální rehabilitace druhou základní složkou koordinované rehabilitace, která se zaměřuje na pomoc fungování člověka v životních situacích (resocializace, zajištění úprav automobilu, bytu, ekonomické a hmotné zajištění pro samostatný život, zajištění sociálních služeb), a která probíhá formou socioterapie nebo případové a komunitní sociální práce.

Švestková (2017, s. 93) uvádí, že *„Sociální rehabilitace je proces, ve kterém osoba s dlouhodobou či trvalou disabilitou absolvuje nácvik potřebných dovedností směřující k dosažení samostatnosti a soběstačnosti v maximální možné míře, a to za účelem co nejvyššího stupně jejího sociálního začlenění.“*

Klusoňová (2011) uvádí, že sociální rehabilitace poskytuje ekonomické zajištění, pomoc a péči, integraci a resocializaci osobám se zdravotním postižením, kdy její snahou je docílit u těchto osob akceptace vady, pocit životní pohody a aktivitu.

Janečková (2009) uvádí, že osoby po poškození mozku mohou mít poruchy chování, emocí a kognitivních funkcí, v důsledku toho mají potíže v oblasti sociálních dovedností, a dále se zmiňuje o sociálních důsledcích v případě osob po poranění mozku, kterými bývají především změny v rodinných vztazích, v zaměstnání, vzdělávání, volnočasových a společenských aktivitách.

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 zacílena na osoby se zdravotním postižením a jejich získání a udržení si vhodného zaměstnání.

Šeblová (2013) podotýká, že prodělaná cévní mozková příhoda zásadně ovlivňuje předchozí život, protože při nemožnosti návratu do původního zaměstnání pacienti obtížně hledají jiné pracovní uplatnění, pokud je ovšem jejich pracovní schopnost vůbec zachována, trpí tak psychickými problémy, depresemi a sociální izolací.

Dle Jesenského (1995) je pracovní rehabilitace u osob po CMP závislá na charakteru zaměstnání, které tento člověk vykonával před úrazem, 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 interdisciplinární obor, který je úzce spjatý s medicínskými obory, zejména s foniatří a neurologií, že logopedie je samostatný obor, který se zabývá správnou výslovností, odstraněním vad, poruch řeči a zajištěním komunikace, jež může být prováděna 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 nezastupitelnou roli u jedinců po iktu s poruchou řeči (afázie, dysartrie) a poruchu polykání (dysfagie).

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 klinický logoped ve spolupráci s foniatrem.

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 nejde jim psát.

Janečková (2009) uvádí, že logoped provádí logopedické vyšetření, určení diagnózy a zahájení léčby a rehabilitace již v akutním stadiu onemocnění, že podpora je poskytována i rodině a zdravotním pracovníkům z důvodu správné komunikace s cílem zlepšit komunikační schopnosti a polykání, někdy i s užitím alternativních způsobů komunikace, např. obrázků, elektronických přístrojů.

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 zahrnuje psychologickou diagnostiku a terapii u osob s poškozením mozku za účelem indikace rehabilitace poškozených kognitivních funkcí, že neuropsychologie v širším slova smyslu zahrnuje a poskytuje také poradenskou činnost pro pacienta a pro jeho blízké a pečující osoby.

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 či kompenzace kognitivní (poznávací) funkce (paměť, vyjadřovací schopnosti, srozumitelnost řeči, vnímání zrakové a sluchové, základní znalosti jako čtení, psaní, počítání apod.), které posuzuje neuropsycholog. Autorky v této souvislosti uvádí, že kromě výkonových funkcí zjišťuje psycholog i osobnost, a to i psychický a fyzický stav po onemocnění, míru deprese, ale zaměřuje se i na strukturu osobnosti před onemocněním.

Preiss (1998) uvádí, že klinická neuropsychologie patří mezi disciplíny aplikované, je součástí psychologie, úzce ale souvisí s neurologií, psychiatrií a speciální pedagogikou. Neurologickým vyšetřením se určuje přítomnost znaků poškození mozku v chování a prožívání a klinický obraz těchto změn. Dle zaměření vyšetření se zjišťuje přítomnost samotné poruchy (postižení na úrovni psychických funkcí), nebo postižení schopnosti samostatně a nezávisle fungovat anebo jaký vliv má poškození mozku na fungování jedince ve společnosti.

Autor dále podotýká, že kognitivní neuropsychologická rehabilitace je zaměřena na vizuální vnímání, rozpoznávání objektů, orientaci v prostoru, řeč (produkci i porozumění), tvorbu slov a verbální vyjadřování, problémy se čtením a psáním, paměť, pozornost, exekutivní funkce (plánování, uvědomění si sama sebe a sebeovládání) a řešení problémů. Samostatnou oblastí působení 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, která využívá expresi (vyjádření, výraz), jiné formy než verbální. Autorka uvádí, že v této terapii se využívá pohyb, tanec, dramatická scénka, hudba, zvuk, obraz. Kantor (2009) uvádí, že expresivní terapie využívá při léčbě výrazové umělecké prostředky, které mohou mít hudební, dramatickou, literární, výtvarnou nebo pohybovou povahu. Dále autor podotýká, že dle používaných uměleckých prvků se expresivní terapie rozlišuje na arteterapii, muzikoterapii, dramaterapii, biblioterapii a tanečně – pohybovou terapii.

Podle Jankovského (2006) se jedná u expresivní terapie na jedné straně o postupy léčebné a na straně druhé o postupy, které přesahují do umění a dalších odborných disciplín (psychologie, pedagogika). Autor v této souvislosti podotýká, že expresivní terapii lze řadit pod léčebnou rehabilitaci, ale také pod pedagogickou (psychologicko-pedagogickou), pracovní a sociální.

