

Univerzita Karlova
Pedagogická fakulta
Katedra speciální pedagogiky

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Traumatická poškození mozku – význam tréninku kognitivních funkcí pro
zlepšení kvality života po úrazech mozku

Traumatic brain injury - the importance of cognitive functions training to
improve the quality of life after a brain injury

Jaroslava Buchtová

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

Studijní program: Speciální pedagogika

Studijní obor: B SPPG (7506R002)

2022

Odevzdáním této bakalářské práce na téma Traumatická poškození mozku – význam tréninku kognitivních funkcí pro zlepšení kvality života po úrazech mozku potvrzuji, že jsem ji vypracovala pod vedením vedoucího práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále potvrzuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 3.12.2022

Poděkování

Tímto bych ráda poděkovala doc. PaedDr. Vandě Hájkové, Ph.D. za odborné vedení, cenné rady, podněty a připomínky, ochotu a čas, který mi v průběhu zpracování bakalářské práce věnovala. Dále děkuji PhDr. Alici Pulkrabkové, Ph.D. za odbornou konzultaci, všem svým respondentům a zaměstnancům sdružení CEREBRUM, bez nichž by tato práce nemohla vzniknout. V neposlední řadě děkuji také své rodině, která mi byla oporou v průběhu celého studia.

ABSTRAKT

Práce je zaměřena na kognitivní deficity u osob, které prodělaly traumatické poškození mozku. Cílem práce je zjistit, jaký vliv měla kognitivní rehabilitace na návrat do běžného života oslovených respondentů. Bakalářská práce je složena ze dvou částí – teoretické a praktické. Teoretická část je rozdělena do tří hlavních kapitol, praktické části je věnována čtvrtá kapitola. Práce v teoretické části obsahuje základní poznatky o traumatickém poškození mozku, příčiny a následky poškození a způsoby rehabilitace. Najdeme zde tři hlavní kapitoly. První kapitola se zabývá získaným poškozením mozku, vymezuje pojem traumatické poškození mozku, jeho příčiny a následky. Druhá kapitola popisuje možnosti rehabilitace osob s traumatickým poškozením mozku, zejména jednotlivé složky koordinované rehabilitace. Tématem třetí kapitoly jsou kognitivní funkce, rozdělení a popis kognitivních deficitů a kognitivní rehabilitace. Praktická část je vypracována na základě rozhovorů s respondenty a je zaměřena na kognitivní deficity a vliv tréninku kognitivních funkcí na rodinný a společenský život, zaměstnání a volnočasové aktivity. Teoretické poznatky čerpané z uvedené bibliografie jsou doplněny praktickými poznatky získanými z rozhovorů s respondenty.

KLÍČOVÁ SLOVA

traumatické poškození mozku, kognitivní funkce, rehabilitace

ABSTRACT

The work is focused on cognitive deficits on persons who have experienced traumatic brain damage. The aim of the work is to find out what effect cognitive rehabilitation has had on respondents' return to normal life. The bachelor thesis consists of two parts – theoretical and practical. The theoretical part is divided into three main chapters, the fourth chapter is devoted to the practical part. The work in the theoretical part contains basic findings about traumatic brain injuries, causes and consequences of damage and rehabilitation methods. There are three main chapters. The first chapter deals with suffered brain damages, defines the term of traumatic brain damage, its causes and consequences. The second chapter describes the rehabilitation options of persons with traumatic brain damage, especially the individual parts of coordinated rehabilitation. The topic of the third chapter is cognitive functions, classification and description of cognitive deficits and cognitive rehabilitation. The practical part has been worked out on the basis of interviews with respondents and is focused on cognitive deficits and the effect of cognitive function training on life within their family, social life, employment and leisure activities. Theoretical conclusions derived from the mentioned bibliography are completed by practical findings obtained from interviews with respondents.

KEYWORDS

traumatic brain injury, cognitive functions, rehabilitation

Obsah

Úvod	7
1 Získané poškození mozku	8
1.1 Traumatické poškození mozku – vymezení pojmu	8
1.2 Příčiny traumatického poškození mozku	11
1.3 Poruchy vědomí	12
1.4 Nervová soustava	14
1.5 Neuroplasticita mozku	14
1.6 Oblasti možných následků poškození mozku	15
1.7 Rodina osob s traumatickým poškozením mozku	17
2 Rehabilitace osob po ZPM	19
2.1 Koordinovaná rehabilitace, resp. neurorehabilitace	20
2.2 Složky koordinované rehabilitace	22
2.3 Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (MKF)	26
2.4 Rehabilitace osob s těžkým poškozením mozku v ČR	27
3 Kognitivní funkce	28
3.1 Kognitivní deficity	29
3.2 Trénink kognitivních funkcí (TKF)	32
4 Výzkum	34
4.1 Stanovení výzkumného problému	34
4.2 Cíl výzkumného šetření	35
4.3 Metoda a forma výzkumného šetření	35
4.4 Výzkumný soubor	37
4.5 Struktura dat získaných z rozhovorů	38
4.6 Rozhovory s respondenty a jejich rodinnými příslušníky	45

4.7 Shrnutí	59
Závěr.....	62
Seznam použitých informačních zdrojů	66
Seznam příloh	70

Úvod

Pro svou bakalářskou práci jsem si vybrala téma tréninku kognitivních funkcí u osob s traumatickým poškozením mozku, jeho vliv na kvalitu života pacienta samotného, ale i jeho rodiny.

Toto téma jsem si zvolila z důvodu osobní zkušenosti s péčí o blízkého člověka, který utrpěl těžké trauma mozku v době, kdy ještě kognitivní rehabilitace nebyla součástí následné rehabilitační péče. Získané postižení mozku ovlivnilo chod celé rodiny ve všech oblastech. Donedávna se rehabilitace těchto pacientů zabývala především fyzickými následky. Mnoho osob, které prodělají traumatické postižení mozku se však potýká právě s obtížemi v oblasti kognitivních funkcí. Metoda tréninku kognitivních funkcí je poměrně nová, teprve na počátku tohoto století začaly vznikat v ČR první publikace, zabývající se komplexně touto problematikou. I když se situace v průběhu posledních let zlepšila i v současné době se stále ještě mnoha pacientům a jejich rodinným příslušníkům nedostává potřebných informací, jaké možnosti péče v této oblasti existují, pro mnohé z nich jsou tyto služby nedostupné.