Arteterapii dle Kantora (2009) lze chápat v širším i užším smyslu. V České republice je někdy arteterapie v širším významu pojímána jako synonymum pro expresivní terapii. V užším významu je arteterapie chápána jako jedna z metod expresivní terapie, která se zabývá terapeutickou aplikací výtvarných prostředků. Tyto výtvarnětvořivé, kreativní aktivity by měly dle autora vést podpoře zdraví i samotné léčby

Jankovský (2006) o arteterapii uvádí, že touto metodou je procvičována jemná motorika, grafomotorika, vizuální percepce a vizuomotorická koordinace, že arteterapie pozitivně ovlivňuje psychický stav člověka (zejména dochází k sebereflexi, projekci, emočnímu ladění).

Kang a Kim (2013) prokázali, že arteterapie pozitivně působí na cévní mozkovou příhodu. Autoři dále podotýkají, že použití barev v terapii zlepšuje kvalitu života pacientů právě s iktem. Koordinace barev, saturace nebo jas mají vliv na člověka, na jeho náladu. Smyslem terapie je eliminovat negativní myšlenky postižených osob, umožňuje jim svou náladu zaznamenat na papír.

Muzikoterapii lze dle Kantora (2009) pojímat a definovat jednak jako umění, dále jako vědecký obor a také jako interpersonální proces. V případě umění je pro muzikoterapii typická subjektivita, individualita, kreativita a krása. Jako vědecký obor je muzikoterapie spojená s objektivitou, univerzálností, aplikovatelností a snahou o pravdivost. Při interpersonálním procesu je pro muzikoterapii charakteristická vzájemnost, empatie, komunikace a důvěrnost.

Dle Gerlichové (2017) je muzikoterapie výchovnou a terapeutickou metodou, která spočívá v práci s hudbou. Aluru (2016) poukazuje na pozitivní dopad hudby na organismus

jedince a dále uvádí, že hudební tvorba podporuje sociální začleňování, psychickou pohodu a podporuje tělesný stav jedince.

Kantor (2009) uvádí, že pokud je muzikoterapie vnímána v širším slova smyslu zahrnuje užití hudby z pohledu různých oborů pomáhajících profesí, zejména speciální pedagogiky, fyzioterapie, neurologie a ošetrovatelství. Autor dále podotýká, že při terapii lze hudbu poslouchat, vnímat, participovat na její tvorbě, a to verbálními i neverbálními prostředky, kdy účinky muzikoterapie mohou být relaxační, dráždivé nebo stimulující.

Magee (2017) podotýká, že muzikoterapie je přínosná při afázii, dysartrii, pro komunikaci, dýchání, že pomáhá také při pohybu horních končetin a nácvičku chůze, kdy jsou během terapie zapojovány postižené části těla. Dle autora působí hudba pozitivně na psychický stav jedince a je vhodná také pro relaxaci.

Dramaterapii vymezuje Valenta (2011) jako léčebně-výchovnou (terapeuticko-formativní) disciplínu, v které převažují skupinové aktivity využívající ve skupinové dynamice divadelních a dramatických prostředků k dosažení symptomatické úlevy, ke zmírnění důsledků psychických poruch i sociálních problémů a k dosažení personálně sociálního růstu a integrace osobnosti. Dle autora k hlavním cílům patří dramaterapie zvýšení sociální interakce a interpersonální inteligence, nabytí schopnosti uvolnit se, kontrola emocí, tvorba repertoáru rolí pro život, rozvoj představivosti a schopnosti koncentrace a posílení sebedůvěry a sebeúcty.

Dramaterapii lze vymezit jako „*psychoterapeutický přístup využívající divadelních prostředků pro nalezení příznivé rovnováhy v oblasti duševní a tělesné nebo ve vztazích či se záměrem osobního rozvoje*“ (Asociace dramaterapeutů České republiky [online]).

Dramaterapie je spíše skupinovou aktivitou, pracuje se znaky a metaforami a využívá divadelních prostředků (např. vytvoření fikce a hraní jiných postav). Mezi hlavní cíle dramaterapie patří zvýšení sociální interakce a interpersonální inteligence, nabytí schopnosti uvolnit se, kontrola emocí, tvorba repertoáru rolí pro život, rozvoj představivosti a schopnosti koncentrace a posílení sebedůvěry a sebeúcty (Asociace dramaterapeutů České republiky [online], Valenta, 2011).

Kantor (2016) o dramaterapeutech uvádí, že pracují nejčastěji s imaginárními příběhy či texty a pracují eklekticky. Dle autora dramaterapií hraje klient spíše fiktivní role osob a objektů, řídí se více divadelní strukturou, ale v psychodramatu jsou role jasně definovány dle skutečných osob, a od divadelní struktury se spíše upouští. Autor dále podotýká, že mezi ostatními uměleckými směry se dramaterapie odlišuje zejména tím, že výrazně akcentuje umělecká a kreativní východiska, sociální antropologii a sociologii.

Tanečně pohybová terapie je vymezena jako „*psychoterapeutické využití pohybu v procesu, jehož účelem je dosažení emoční a fyzické integrace jedince*“ (Čížková, 2005, s. 33). Autorka uvádí, že prostřednictvím této terapie pacient poznává lépe své tělo, svůj pohybový styl a jeho souvislost s osobnostními rysy a aktuálním emočním stavem, že hlavním cílem terapie je dosažení emoční a fyzické integrace jedince, uvědomění si vlastního těla, jeho hranice a jeho vztah v prostoru, realistické vnímání své vnitřní představy o těle, akceptace (uznání) a zvládnutí napětí, úzkosti, stresu a potlačování energií, a také poznání a vyjádření svých pocitů přijatelným chováním a obohacení pohybového repertoáru.

3.4 Animoterapie

Animoterapie je v současné době častěji nazývána jako zooterapie, kdy animoterapie jako odborný název je synonymem zooterapie, má stejný význam a užití.

Velemínský (2007) o animoterapii uvádí, že představuje pozitivní až léčebné působení zvířete na člověka, které má za následek zlepšení paměti, motoriky, komunikace a zmírnění stresu, že v terapii má nenahraditelné místo sám animoterapeut, který rozhoduje o formě, způsobu a četnosti poskytované animoterapie, a že teoreticky je možné v animoterapii použít jakékoli zvíře, které je danému klientovi příjemné, pokud je s ním klient schopen navázat vizuální a taktilní kontakt.

Dle Motlocha (2016) je tato terapie druhem léčby, která se realizuje skrze zvířata, kdy jejich terapeutickým působením dochází k ovlivňování fyzických a psychických potíží klienta. Autor dále uvádí, že po somatické stránce tento druh léčby rozvíjí hrubou a jemnou motoriku, podněcuje k pohybu, k verbální i neverbální komunikaci, rozvíjí orientaci v prostoru a čase, pozitivně ovlivňuje koncentraci a paměť, rozvíjí sociální cítění a je významným relaxačním a rehabilitačním faktorem.

Motloch (2016) uvádí tyto typy animoterapie: canisterapie (terapeutické využití psa), hipoterapie (terapeutické využití koně), felinoterapie (terapeutické využití kočky), ornitoterapie (terapeutické využití ptactva), terapie pomocí malých zvířat (akvarijní rybičky, plazi, křečci apod.), terapie pomocí hospodářských zvířat (tzv. terapeutické farmy).

Canisterapie využívá interakce člověka a psa, která vede k pozitivnímu ovlivnění lidského zdraví ve smyslu psychické, fyzické a sociální pohody. Pes v této terapii zastává roli společníka a vykonává výchovnou funkci. Canisterapie procvičuje koncentraci, zlepšuje pozornost, rozvíjí sociální cítění, zlepšuje kvalitu života a někdy může snižovat agresivitu klienta. Rozhodujícími kritérii pro výběr vhodného psa jsou výchova, socializace, prostředí,

ve kterém pes žije, pozitivní a negativní zkušenosti s lidmi i s jinými psi, osobnost majitele a genetické předpoklady daného plemene (Velemínský, 2007)

Votava (2003) rozlišuje tři kategorie profesionálně vycvičených psů. Vodící pes, který pomáhá svému pánovi zvládat nástrahy pouličního provozu, podává mu spadlé předměty, dokáže najít poštovní schránku anebo tlačítko ovladače na semaforu. Pes partner pomáhá klientovi při sebeobsluze a terapeutický pes, který plní základní povely poslušnosti (přivolání, posazení), umí aportovat předměty, nevdí mu doteky a umí upozornit na nestandardní chování svého pána.

Hipoterapie dle Votavy (2003), ve shodě s Velemínským (2007), využívá koně k pozitivnímu ovlivnění lidského zdraví. Pouhé posazení na koně neznamena hipoterapii. Terapeutická činnost musí totiž splňovat individuální přístup ke klientovi. Mezi základní principy hipoterapie patří spojení fyzioterapie s psychoterapií. Pohyb koňského hřbetu vytváří trojrozměrný pohyb, kterému se musí jezdec přizpůsobit, aby se na koni udržel. Vlivem toho dochází k mimovolnému zapojení reflexů pro rovnováhu, které zlepšují držení těla a hlavy. Výsledkem takového působení je tedy zlepšení koordinace pohybu, rovnováhy a zpevnění svalového korzetu trupu. Dalším účinkem hipoterapie je facilitace taktilními podněty, která vniká třením těla o srst koně, hlazením a dotykem. Tělesná teplota koně má kladný vliv na spasticitu a svalovou činnost jezdce. Psychoterapeutický vliv hipoterapie působí na zvýšení sebejistoty a sebevědomí, zlepšení kontroly chování a zvýšení adaptace na nové situace a koncentrace pozornosti.

3.5 Ergoterapie a fyzioterapie

Dle Klusoňové (2011) jsou cíle ergoterapie společné s cíly fyzioterapie, logopedie i neuropsychologie. Autorka dále uvádí, že se v akutní fázi ergoterapie zaměřuje na zjištění stavu vědomí, porozumění, schopnosti komunikace, spolupráce, motoriky, hybnosti dolních a horních končetin, mobility v rámci lůžka a sensorických funkcí.

Ergoterapie je vymezena Světovou federací ergoterapeutů jako „*profese, která se zabývá podporou zdraví a celkové pohody jedince prostřednictvím zaměstnávání a činností. Ergoterapeuti dosahují tohoto cíle buď prováděním samotného zaměstnávání či činností, nebo také tím, že podporují schopnost jedince zapojit se do činnosti prostřednictvím úpravy prostředí, ve které činnost probíhá*“ (Krivošíková, 2011, s. 16)

Podle České asociace ergoterapeutů je ergoterapie definována jako „*profese, která prostřednictvím smysluplného zaměstnávání usiluje o zachování a využívání schopností jedince*

potřebných pro zvládnání 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 hlavní náplní ergoterapie pomoc lidem vykonávat aktivity běžného života tak, že je do nich zapojí, a to přes jejich postižení či poruchu. Autorka dále uvádí, že vykonávané činnosti by měly mít pro osoby s postižením smysl a měly by být pro ně důležité, že soubor těchto činností je v ergoterapii označován jako oblasti výkonu zaměstnávání, které se dělí do tří skupin: všední denní činnosti, práce a produktivní činnost a hra a volný čas.