Cílem bakalářské práce je zjistit, jakým způsobem ovlivnil trénink kognitivních funkcí život pacienta a jeho rodiny, k jakým změnám došlo v oblasti společenských vztahů, zaměstnání a volnočasových aktivit. Práce je též zaměřena na možné emocionální problémy vzniklé následkem traumatu mozku a vliv kognitivní rehabilitace na jejich zvládnutí. Práce je složena z části teoretické a praktické. Teoretická část obsahuje tři hlavní kapitoly. První kapitola je věnována získanému poškození mozku, vymezení pojmu traumatické postižení mozku a jeho příčinám a následkům. Druhá kapitola popisuje možnosti rehabilitace osob po získaném poškození mozku. Třetí kapitola je zaměřena na kognitivní funkce, popis kognitivních deficitů a trénink kognitivních funkcí. Praktická část je zaměřena na jednotlivé kognitivní deficity a emocionální problémy respondentů a popis vlivu kognitivní rehabilitace na rodinný a společenský život, zaměstnání a volný čas z pohledu rodinného příslušníka.

1 Získané poškození mozku

Poškození mozku může mít různé příčiny. V mnoha případech se jedná o onemocnění vrozená, pokud však k poškození mozku dojde v průběhu života, hovoříme o získaném poškození mozku. Získaná poškození mozku (ZPM) se dělí na traumatická poškození mozku, která jsou způsobená působením vnější mechanické síly, zejména prudkým nárazem hlavy při úrazu, pádu, dopravních nehodách nebo úderu a netraumatická poškození mozku jako jsou cévní mozkové příhody, které dělíme na ischemické, způsobené ucpáním mozkové cévy krevní sraženinou a hemoragické, vznikající krvácením do mozku nebo mozkových plen při narušení cévních stěn. Častými příčinami ZPM jsou mozkové nádory a poškození vzniklá při jejich operativním odstranění, onemocnění způsobená infekcemi nebo záněty, působením toxických látek či metabolickým poškozením. Velmi častým jevem u ZPM je nedostatečné zásobení mozku kyslíkem, kdy hovoříme o hypoxii či anoxii. Další skupinou v oblasti získaných poškození mozku jsou degenerativní onemocnění jako např. Alzheimerova choroba (Janečková, 2009; Maršálek a kol. 2011).

Traumatické postižení mozku je v literatuře často zmiňováno pod zkratkou TBI z anglického Traumatic brain injury.

Pacienti s traumatickým postižením mozku se potýkají s různými následky v souvislosti s tím, která mozková centra a v jakém rozsahu byla úrazem poškozena. Obecně se dá usuzovat, že čím závažnější je poranění mozku, tím náročnější a dlouhodobější bude rehabilitace. Postižení ovlivňuje veškeré oblasti běžného lidského života (Maršálek a kol., 2011). Rehabilitace by měla být multidisciplinární, zaměřená na všechny zasažené oblasti, její program by měl být postaven postiženému jedinci na míru. Důležitá je včasnost, pravidelnost, individuální a citlivý přístup.

1.1 Traumatické poškození mozku – vymezení pojmu

U traumatického poranění mozku dochází k poškození nebo narušení mozkové tkáně působením vnějších mechanických sil (otřes, náraz, tlak), narušení od dalších poškození mozku způsobených vnitřními procesy jako jsou cévní mozkové příhody, nádorová nebo virová onemocnění (Powel, 2010). Z fyzikálního hlediska rozlišujeme translační úrazy,

kdy k poranění mozku dochází při nárazu hlavy na překážku, přičemž dochází k předání kinetické energie a akcelerační úrazy, při nichž nedochází k přímému kontaktu s jiným předmětem. Akcelerační úrazy se dále dělí na lineární a rotační (Ambler, 2011).

Následky traumat mozku bývají různé z hlediska závažnosti postižení a jeho rozsahu. Často mívají i trvalý charakter. U 3–4 % pacientů způsobuje poranění mozku epilepsii. U závažnějších případů traumatického poškození mozku rozlišujeme poškození primární a sekundární (Vágnerová, 2014).

Primární poškození – přímé poškození tkáně mozku nebo krvácení do mozku způsobené narušením cévního systému následkem úrazu hlavy.

Podle anatomických kritérií rozlišujeme:

otevřené poranění – méně časté, nastává, pokud dojde k proražení lebeční kosti a k roztržení či narušení měkké mozkové tkáně. Tato poranění dále dělíme na přímo otevřená, při kterých dochází k přímému kontaktu vnějšího okolí s intrakraniálním prostorem. Jistým znakem je proniknutí mozkové tkáně nebo likvoru v místě poranění. Nepřímo otevřené trauma se vyskytuje v oblasti nosních nebo skalních kostí, kdy ke spojení intrakraniálního prostoru dochází právě přes dutiny těchto kostí.

uzavřené poranění – ve většině případů, nastává v důsledku prudkého pohybu, nárazu nebo tlaku na lebku. Nedochází při něm ke spojení vnitřních prostorů lebky s vnějším okolím (Lippertová-Grünerová, 2009; Powel, 2010).

Dělení podle lokalizace patologicko anatomických změn:

fokální trauma mozku – ohraničené poškození mozkové tkáně, často lze řešit operační intervencí

difúzní trauma mozku – poškození, která zasahují mozkovou tkáň jako celek, nelze je řešit žádnou formou operační terapie (Lippertová, Grünerová, 2009).

Podle závažnosti poranění dále rozlišujeme:

Otřes mozku (komoce) – lehčí, většinou krátkodobé funkční postižení mozku. Nemívá trvalejší následky. Bezprostředně po úrazu může nastat porucha vědomí, případně dočasná amnézie. Někdy se objevuje tzv. postkomoční syndrom projevující se různými,

většinou subjektivními příznaky jako zvýšená únava, poruchy spánku, bolesti hlavy, emoční výkyvy, snížená koncentrace pozornosti a paměti.

Zhmoždění mozku (kontuze) – jedná se o ložiskové poškození nebo porušení mozkové tkáně různé závažnosti, kdy dochází ke krvácení do mozku a k otoku mozku. Provázeno je mnohem hlubší a delší poruchou vědomí s amnézií rozličného rozsahu. Mozek bývá poškozen buď v místě nárazu na lebeční kost nebo i na opačné straně, kdy je zranění způsobeno protinárazem. Nejčastěji dochází k poranění čelních a spánkových laloků. Pokud je náraz způsoben větší silou může dojít ke zlomeninám lebečních kostí, které následně poškodí mozkovou tkáň. Následky zranění bývají závažnější a většinou dlouhodobé (Vágnerová, 2014).

Roztržení mozku (lacerace) – jde o velmi závažné poškození mozku provázené ztrátou vědomí různé délky trvání, s nepříznivou prognózou. Následky poranění jsou ve většině případů trvalé.

Pokud v důsledku poranění mozku dojde k narušení nervových vláken – axonů v šedé a bílé mozkové hmotě a tím ke zpomalení nebo úplnému zastavení přenosu informací, hovoříme o *difúzním axonálním poranění*. Následkem bývá okamžité, dlouhotrvající bezvědomí (Ambler, 2011; Nevšimalová, Tichý, Růžička, 2002).

Anoxické poškození mozku je způsobeno přerušением nebo nedostatečným zásobením mozku kyslíkem. Ačkoliv mozek zaujímá pouhých 2 % celkové tělesné hmotnosti, spotřeba kyslíku přenášeného krví činí 20 %. I při krátkém zastavení průtoku krve může dojít k nedostatečnému vyživování mozkových buněk a tím k jejich odumírání (Powel, 2010).

Sekundární poškození – rozvíjí se až po úrazu, následkem krvácení do mozku, hypoxie, krevní sraženiny, otoku mozku nebo vniknutí infekcí do mozku a jiných příčin.

Při otoku mozku se zvyšuje nitrolebeční tlak, mozek bývá stlačen a tím může nastat jeho celkové poškození. Podobně na mozek působí i nitrolební hematomy.

Epidurální hematom je krevní výron mezi lebkou a tvrdou mozkovou plenou. Pokud krevní výron nastane mezi tvrdou mozkovou plenou a pavučnicí, hovoříme o *hematomu subdurálním*. Při *subarachnoidálním krvácení* se krev dostává do prostoru mezi pavučnicí a omozečnicí.

Projevy sekundárních poranění jsou poruchy vědomí, bolesti hlavy, nauzea a zvracení, světloplachost, zmatenost, dezorientace aj. Jejich rozsah a intenzita je různá v souvislosti se závažností traumatu (Ambler, 2011; Nevšimalová, Tichý, Růžička, 2002).

1.2 Příčiny traumatického poškození mozku

V posledních dvaceti letech byl zaznamenán zvýšený počet osob s traumatickým poraněním mozku. Důvodem tohoto nárůstu je bezpochyby hektický způsob života, touha po rychlosti, obliba adrenalinových sportů, růst dopravní infrastruktury a s tím související počet dopravních prostředků, rozvoj cestování ať již do zaměstnání, za rekreací nebo služebních cest. Naproti tomu dochází k obrovským pokrokům v medicíně, kdy lze za použití kvalitních technologií včas a přesně diagnostikovat k jak rozsáhlému poranění mozku došlo a zahájit patřičnou léčbu. Zatímco ještě ve druhé polovině 20. století 90 % osob s těžkým poraněním mozku svému zranění podlehl, v dnešní době mnohem více lidí úraz přežije, ale bohužel se mnoho z nich potýká s trvalými následky. Problém je umocněn skutečností, že velké procento pacientů, kteří trauma mozku přežijí, tvoří dospívající a mladí lidé. Pohospitalizační péče ale není na dostačující úrovni a většině lidí po poranění mozku se po odeznění akutního stavu nedostává potřebné péče (Powel, 2010). Následky traumatického poškození mozku jsou jednou z nejčastějších příčin invalidity, zejména zmiňované těžké poranění mozku má zvláštní sociálně-ekonomický dopad (Lippertová-Grünerová, 2009).

K traumatu mozku nejčastěji dochází z těchto příčin:

- při dopravních nehodách
- při nehodách v domácím prostředí a při pracovních úrazech
- při sportu a rekreaci
- jako následek fyzického napadení,

přičemž autoři ve svých publikacích uvádějí různou četnost. K těžkému poškození mozku dochází nejčastěji při dopravních nehodách. Poškozenými jsou nejen řidiči automobilů a motocyklů, ale také spolujezdcí, chodci, cyklisté, nebo účastníci nehod na dráze. Rizikovou skupinou jsou lidé ve věku 15-30 let a dále senioři nad 65 let, u nichž je častou příčinou pád. U mužů je 2 - 3x větší pravděpodobnost poranění mozku než u žen, což

souvisí s rozdílným životním stylem obou pohlaví (Lippertová-Grünerová, 2009; Powell, 2010; Kulišťák 2011).

I přes všechny pokroky v klinické i předklinické terapii je mortalita osob s těžkým traumatem mozku nadále velmi vysoká. Uvádí se kolem 20-30 %, přičemž dalších 21 % z této skupiny pacientů zůstává ve vegetativním stavu nebo má doživotně těžký neurologický deficit (Lippertová – Grünerová, 2009).

Dle informací uvedených na stránkách Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR, bylo v roce 2018 hospitalizováno v českých nemocnicích 27,6 tisíc pacientů s nitrolebním poraněním (ÚZIS, 2018).

1.3 Poruchy vědomí

Nejčastějším okamžitým následkem po úrazu hlavy je bezvědomí, jehož trvání se pohybuje v řádech několika sekund až několika týdnů, či měsíců. Za zásadní faktor pro obnovu stavu plného vědomí je považována funkce mozkového kmene. V souvislosti s lidským vědomím rozlišujeme pojmy *vigilita* (bdělost) a *lucidita* (jasnost vědomí). Zatímco bdělost je charakterizována jako stav, kdy je CNS člověka schopna adekvátně reagovat na vnější podněty a změny, lucidita předpokládá kromě stavu bdělosti také schopnost správně chápat, vnímat a uvědomovat si poznatky z okolí a umět je správně interpretovat. Poruchy vigility jsou označovány jako poruchy kvantitativní, poruchy lucidity jako kvalitativní (Ambler, 2011; Powel, 2010).

Kvantitativní poruchy:

Somnolence – nejméně závažná porucha, pacient reaguje otevřením očí při doteku nebo oslovení, komunikuje

Sopor – středně těžká porucha, reakce pacienta je omezená, reaguje na bolest, nekomunikuje

Kóma – nejzávažnější stupeň – pacient nereaguje na žádné podněty ani na bolest (Vágnerová, 2014).