Krivošíková (2011) rozlišuje v ergoterapii pět oblastí působení dle typu používaných aktivit. Do první oblasti autorka řadí *ergoterapii zaměřenou na nácvik všedních denních činností*, která má za cíl dosáhnout maximální možné nezávislosti pacienta na pomoci ostatních v personálních (osobní hygiena, oblékání, stravování, použití WC, přesuny a mobilita) a následně také v instrumentálních (nakupování, vaření, péče o domácnost, manipulace s penězi, cestování, telefonování) ADL.

Druhá oblast působení ergoterapie je *zaměřená na nácvik pracovních dovedností*, která má své uplatnění především u osob v produktivním věku a u mládeže. Cílem je zde najít možnosti, jak začlenit pacienta do původního zaměstnání nebo učít jiné pracovní uplatnění a trvale a přiměřeně zatěžovat pacienta pomocí modelových činností.

Třetí oblastí je *ergoterapie zaměstnáváním*, která je nejstarším odvětvím ergoterapie. Cílem je v tomto případě překonávat úzkost, pesimismus strach a deprese u osob se zdravotním postižením pomocí činnosti, která by měla tuto osobu bavit. Většinou se jedná o aktivitu, kterou klient rád vykonával před onemocněním. Podstata úspěchu spočívá ve schopnosti ergoterapeuta motivovat konkrétní osobu.

Do čtvrté oblasti patří *ergoterapie funkční*, která se zaměřuje na zlepšení funkce určité části těla. Zaměřuje se na ovlivnění senzomotorické, kognitivní a psychosociální složky činnosti.

Jako poslední oblast je autorkou uvedena *ergoterapie zaměřená na poradenství*, kde cílem je pomoci nejen osobě se zdravotním postižením, ale také pomoci její rodině přijmout nově vzniklou situaci a seznámit je s možnostmi jejího řešení a ovlivnění.

Fyzioterapie se dle Janečkové (2009) zabývá diagnózou a léčbou ztráty fyzických schopností a poruch hybnosti. Kolář (2009) uvádí, že mezi základní postupy ve fyzioterapii patří kinezioterapie. Autorka dále uvádí, že u osoby, která má poraněnou mozkovou tkáň, se

fyzioterapeut soustřeďuje na diagnózu a léčbu snížených fyzických dovedností a porušené hybnosti.

Zeman (2009) uvádí, že fyzioterapie je terapeutický postup, který využívá různých forem energií, přírodních podnětů k zachování či obnově zdraví. Fyzioterapie se zaměřuje na prevenci, diagnostiku a terapii funkčních poruch pohybového aparátu., že základním cílem fyzioterapie je léčba funkčních poruch pohybového aparátu, mezi něž řadíme např. blokády kloubů, svalové spasmy a další, 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 systému a zdůrazňuje také ovlivnění funkcí jiných systémů, např. funkcí psychických.

Zeman (2013) uvádí, že fyzikální terapie je rozdělena dle využívané energie na *mechanoterapii*, mechanickou energii (masáže, trakce, techniky měkkých tkání, pasivní pohyby: motodlahy, manipulační a mobilizační léčba, ultrazvuk); *termoterapii*, tepelnou energii (pozitivní: parafin, peloidy, tepelné obklady; negativní: kryokomory, studené obklady; kombinovaná termoterapie); *fototerapii*, světelnou terapii (UV záření, biolampa, laser, infračervené záření); *elektroterapii*, elektrickou energii; hydroterapii, vodní energii; a další (např. balneoterapie, komplexní lázeňská léčba).

Votava (2003) dělí přístupy léčebné tělesné výchovy dle její aplikace na přístupy analytické a syntetické. Analytickým přístupem se ovlivňují jednotlivé segmenty těla, používá se například po úrazech končetin, nebo periferních paréz. Při syntetickém přístupu je léčba zaměřená na nácvik pohybových stereotypů, kdy se správně zapojují jednotlivé segmenty do pohybu, až vznikne jeden funkční celek.

Angerová a Švestková (2010) uvádí, že nejdůležitější rolí fyzioterapeuta je zabránit zkracování svalů, obnovit hybnost postižených končetin a nacvičovat chůzi.

PRAKTICKÁ ČÁST

4 Koordinovaná rehabilitace u seniorů s omezením hybnosti

Následkem cévní mozkové příhody jsou často poruchy právě hybnosti, vedle poruchy komunikace a kognitivních funkcí. Poruchy hybnosti vedou ke změně zdravotního stavu, kdy dopadají negativně na psychiku a vedou ke změně sociálního statutu (pozice a prestiže) ve společnosti, a to i v případě seniorů, protože také pro ně by motorické omezení, kterým může být dotčena i komunikace (nejen paréza svalů končetin, ale také svalů obličeje), mohlo vést k sociální izolaci. Motorická omezení se tedy nemusí týkat jen pohybu končetin či lokomoce vůbec, ale také obličejových svalů, kdy pak dochází k poruchám komunikace.

Kalita (2006) uvádí, že k motorické poruše komunikace, k dysartrii, dochází při postižení hlavových nervů V, VII, IX, X, XI, XII, že při poruše nervu VII dochází k centrální paréze obličeje.

Ztráta možnosti pohybu se schopnosti komunikace představují dvě významné bariéry v integraci všech postižených, tedy nejen osob mladších, osob v produktivním věku. Rehabilitace u osob s postižením motoriky po CMP by proto měla být včasná a ucelená, její jednotlivé složky by měly být koordinované, vzájemně propojené, měly by na sebe navazovat.