Pro přesnější určení stupně poruchy vědomí se nyní využívá Glasgowská stupnice hloubky bezvědomí – Galsgow Coma Scale (GCS), která je mezinárodně nejrozšířenější škálou využívanou k posouzení stavu vědomí a je založena na pozorování tří schopností pacienta – otevření očí, samostatný pohyb a mluvení. Test trvá 1-2 minuty, za každou

kategorii je pacient ohodnocen body od 5 do 1. Maximum je 15 bodů a znamená plné vědomí, minimální počet 3 bodů značí kóma (Lippertová – Grünerová, 2009; Powell, 2010).

Kvalitativní poruchy:

Posttraumatická amnézie PTA – termín, který označuje časový úsek mezi úrazem a dobou, kdy je pacient schopen vnímat a uvědomovat si pojmy jako je čas, datum, místo. Měření délky PTA je závislé na tom, kdy se jedinci vrátí paměť natolik, aby si vybavil první jasně vzpomínky. Podle tohoto údaje určujeme závažnost poranění mozku.

- Lehké poranění mozku – PTA trvá méně než jednu hodinu, přičemž ztráta vědomí kratší než 15 min nebo nenastane vůbec.
- Středně těžké poranění mozku – PTA trvá déle než jednu hodinu a méně než 24 hodin, ztráta vědomí 15 min až 6 hodin.
- Těžké poranění mozku – PTA trvá 24 hodin a více, ztráta vědomí 6 a více hodin.

V praxi tedy platí, že čím déle trvá PTA a čím nižší je skóre GCS tím závažnější je poranění a zároveň tím menší je předpoklad úplného uzdravení pacienta (Powel, 2010).

Zhruba 85 % lidí po poranění mozku utrpí lehké poranění, většina z nich se během tří až šesti měsíců zcela uzdraví, středně těžké poranění je diagnostikováno u cca 10 % osob a 5 % osob utrpí těžké poranění mozku. Tito pacienti se potýkají s dlouhodobými, často trvalými následky, které ovlivňují všechny oblasti jejich života a života celé rodiny (Janečková, 2009).

Perzistentní vegetativní stav – při velmi vážném poškození mozku může nastat situace, kdy pacient setrvává v kómatu několik měsíců i let. Ačkoli je dýchání možné bez pomoci přístrojů, cyklus bdění a spánku není narušen, pacient nekomunikuje, nereaguje na vnější podněty, nechápe pokyny. Hodnota GCS je 9 a nižší. Pokud tento stav i přes využití různých rehabilitačních technik trvá déle než tři roky, označujeme ho termínem Přetrvávající vegetativní stav PVS (Powel, 2010, Lippertová- Grünerová, 2009).

Stav minimálního vědomí – na rozdíl od vegetativního stavu je pacient schopen pohybovat končetinami, vykazuje známky vědomí, usíná, probouzí se, reaguje na podněty. Narušena

je ale činnost vyšších mozkových center, která neumožňují smysluplné volní reakce, a tudíž nelze posoudit, zda si nemocný uvědomuje dění kolem sebe (Janečková, 2009).

Lock-in syndrom – ojedinělý stav, způsobený lézí mozkového kmene, kdy je pacient plně při vědomí, myšlení i paměť jsou zachovány, ale kvůli zcela ochrnutým svalům se nemocný nemůže pohybovat ani mluvit. Komunikace je možná pouze pomocí svalů ovládajících pohyb očí (Janečková, 2009).

1.4 Nervová soustava

Nervový systém se skládá s centrální, periferní a autonomní (vegetativní) složky. Základní jednotkou je nervová buňka. Předpokládá se, že v lidském těle se nachází okolo jednoho sta miliard nervových buněk, přičemž spojení mezi nimi je mnohonásobně více. Nervová buňka – neuron – je tvořena tělem, mnoha výběžky, které vedou dostředivé vzruchy – dendrity a neuritem neboli axonem, který vede vzruchy odstředivé. K propojení nervu s další nervovou nebo jinou buňkou dochází v místě synaptického zakončení, kde dochází jak k přijetí, tak i předání nervového podráždění prostřednictvím neurotransmiterů chemickou reakcí. Působení neurotransmiterů (mediátorů) na receptory dendritů způsobí elektrický impulz, který je dostředivou silou přenášen do těla neuronu a odtud odstředivou silou axonem na synapsi, kde následně dojde k vylíčení mediátoru ze synaptických váček do synaptické štěrbiny a dojde k chemickému impulzu, který vyvolá vzruch na membráně nervové nebo svalové buňky (Kulišťák, 2011).

1.5 Neuroplasticita mozku

První hypotézy o možnosti nahrazení funkcí poškozených nebo zcela zničených oblastí mozku jinými oblastmi mozkové kůry vznikly již ve druhé polovině 19. století. Tato teorie byla vědecky zkoumána, potvrzována, ale měla i mnoho odpůrců, kteří ji zpochybňovali a výsledky experimentů vyvraceli. Ještě na počátku 20. století byla prosazována hypotéza, že struktura neuronálních oblastí je daná a nezměnitelná, možnost regenerace při poškození mozku není možná. Změna nastala v době světových válek, kdy u mnoha vojáků s těžkým poraněním mozku došlo díky následné terapeutické péči k výraznému zlepšení jejich stavu. V souvislosti s těmito poznatky se změnil přístup k následkům

traumat mozku a tato skutečnost měla zásadní vliv na vznik moderní neurorehabilitace. (Lippertová-Grünerová, 2009)

Powel (2010) uvádí, že průzkumy ukazují schopnost mozku se po zranění sám opravit a to tím, že dojde k přeorganizování jeho funkcí. Činnost poškozených oblastí převezmou jiné části mozku, které dosud nebyly pro tyto funkce využívány. Vznikají nové nervové dráhy, nové komunikační kanály. Nervové buňky, které nejsou zcela zničeny jsou schopny regenerace, vytvářejí nové axony a dendrity a obnovují svoji činnost. Powel (2010) přirovnává plasticitu mozku k složitému dopravnímu systému a úraz mozku k zemětřesení. Bezprostředně po zemětřesení nastane kolaps, doprava se zastaví. Časem se ale začne situace řešit, vznikají objízdné trasy, využívají se menší, dříve nevyužívané uličky, stávající cesty se začnou odklízet a znovu využívat. Trvá to dlouho, ale nakonec se nové cesty k danému místu vytvoří. Stejně tak rehabilitace spočívá ve vytváření nových nervových drah, obnovování těch stávajících, poškozených a hledání způsobu najít cestu zpět, přiblížit se co nejvíce životu před úrazem.

1.6 Oblasti možných následků poškození mozku

Maršálek a kol. (2011) uvádí ve své publikaci několik oblastí, které poranění mozku postihuje:

Fyzické následky mohou mít fatální dopad. Často vedou k úmrtí – poranění mozku je nejčastější příčinou úmrtí lidí do 45 let (převážně mužů). Mezi fyzické následky patří poruchy hybnosti (parézy, plegie), koordinace pohybu, spasticita, závratě, únava, vyčerpanost, bolesti hlavy, poruchy spánku, inkontinence, poruchy rovnováhy, poruchy polykání, epilepsie atd.

Poruchy smyslového vnímání – poraněním mozku často dochází k chybnému přenosu informací získaných smyslovými orgány do center mozku, které tyto informace zpracovávají, z důvodu narušení nervových drah. Může být postiženo několik smyslů. V oblasti zrakového vnímání se jedná o neschopnost rozlišit a identifikovat obličeje a předměty, poruchy vízu, zorného pole, dvojité vidění, v nejtěžších případech i slepota. Problémy mohou nastat ve vnímání prostoru, odhadu vzdálenosti, při narušení center sluchu pacient není schopen identifikovat sluchové vjemy, při závažných poraněních

nastává až hluchota. Objevují se i potíže související s hmatovým vnímáním, ztrátou chuti a čichu.

Poruchy kognitivních a fatických funkcí – týkají se zejména snížené schopnosti vnímání, učení se, myšlení. Velmi často se setkáváme u osob s traumatickým poškozením mozku s poruchami pozornosti, paměti, orientace v prostoru, exekutivních funkcí, rychlosti zpracování informací, užívání řeči (Maršálek a kol., 2011). Jednotlivé kognitivní funkce jsou umístěny v různých částech mozku a mohou být narušeny v různé míře dle rozsahu a lokalizace léze (Lippertová-Grünerová, 2009).

Emocionální problémy a poruchy chování – poranění mozku často způsobuje problémy v oblasti emočního prožívání, problémové a nevhodné chování, změny osobnosti. Nemocní prožívají stavy úzkosti, deprese, frustrace, nervozitu, neklid, které vedou k agresivitě, vznětlivosti, impulzivitě nebo naopak ke ztrátě motivace, apatii a dalším jiným stavům. Mohou pociťovat a domnívat se, že jsou někým jiným než před úrazem, život se jim zásadně změnil, musí se smířit s tím, že život už nebude takový, jaký byl dříve (Maršálek a kol., 2011). Powel (2010) zmiňuje jako další emocionální potíže, nedostatek náhledu a sníženou schopnost sebehodnocení, sebestřednost, ztrátu zábran, emoční oploštělost, násilí vůči rodině a sexuální problémy. Emocionální problémy a změny chování jsou mnohem obtížnější akceptovatelné než ostatní následky traumatu mozku. Zde se velmi významnou stává role rodiny a nejbližších osob. Stejně, jako se pacient musí znovu učit činnostem, které následkem poškození mozku není schopen běžně vykonávat, musí se i rodina učit, jak k nemocnému přistupovat, jak ho podporovat a pomáhat mu začlenit se zpět do běžného života.

Společenské problémy – nastávají zejména v rodinném životě, mezi přáteli, v oblasti zaměstnání a možnosti návratu ke svým zálibám a koníčkům. Nejtěžší pro samotného pacienta, ale i pro jeho rodinu a okolí je přijmout fakt, že život nebude už takový, jako dřív, většina schopností a aktivit už nebude na stejné úrovni. Je nutné si uvědomit možnosti pacienta a dle nich stanovovat nové možnosti seberealizace a nové, přiměřeně vysoké cíle. Změnou procházejí kromě vztahů rodinných také vztahy přátelské a pracovní (Lišková, 2014). V České republice neexistuje statistika nezaměstnanosti osob se ZPM, zahraniční zdroje uvádějí u osob s těžkým poškozením mozku 60-90% nezaměstnanost.

(Maršálek a kol.,2011). Švestková et al. (2017) uvádí, že pouze třetina pacientů s těžkým poškozením mozku je schopna návratu do běžného života ve stejné kvalitě jako před úrazem, další třetina se navrácí do zaměstnání a společnosti s pomocí kompenzačních pomůcek a různých typů podpory, poslední třetina je odkázána na dlouhodobou péči rodinných příslušníků nebo péči v ústavních zařízeních.

Z výše uvedených skutečností vyplývá, že následkem traumatického poškození mozku se ze zdravého člověka, žijícího běžný život, studujícího, případně pracujícího, fungujícího v rodině, samostatného, stává člověk často s kombinovaným postižením, s potřebou dlouhodobé rehabilitace v mnoha oblastech, závislý na pomoci druhých, někdy i s trvalými, celoživotními následky.

Slowík (2016) charakterizuje Speciální pedagogiku jako disciplínu orientovanou na výchovu, vzdělávání a celkový osobnostní rozvoj znevýhodněného člověka s cílem dosáhnout co možná nejvyšší míry jeho sociální integrace, a to včetně pracovních a společenských možností a uplatnění. Dle nejmodernějších trendů se speciální pedagogika kromě dětí v období školní docházky zaměřuje i na osoby dospělé a seniory.

V případě osob s traumatickým poraněním mozku se jedná o jedince všech věkových kategorií, u kterých je smyslem komplexní rehabilitace přiblížit se co nejvíce ke stylu života před úrazem, pokud je to vzhledem k závažnosti a rozsahu poranění možné, v opačném případě zajistit jedinci co nejlepší podmínky pro opětovné začlenění do běžného života, rodiny a společnosti, zmírnit fyzické, psychické a sociální dopady poškození mozku na osobnost člověka a pomoci mu vybudovat co nejvyšší míru nezávislosti a tím dosáhnout maximální možné kvality jeho života.