4.1 Cíle a metodologie výzkumu

Hlavním cílem závěrečné práce je popsat a porovnat případy seniorů s omezením hybnosti po CMP z Charitního domova Hluk, a to z hlediska včasnosti a koordinace metod poskytované rehabilitace ve speciálně pedagogickém kontextu, a zjistit u těchto případů spokojenost s koordinovanou rehabilitací.

Byly stanoveny následující výzkumné otázky:

- Jak jsou senioři s včasností a návazností metod poskytované rehabilitace spokojeni?
- Jak rehabilitace napomáhá v sociální integraci seniorů po CMP?
- Jaká je informovanost o možnostech rehabilitace u osob po CMP?

Na základě charakteru stanoveného cíle a výzkumných otázek byl za metodologické východisko zvolen kvalitativní přístup.

„Kvalitativní výzkum je proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník vytváří komplexní holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách“ (Hendl, 2005, s. 50).

Kvalitativní výzkum byl založen na využití polostrukturovaného rozhovoru, při kterém byly informantovi pokládány otázky, které lze přizpůsobovat vyvíjejícímu se rozhovoru. Dle Hendla (2005) je lze modifikovat, doplňovat v průběhu výzkumu, během sběru a analýzy dat.

Při vytváření otázek pro rozhovor bylo cíleno na ty oblasti, které korespondovaly se stanovenými výzkumnými otázkami, tedy na úroveň vzájemné propojenosti a návaznosti složek poskytované rehabilitace postiženým seniorům, na jejich spokojenost s koordinovanou rehabilitací, na dosažení jejich sociální integrace a na jejich informovanost o průběhu onemocnění, možnostech rehabilitace a úpravě zdravotního stavu.

Při rozhovoru se seniory, informanty bylo uskutečněno zúčastněné pozorování, které bylo zaměřeno zejména na jejich chování a na projevy jejich postižení.

4.2 Charakteristika výzkumného souboru a místa šetření

Pro výzkumnou část bakalářské práce byli osloveni dva informanti, žena a muž. Oba jsou již v důchodovém věku, muž je rozveden, žena ovdověla. Na informanty jsem dostala kontakt přes charitní organizaci, kde působím. Uživatele, klienty charitního chráněného bydlení jsem kontaktovala prostřednictvím vedoucí domu s chráněnými byty, která je seznámila s tématem mé bakalářské práce a formou získání potřebných informací. Byli ubezpečeni vedoucí chráněného bydlení a později i mnou osobně, že jejich anonymita zůstane zachována a výsledky budou použity pouze k výzkumným účelům mé bakalářské práce. Oba informanti podepsali informovaný souhlas k ochraně osobních údajů.

Informantům jsem nabídla možnost zaslání otázek předem. Ti tuto nabízenou možnost akceptovali. Protože oba s rozhovorem souhlasili, domluvila jsem si s nimi konkrétní termín, kdy byl rozhovor uskutečněn. U obou informantů probíhal rozhovor v prostředí domu s chráněnými byty. Před návštěvou jsem se s nikým z nich nesetkala. Rozhovor proběhl v průběhu jednoho dne, jedné návštěvy. Rozhovor byl se souhlasem informantů nahráván na diktafon, z nahrávky byly vytvořeny přepisy (kompletní přepisy rozhovoru archivovány u autora práce). Pro zachování anonymity jsou informanti označeni fiktivními iniciálami.

4.3 Vlastní výzkumné šetření

Vlastní výzkumné šetření bylo provedeno formou polostrukturovaného rozhovoru a zúčastněného pozorování dvou informantů. Případovou studii jsem zpracovala ze získaných dat a její struktura byla zvolena s ohledem na výzkumné otázky. Po popsání jednotlivých kategorií jsem provedla komparaci kvalitativního obsahu, kde jsem hledala souvislosti.

Otázky k rozhovoru

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

Kdy jste byl/a postižen/a CMP?

- Kolik vám bylo v době postižení CMP let?
- Byl/a jste udržován/a v umělém spánku/jak dlouho?
- Byl/a jste hospitalizován/a na jednotce intenzivní péče/jak dlouho?
- Byl/a po CMP postižena schopnost vašeho pohybu končetin?
- Dotkla se CMP vaší schopnosti mluvit?
- Rozuměl/a jste po CMP mluvenému slovu?
- Ovlivnila CMP jinou schopnost nebo jinak zdravotní stav?
- 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?
- Jak jste vnímal/a péči ze strany personálu na oddělení v nemocnici?
- Považujete zahájení léčebné rehabilitace za včasné?
- Byla vám nabídnuta a poskytnuta psychologická pomoc?
- Navazovaly podle vás na sebe jednotlivé složky, metody léčebné rehabilitace?
- Jak jste byli spokojeni v rámci rehabilitace s přístupem jednotlivých odborníků?
- Jak hodnotíte úroveň informovanosti o možnostech rehabilitace?
- Jakou roli sehrála v návratu k běžnému, společenskému životu rodina?
- Pomohla vám rehabilitace k návratu a zapojení do běžného, společenského 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.

Pan F. B.