1.7 Rodina osob s traumatickým poškozením mozku

Traumatické poškození mozku postihuje nejen jednotlivce, ale problémy s tím spojené ovlivňují celou rodinu. K traumatu dochází náhle, neočekávaně. Nikdo není na nově nastalou situaci připraven, ze dne na den se mění zaběhnutý systém rodinného života. Členové rodiny řeší kromě běžných každodenních problémů mnoho dalších neočekávaných a nepředvídatelných. Rodinní příslušníci potřebují podporu, radu, dostatek informací, aby se mohli zorientovat, pochopit jaké následky mohou očekávat,

jak se s nimi vyrovnat a následně svůj život přizpůsobit nově vzniklým okolnostem (Janečková,2009).

Fáze emočních reakcí rodiny

Přijetí skutečnosti, že blízký člověk už nikdy nebude stejný jako dřív, je pro členy rodiny velmi náročný, citlivý a dlouhodobý proces. Každý má jiné schopnosti se k tomuto problému postavit a vstřebat ho se všemi jeho následky. Powell (2010) popisuje pravděpodobné reakce, kterými rodiny prochází bezprostředně po úrazu a během procesu uzdravování.

První fáze nastává bezprostředně po úrazu a trvá do doby, než se stav pacienta stabilizuje. Rodina zažívá šok, doufá, že jde o omyl, že se to přece nemohlo stát, nejdůležitějším přáním je, aby pacient přežil.

Druhá fáze je spojena s návratem vědomí. Dochází k úlevě, radosti, pocitu, že vše bude zase dobré. Rodina si nepřipouští žádné budoucí problémy, zaznamenává každé i sebemenší zlepšení stavu a věří, že se vše vrátí do starých kolejí.

Třetí fáze probíhá v době rehabilitace, kdy zpočátku může situace ještě vypadat slibně, postupem času, kdy nedochází k očekávanému zlepšení, může přijít období hněvu, úzkosti, deprese, pocitů viny, jejichž terčem se může stát ošetřující personál.

Čtvrtá fáze nastává po ukončení rehabilitace, kdy si rodina již uvědomuje, že následky zranění budou přetrvávat a že již řádnou výraznou změnu nemohou očekávat. Reakcí na tuto skutečnost bývá vztek, deprese, smutek.

Pátá fáze je projevem smíření se skutečností, přijetí životní změny.

Jednotlivé fáze mohou mít různý průběh, různou délku trvání, někdy nemusí některé fáze vůbec nastat.

Sami rodinní příslušníci často zažívají úzkost a deprese. Partneři a manželé často při péči o své protějšky zaznamenávají protichůdné pocity, kdy na jedné straně chtějí pomáhat milované osobě, ale na druhé straně se jim nedostává lásky, prožívají pocity beznaděje, smutku, někdy i vztek. Jsou vyčerpaní, nemají čas pro sebe. Stejně tak i děti se musejí smířit s tím, že na prvním místě je nemocný rodič, nemají dostatek pozornosti, mívají emoční problémy, potíže s chováním nebo zhoršení prospěchu (Lišková, 2014).

2 Rehabilitace osob po ZPM

Rehabilitace je dle Švestkové (2017) „*obnova nezávislého a plnohodnotného tělesného a duševního života osob po úrazu, nemoci, nebo zmírnění trvalých následků nemoci nebo úrazu pro život a práci (aktivity) člověka. Nezbytné je však také zajistit důstojný život i člověka s těžkou a velmi těžkou disabilitou.*“

Dle WHO (2006) je rehabilitace soubor opatření, směřujících k co nejrychlejší resocializaci jedince s postižením zdravím nemocí, úrazem, vrozenou vadou. Resocializací je návrat do aktivního společenského života, do zaměstnání (Čeledová a Holčík, 2017).

Právo na habilitaci a rehabilitaci osob se zdravotním postižením je zakotveno v Úmluvě o právech osob se zdravotním postižením, konkrétně je mu věnován článek 26, který poukazuje na povinnost států, které jsou smluvní stranou Úmluvy „*přijmout účinná a vhodná opatření, mimo jiné prostřednictvím vzájemné podpory osob v rovnocenné situaci, aby umožnily osobám se zdravotním postižením dosáhnout a udržet si co nejvyšší úroveň samostatnosti, uplatnit v plné míře tělesné, duševní, sociální a profesní schopnosti a dosáhnout plného začlenění a zapojení do všech aspektů života společnosti.*“ Úkolem těchto států je zajištění komplexních habilitačních a rehabilitačních služeb a programů, zejména v oblasti zdravotní péče, zaměstnanosti, vzdělávání a sociálních služeb. Zmíněna je mj. nutnost včasného zahájení, multidisciplinárního posouzení, individuálního přístupu, ale také dostupnost těchto služeb pro OZP, podpora vzdělávání pracovníků těchto služeb, dostupnost, znalost a využívání kompenzačních pomůcek a technologií, které habilitaci a rehabilitaci OZP usnadňují (Úmluva OSN).

V souvislosti s Úmluvou OSN se zabývá rehabilitací osob se zdravotním postižením také Národní plán rovných příležitostí pro rok 2021-2025, ve kterém se uvádí že „*K zajištění maximální efektivity rehabilitace je nezbytné, aby celý proces probíhal uceleně, tedy aby na sebe navazovaly jednotlivé složky rehabilitace (léčebné, sociální, pedagogické a pracovní).*“

Poukazuje na potřebu komplexní rehabilitační péče, která je důležitá nejen pro osobu samotnou, ale i pro společnost, jelikož se člověk pravidelným nácvikem dovedností stává soběstačným, méně závislým na okolí a ve většině případů je schopen se zapojit do pracovního procesu. Tím je zajištěna jeho plná nebo alespoň částečná ekonomická

nezávislost, na jejímž základě často dochází ke zvýšení sebevědomí (Vláda, Národní plán).

Rehabilitace osob po získaném poškození mozku je jednou z nejnáročnějších a nejsložitějších procedur, kde je důležitá zejména koordinace činnosti multidisciplinárního zdravotnického týmu, neméně důležitý je ale i souhrn následných zdravotně – sociálních služeb (Maršálek a kol., 2010).