Pohlaví: muž

Věk: 72 let

Diagnóza: ischemická CMP s levostrannou hemiparézou a s expresivní afázií

Vznik onemocnění a následná léčebná rehabilitace

Pan F. B. byl postižen CMP před pěti lety, ve věku 67 let. Dva týdny byl udržován v umělém spánku a po probuzení bylo zřejmé, že není schopen mluvit 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 probuzení byl hospitalizován deset dní na jednotce intenzivní péče, kde byl s péčí zdravotního personálu spokojen. Poté pobýval asi měsíc 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. „*Tam se se mnou zrovna moc nebavili*“. Jinak byl spokojen i zde. Pan F. B. po celou dobu hospitalizace rozuměl mluvenému slovu. „*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. Po měsíci hospitalizace na lůžkovém oddělení byl v souvislosti se zajištěním odpovídající fyzioterapie a logopedie přeložen do krajské nemocnice. S poskytovanou péčí byl pan F. B. i zde spokojený, jeho zdravotní stav se začal postupně zlepšovat. „*Hodně jsem se zlepšil právě tam*“. Po několika týdnech byl poslán do rehabilitačního ústavu, kde byla navázána spolupráce s ergoterapeutem a logopedem. S jejich péčí byl velmi spokojený. „*Myslím si, že je tam jedna z nejlepších rehabilitací u nás, kde byla také výborná logopedka*“.

Úroveň z hlediska rehabilitace a návaznosti jejich složek hodnotil jako velmi dobrou. Když se jeho stav výrazně zlepšil, byl propuštěn do domácího léčení. Před propuštěním byl informován o možnosti navštěvovat ambulantní rehabilitační zařízení, které nabízelo služby fyzioterapie, ergoterapie a logopedie. Pan F.B. tyto služby využil a byl s nimi spokojen. Jeho stav se stále zlepšoval. Péče psychologa mu byla také nabídnuta. Tuto možnost odmítl, protože neměl žádné větší psychické problémy. „*Já jsem psychologa nepotřeboval jako někteří pacienti.*“ Po celou dobu probíhající léčebné rehabilitace byl pan F. B. v kontaktu se sociálním pracovníkem, který mu pomáhal v orientaci v systému sociální péče poskytováním potřebných informací a byl pro něj oporou, stejně jako jeho děti.

Z výše uvedeného vyplývá, že se pan F. B. setkal v průběhu terapie a rehabilitace převážně s empatií, profesionalitou ošetřujícího personálu a vysokou úrovní poskytované péče, že byl dobře informován o možnostech ústavní i ambulantní rehabilitace, že v jeho případě byla návaznost složek rehabilitace na dobré úrovni, že byl také dobře informován o systému sociální péče zejména ze strany sociálního pracovníka, který k věci klienta přistupoval profesionálně a iniciativně, který klienta kontaktoval a byl mu také oporou.

Aktuálně se pohybuje bez opory, je téměř soběstačný, tempo pohybu je pomalejší, stejně jako jeho řeč, která je ale plynulá.

Změny v životě a sociální rehabilitace

Po návratu z nemocnice se pan F. B. přestěhoval do menšího, ale bezbariérového bytu, kde žil sám, protože byl již osm let rozvedený. Zajištění nového bydlení zařídily jeho děti. 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 menším bytě. Pan F. B. si vše potřebné zajistil částečně sám, něco za pomoci svých dětí, dokonce i bývalé manželky.

Díky dětem a sociální pracovníci nebylo pro něj obtížné se zorientovat v možnostech systému sociální péče. Informovanost o sociálních službách a možnostech jejich využití proto hodnotil kladně. Pan F.B. 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 žije v Domě s chráněnými byty Hluk, kde je spokojen a má zde také přátele.

Pan F. B. měl před iktem vyšší finanční příjem, protože předtím již jako důchodce byl stále pracovně činný, byl zaměstnán na zkrácený pracovní úvazek. Jeho ekonomická situace se tedy po CMP 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 pan F. B. není rozhodně tím, kdo se lehce vzdává a rezignuje na své cíle a touhy.

Analýza rozhovoru

Informant byl mnou zkontaktován přes charitní organizaci. Rozhovor proběhl v prostorách charitního domu s chráněnými byty. Pan F. B. dobře spolupracoval, ochotně odpovídal na položené otázky a jevil zájem o výsledky mého výzkumu. Působil na mě vyrovnaným dojmem a z našeho rozhovoru jsem nabyla dojmu, že nepovažuje své tělesné omezení, pomalejší tempo pohybu a řeči, za handicap.

V případě pana F. B. byla dodržena včasnost zahájení rehabilitace. Jeho první kontakt s fyzioterapeutem proběhl totiž poměrně brzy po iktu. Bylo zřejmé, že pozitivní výsledný efekt terapie byl podmíněn právě dobou jejího začátku. Fyzioterapeut, který se mu věnoval, byl erudovaný odborník, znalý speciálních metodik vhodných pro práci s lidmi po CMP. Plně využil potenciálu pana F.B. ke zlepšení zdravotního stavu, a to nejspíš proto, že se pan F. B. prakticky seznámil s Vojtovou metodou, Kabatovou facilitační metodou nebo konceptem manželů Bobathových (neurovývojová terapie), došlo v jeho případě k rychlejšímu, trvalejšímu a komplexnějšímu zlepšení funkce, rozsahu pohybu a síly paretických končetin. Praktické užití právě těchto metod s nejvyšší pravděpodobností pozitivně ovlivnily schopnost chůze a komunikace.

Logopedická péče u pana F. B. byla také zahájena včas a vysoce profesionálně, tedy v optimální době a takovým způsobem, že nijak negativně nedopadala na sebevědomí a důstojnost klienta, spíše naopak, což také patrně urychlilo úpravu řeči.

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

Jasnou komplexnost léčebné rehabilitace lze spatřovat v tomto případě v dobré návaznosti a spolupráci poskytované péče fyzioterapeuta, logopeda a ergoterapeuta.

Nepřítomnost psychologa v rámci interdisciplinárního týmu byla dána odmítnutím ze strany klienta, který tuto službu nepotřeboval. Pan F. B. z psychického hlediska působil vyrovnaně, nezpozorovala jsem v jeho projevech chování žádné odchylky od normy.

O svých dětech mluvil s citem, velmi hezky, 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.

Pan F. B. na mě působil tak, že se v oblasti možností sociálních služeb dobře orientuje. Sám uvedl, že má přehled v této oblasti zásluhou dětí a zejména sociálního pracovníka, který ho kontaktoval. Informant se jevil, že je dobře sociálně integrován ve všech oblastech svého

života. Svědčila o tom zejména jeho samostatnost, která vyplývá z jeho odpovědí i z přístupu k životu. Na sociální rehabilitaci se v jeho případě podílely také děti.

Paní M. A.

Pohlaví: žena

Věk: 69 let

Diagnóza: ischemická CMP s levostrannou hemiparézou, globální afázií a s levostranným neglect syndromem

Vznik onemocnění a následná léčebná rehabilitace

V případě paní M. A. došlo k CMP před třemi roky v souvislosti s komplikací srdeční operace. Deset dní byla udržována v umělém spánku, po probuzení ale nemohla pohybovat levostrannými končetinami a také mluvit. V době půlroční hospitalizace na kardiologickém oddělení fakultní nemocnice byla v péči fyzioterapeuta, logopedky i ergoterapeuta. Paní M. A. nebyla schopna mluvit ani psát, nerozuměla řeči a nevládala úkony sebeobsluhy. „*Bylo to strašné, levou stranu jako bych neměla, nemluvila jsem, ani jsem nerozuměla tomu, co říkali.*“ Kromě jiného se u ní rozvinul levostranný neglect syndrom, selektivní porucha orientace s opomíjením levé poloviny prostoru. „*Levá půlka byla mimo mě, četla jsem jen druhou půlku.*“

Informantka považovala péči ze strany fyzioterapeuta i ergoterapeuta za velmi efektivní. „*Tady mě spravili jakoby kouzlem*“. Především díky včasné a kvalitní fyzioterapii došlo podle ní do jednoho roku k úplné nápravě neglect syndromu. V době rehabilitace ve fakultní nemocnici začala používat vozík. Zde poprvé přišla do kontaktu také s psychologem a sociální pracovníci. Informantka oceňuje u obou jejich práci a profesionální přístup. „*Všichni se tam o mně dobře starali a moc mě pomohli*“. Práci logopedky hodnotila také kladně. Ke zlepšení řeči došlo asi po pěti měsících. Nepatrné potíže s tempem řeči však přetrvávají až do současnosti. Stále usiluje o zlepšení svých komunikačních dovedností, také hodně čte. Ve fakultní nemocnici ji byla doporučena ambulantní léčebná rehabilitace i delší pobyt v rehabilitačním zařízení.

Po návratu z fakultní nemocnice docházela paní M. A. ambulantně na léčebnou rehabilitaci, fyzioterapii. V této době byla kontaktována sociální pracovníci, 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 v motorice i v řeči. Zde začala daleko víc mluvit. Po rehabilitačním pobytu přestala používat vozík a používala jako oporu jen francouzské hole.

V současnosti se informantka pohybuje většinou bez opory, bez holí. Při delší chůzi hole používá, také jí bývá oporou její syn, někdy dcera, manžel totiž zesnul v době krátce před iktem. V rehabilitačním zařízení byla kontaktována psychologem, který s ní podle jejich slov 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 paní M. A. 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. Paní M. A. 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 složky, metody vzájemně provázané.

Změny v životě a sociální rehabilitace

Po návratu z nemocnice se 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 velký 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 pracovnice bylo pro informantku snadné orientovat se v problematice sociální péče a chráněného bydlení. Proto pomoc a informovanost z její strany považovala za velmi 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.

Paní M. A. již v období před iktem pobírala starobní důchod (včetně vdovského). Její finanční příjem byl stejný, ekonomická situace se tedy po CMP nezměnila. V období před iktem byla 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. Paní M. A. je věřící, duchovně založená a dle jejich slov měly na zlepšení jejího stavu i návštěvy pastora charity. V místě nového pobytu má možnost navštěvovat bohoslužby.

Paní M. A. 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

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. Paní M. A. na mě působila mile a přátelsky. Při rozhovoru byla vstřícná a dobře spolupracovala. Na některé události si vzpomenula jen s obtížemi. Dle jejich slov mívá občasné problémy si některé události dobře vybavit. Tempo řeči u sebe vnímá jako mírně pomalejší. Chůze je také pomalejšího tempa. Paní M. A. 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 v úplné nápravě neglect syndromu a ve zlepšení jejího stavu vůbec. Práce fyzioterapeuta byla velmi efektivní při praktickém využití Vojtovy metody a Kabatovy facilitační metody. Byly využity i speciální metodiky pro práci s osobami po CMP. Tyto metody příznivě ovlivnily motorické funkce, schopnost chůze. Ke zlepšení stavu a funkce 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 paní M. A. 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 jejích 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, a to zejména v podobě dobré kamarádky.

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 CMP, 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.

Jak jsou senioři s včasností a návazností metod poskytované rehabilitace spokojeni?

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, ale využila ji pouze paní M. A., která 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.

Jak rehabilitace napomáhá v sociální integraci osob po CMP?

Oba informanti jsou dobře sociálně integrovaní. V období před iktem již byli oba starobními důchodci. S výší důchodu jsou spíše spokojeni. Nepobírají žádné další dávky a příspěvky. Po ekonomické stránce nestrádá ani jeden z nich. V současnosti žijí oba v prostředí chráněného bydlení, ale již ne v manželském svazku, a to z důvodu ovdovění nebo rozvodu.