2.1 Koordinovaná rehabilitace, resp. neurorehabilitace

Švestková (2013) uvádí, že *„Koordinovaná rehabilitace je souvislá a komplexní činnost uskutečňovaná prostřednictvím rehabilitačních prostředků, jejichž základním úkolem je co nejvíce zmírňovat přímé i nepřímé důsledky dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu, které významným způsobem omezují nebo zcela znemožňují sociální začlenění osob s disabilitou (zdravotním postižením). Koordinovaná rehabilitace je proces, jehož cílem je umožnit osobám s disabilitou dosáhnout nebo udržet si optimální fyzickou, smyslovou, intelektovou, psychickou a sociální úroveň funkcí a poskytnout jim prostředky a podporu pro dosažení vyšší nezávislosti.“*

Neurorehabilitace je rehabilitace pacientů po poškození centrální nervové soustavy. Jedná se o interprofesionální individuálně zaměřenou rehabilitaci pacientů s neurologickým onemocněním (Švestková, 2013).

Problematika koordinované rehabilitace patří již mnoho let v ČR ke stále se opakujícím a dosud nevyřešeným otázkám. Návrh koordinované rehabilitace vychází právě z Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením k naplňování jednotlivých článků této Úmluvy. Cílem právní úpravy je pomoci osobám se zdravotním postižením zajistit dostupnosti komplexní zdravotně sociální služby a vzdělávání, které by pomohly v integraci osob se zdravotním postižením na pracovní trh (MPSV, Základní východiska 2012). K přijetí zákona o ucelené rehabilitaci v České republice, i přes veškerou snahu zainteresovaných odborníků, však dosud nedošlo.

Zásady koordinované rehabilitace:

Většina neurologických onemocnění zanechává dle Lippertové – Grünerové (2009) dlouhodobé nebo trvalé následky různého rozsahu. S tím je spojena i kvalita života těchto

pacientů, která je, po ukončení intenzivní lékařské péče, závislá především na včasném zahájení neurorehabilitace, která je součástí rehabilitačního procesu od akutní fáze hospitalizace, přes lůžkovou a ambulantní rehabilitaci až k návratu do běžného života. Cílem rehabilitace je dosažení co nejlepší kvality života a soběstačnosti, znovuzaražení do společnosti v rodinné, sociální případně pracovní nebo vzdělávací oblasti.

Při zajišťování a provádění koordinované rehabilitace je třeba dodržovat následující principy:

Včasnost a dlouhodobost – je základním předpokladem pro úspěšnou rehabilitaci, vede k aktivizaci a motivaci pacientů. Důležité je zahájení rehabilitačních procesů v optimální době, často již během akutní fáze hospitalizace. Rehabilitace přitom může trvat několik týdnů, měsíců u některých pacientů i celý život (Švestková, 2013; Lippertová – Grünerová, 2009).

Komplexnost (celistvost) – je založena na nastavení metod a postupu rehabilitace s ohledem na veškeré dostupné informace. Podkladem pro terapii již není diagnóza, ale vychází se z přesné analýzy funkčních deficitů a schopností osoby s poškozením mozku a jejich vlivu na jeho osobnost a sociální zázemí (Švestková, 2013; Lippertová – Grünerová, 2009).

Návaznost a koordinovanost – je zajištěna tak, aby na sebe jednotlivé složky navazovaly dle dosaženého pokroku a bez zbytečného prodlení a závisí na předem připraveném plánu dle potřeb pacienta. Rehabilitace je vedena tak, aby bylo dosaženo co nejlepších výsledků ve všech jejích oblastech, a to v rehabilitaci ve zdravotnictví, v oblasti sociální, v pedagogicko-výchovné i pracovní a aby byla co nejefektivnější (Švestková, 2013).

Multidisciplinární posouzení (Součinnost) – spolupráce všech osob a institucí, podílejících se na rehabilitaci pacienta, včetně jeho samotného.

Individuální přístup – plán rehabilitace je vždy přizpůsoben konkrétním potřebám jedince

Dostupnost – je nezbytné zajistit zprostředkování a poskytování rehabilitačních služeb tak, aby byly pro osobu se zdravotním postižením dostupné (Švestková, 2013).

Dlouhodobý úspěch rehabilitace závisí dle Lippertové – Grünerové (2009) také na přijetí osob se zdravotním postižením většinovou společností, docílením zabránění sociální izolace a dosažení opětovného zařazení do společnosti.

2.2 Složky koordinované rehabilitace

Jesenský (1995) používá pro koordinovanou rehabilitaci převzatý pojem komprehenzivní rehabilitace a dělí ji dle zaměření na čtyři hlavní složky a to léčebnou, pracovní, sociální a pedagogickou. Jankovský (2006) používá pro stejný účel pojem ucelená rehabilitace. Kolář (2021) upozorňuje na skutečnost, že dělení rehabilitace na jednotlivé složky je užíváno pouze pro didaktické účely, jelikož v praxi jde vždy o „*kombinované, vzájemně provázané a koordinované využívání všech forem dle potřeby.*“

Smyslem veškerých rehabilitačních prostředků je zajištění kvalitního života a začlenění osob s disabilitou v co nejvyšší míře do společnosti, což souvisí se snahou o dosažení maximální možné míry soběstačnosti (Lippertová-Grünerová, 2009). Na zajištění komplexní rehabilitace se podílí mnoho odborníků – lékaři, fyzioterapeuti, ergoterapeuti, psychologové, logopedi, speciální pedagogové, sociální pracovníci a další osoby včetně rodinných příslušníků. Základním předpokladem pro úspěšný průběh rehabilitace je spolupráce pacienta, kterého je třeba motivovat a aktivizovat (Švestková, 2013).

Léčebná rehabilitace

Léčebná rehabilitace je nedílnou součástí zdravotní péče. Jedná se o soubor rehabilitačních, diagnostických, terapeutických a organizačních opatření, která směřují k maximální funkční zdatnosti jedince po vytvoření podmínek pro její dosažení. Léčebná rehabilitace je zajišťována formou nemocniční lůžkové péče, ambulantní péče (včetně stacionární) a péče v odborných léčebných ústavech, která zahrnuje i péči lázeňskou. Zahájení léčebné rehabilitace by mělo být iniciováno již v průběhu poskytování akutní lůžkové péče, a to na všech odděleních včetně ARO (Kolář, 2021).

Součástí rehabilitačního procesu je tým lékařů a odborných pracovníků, který je složen z lékařů, fyzioterapeutů, ergoterapeutů, klinického psychologa a sociálního pracovníka. Nedílným členem tohoto týmu může být i speciální pedagog, jehož úkolem je podílet se na poradenství při dalším vzdělávání pacienta, participovat na rehabilitaci kognitivních funkcí, v případě patřičného vzdělání i na logopedické péči (Votava, 2003).