Pro oba představují rodinu zejména dospělé děti a vnuci. Informanti si váží podpory a péče ze strany rodiny. Shodují se v tom, že díky svým dětem, rodině vůbec, zvládli obtížné období, kdy se museli potýkat se svým postižením. Oba lze vnímat jako samostatné, soběstačné a nezávislé jedince. Snaha rodiny poskytovat podporu se v obou případech uskutečňuje v přiměřené míře, tedy že nijak nesnižuje motivaci informantů zvládat běžné činnosti a zapojovat se do společenského života. V sociální integraci obou informantů hrála dle jejich názoru významnou roli právě rodina.

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 pro povrchnost vzájemných vztahů, 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 věku, 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 iktem, 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.

Jaká je informovanost o možnostech koordinované rehabilitace u osob po CMP?

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. Pracovníky považovali za odborníky znalé aktuální legislativy.

Byli také oba jasně informovaní 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 a diskuse výzkumného šetření

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

Vedle včasného zahájení léčebné rehabilitace, účasti různých odborníků na ní, pomoci sociálních pracovníků, jsou důležitými faktory, které v těchto případech přímo dopadají na průběh koordinované rehabilitace, zejména rodina, motivace, osobnost, věk a celková kondice. Roli zde hrají také přátelé a v určité míře štěstí. Je nepochybné, že významnou roli v procesu rehabilitace hraje právě rodina.

Výzkum tedy osvětlil, že v obou případech je podpora rodiny, dětí informantů, hlavním instrumentem sociální integrace a sociální rehabilitace. 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 osobám po CMP by se mělo přistupovat citlivým a empatickým způsobem, kdy přitom by měly být využity speciální metodiky pro práci s osobami po CMP, 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 kontaktoval. 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 CMP vyhovovali po všech stránkách, aby bylo možné navázat dlouhodobou a přínosnou spolupráci.

Výzkum prokázal v obou případech také dobrou informovanost o sociální rehabilitaci. K tomu, aby bylo dosaženo úplné sociální integrace člověka po CMP, je nutné se zaměřit na individuální potřeby. Za zásadní považují dobrou informovanost všech odborníků podílejících se na procesu koordinované rehabilitace.

Vzhledem k tomu, že byl pro výzkumné šetření použit kvalitativní přístup, nelze výsledky zobecňovat. Je zapotřebí brát v potaz, že se jednalo jen o dva informanty. Z toho důvodu lze vnímat výzkum jako pilotní, který by mohl být později rozšířen dalším šetřením.

ZÁVĚR

Bakalářská práce *Rehabilitace seniorů s omezením hybnosti po cévní mozkové příhodě ve speciálně pedagogickém kontextu* se zaměřuje na problematiku cévní mozkové příhody, na případy seniorů s omezenou hybností, zejména na včasnost a efektivitu následné léčby, rehabilitace, péče a pomoci směřující k uzdravení, zlepšení stavu a sociální integraci. Koordinovaná rehabilitace by měla být včasná, komplexní a součinná, s multidisciplinárním přístupem. Hlavním cílem závěrečné práce bylo popsat a porovnat případy seniorů s omezením hybnosti po CMP z hlediska včasnosti a návaznosti složek poskytované rehabilitace ve speciálně pedagogickém kontextu. Dále zjistit, jaká byla spokojenost s návazností jednotlivých složek rehabilitace, s včasností jejího zahájení, s informovaností o možnostech rehabilitace vůbec, a také jak rehabilitace napomohla sociální integraci.

Projevy postižení CMP bývají nejčastěji poruchy motorických, ale i senzitivních a kognitivních funkcí. Včasnou a správně zvolenou terapií lze dosáhnout obnovy nebo zlepšení těchto funkcí. Léčebná rehabilitace je cílena na zlepšení zdravotního, somatického a psychického stavu, komunikačních dovedností, kognitivních funkcí, jemné motoriky, na nácvik sebeobsluhy a soběstačnosti. Je přitom důležité, aby její jednotlivé složky na sebe navazovaly, byly vzájemně propojené a koordinované. Sociální rehabilitace je zaměřena na úplnou socializaci osoby po CMP, tedy na sociální integraci a adaptaci.

Pro výzkum byl zvolen kvalitativní přístup. Pro sběr dat byla použita technika polostrukturovaného rozhovoru a zúčastněného pozorování. Byli osloveni dva informanti po CMP ze stejného chráněného bydlení, muž a žena. Cílem výzkumu bylo zjistit, zda byli informanti spokojeni s poskytovanou rehabilitací, s informovaností o ní. Proto byl rozhovor zaměřen na zjišťování úrovně léčebné rehabilitace, sociální integrace a informovanosti osob po CMP o možnostech využívání jednotlivých složek a metod koordinované rehabilitace.

Z výsledků výzkumu vyplývá, že míra socializace osob po CMP byla v uvedených případech nejvíce závislá na podpoře ze strany rodiny, přátel, sociálních pracovníků, personálu a uživatelů chráněného bydlení, ale také na povahových rysech, osobnosti a věku. Míra a rychlost zlepšení zdravotního stavu a postižených funkcí byla závislá na motivaci a osobnosti informantů, na jejich ochotě na sobě pracovat.

Výsledky výzkumu svědčili o dobré informovanosti, týkající se možností péče a podpory osob po CMP. Informanti hodnotili kladně přístup a znalosti sociálních a odborných pracovníků, s kterými přišli do styku. U obou informantů jsem se setkala se vstřícným přístupem k prováděnému výzkumu a se zájmem o přečtení této závěrečné 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. *Medicina po promoci* č. 1 [online]. 2007, *Medical tribune cz*. [cit. 2021-08-04]. Dostupné z: <http://www.tribune.cz/clanek/10155-ontogeneze-reci-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>

PŘÍLOHA

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]

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