Všichni členové rehabilitačního týmu se vzájemně informují o průběhu léčby a jejich výsledcích a na základě těchto poznatků vedoucí lékař vytváří rehabilitační plán, který se

upravuje podle potřeby pacienta. Krátkodobý rehabilitační plán je zaměřen na konkrétní aktuální léčebně – rehabilitační procesy, dle zdravotního stavu pacienta, je časově omezen, většinou se nejedná o dobu delší než 3 měsíce, případně na dobu rehabilitace poskytovanou v jednom zařízení. Dlouhodobý rehabilitační plán obsahuje následné medicínské postupy směřující k dalším krokům ucelené rehabilitace, je vyhotoven na základě objektivního testování a všech dostupných podkladů, které má rehabilitační tým k dispozici a na jejichž základě je stanovena dlouhodobá prognóza (Kolář, 2021).

Léčebná rehabilitace je považována za součást zdravotní péče hrazené z prostředků veřejného zdravotního pojištění a podmínky jejího poskytování jsou zakotveny v právních předpisech vydaných v působnosti Ministerstva zdravotnictví.

Pedagogická rehabilitace

Votava (2003) uvádí, že „*pedagogická rehabilitace je určena osobám, kterým jejich zdravotní postižení neumožňuje dosáhnout odpovídající úrovně vzdělání běžnými pedagogickými prostředky*“. Pedagogická rehabilitace je nedílnou součástí ucelené rehabilitace a jejím cílem je u osob se zdravotním postižením dosáhnout maximálního stupně vzdělání a kvalifikace s ohledem na jejich individuální potřeby a možnosti a tím zajistit co možná nejvyšší míru samostatnosti a s ní spojené aktivní zapojení do všech běžných součástí společenského života. Získání určité úrovně vzdělání se netýká pouze dětí ve školním věku, ale i dospělých, kterým doplnění potřebného vzdělání nebo rekvalifikace dává možnost nalézt uplatnění v pracovním procesu což zvyšuje míru jejich ekonomické nezávislosti. Pedagogická složka rehabilitace je personálně pokryta především činnostmi speciálních pedagogů, kteří působí ve školách jako pedagogové v rámci výchovné a vzdělávací činnosti, ale také poskytují poradenství prostřednictvím školských poradenských zařízení – speciálně pedagogických center a pedagogicko-psychologických poraden. Dalšími pracovníky, kteří se podílejí na pedagogické rehabilitaci jsou ostatní pedagogové, vychovatelé, asistenti pedagoga, osobní asistenti a v neposlední řadě také rodiče.

Právní předpisy, které upravují vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami jsou zejména zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), ve znění p.p., zákon

č. 563/2004 Sb. o pedagogických pracovnících a o změně některých zákonů, vyhláška MŠMT č. 606/2020 Sb., kterou se mění vyhláška č. 27/2016 Sb., o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných, ve znění pozdějších předpisů, vyhláška MŠMT č. 72/2005 Sb. o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních a další zákony a vyhlášky, které legislativně zaštiťují vzdělávání a podporu osob se zdravotním postižením ve všech typech vzdělávacích zařízení.

Nilius (2019) nicméně uvádí, že u dětí s traumatickým poškozením mozku nebývá často jasně vymezeno, pod která poradenská zařízení patří z důvodu většího množství obtíží počínaje získanými poruchami učení, poruchami koncentrace pozornosti, přes poruchy řeči, sensorické deficity, kognitivní a emocionální problémy, které nemusejí být provázeny motohybnými obtížemi. Velmi často proto dochází k opožděnému nastavení podpůrných opatření způsobenému přeposíláním dětí mezi poradenskými zařízeními a tím k prohlubování frustrace nejen dítěte samotného, ale i rodiny a pedagogických pracovníků. Nilius dále upozorňuje na nedostatečnou formu podpůrných opatření pouze za pomoci asistenta, který není dostatečně vzdělán pro práci s osobami s kognitivními obtížemi. Poukazuje na nutnost nastavení patřičných podpůrných opatření, vzdělávání pedagogických pracovníků v této oblasti a také práce s třídním kolektivem, aby nedocházelo k sekundárnímu poškození žáka zejména v oblasti sociálního vyloučení, vývojové stagnace, případně dalším psychiatrickým následkům.

Pracovní rehabilitace

Pracovní rehabilitaci upravuje zákon č. 435/2004 Sb. o zaměstnanosti. Ve své třetí části, která je věnována zaměstnávání osob se zdravotním postižením, je v §69 odst. 2 pracovní rehabilitace označena jako „*souvislá činnost zaměřená na získání a udržení vhodného zaměstnání osoby se zdravotním postižením, kterou na základě její žádosti zabezpečují krajské pobočky Úřadu práce a hradí náklady s ní spojené. Žádost osoby se zdravotním postižením obsahuje její identifikační údaje; součástí žádosti je doklad osvědčující, že je osobou se zdravotním postižením*“.

Součástí pracovní rehabilitace je dle uvedeného zákona zejména poradenská činnost zaměřená na volbu povolání, zaměstnání nebo jiné výdělečné činnosti, teoretická a

praktická příprava pro zaměstnání nebo jinou výdělečnou činnost, zprostředkování, udržení a změnu zaměstnání nebo povolání a vytváření vhodných podmínek pro výkon zaměstnání nebo jiné výdělečné činnosti. Nezastupitelnou roli hrají Krajské úřady práce, které společně s pracovními rehabilitačními středisky zajišťuje pracovní rehabilitaci osob se zdravotním postižením. Společně s OZP vyhotoví individuální plán pracovní rehabilitace, který je přizpůsoben zdravotní způsobilosti, schopnosti vykonávat soustavně zaměstnání, případně jinou výdělečnou činnost, kdy je zohledněno vzdělání a kvalifikace OZP, ale i aktuální situace na trhu práce. (Zákon č. 435/2004 Sb., ve znění p.p.) Mezi nejčastější formy pracovní rehabilitace patří příprava k práci formou podporovaného zaměstnání, vytváření chráněných pracovních míst a specializované rekvalifikační kurzy. Z pohledu legislativní úpravy lze pracovní rehabilitaci považovat za nejdokonaleji zpracovanou složku v ucelené rehabilitaci (Kolář, 2021).

Sociální rehabilitace

U člověka se zdravotním postižením dochází zrovna tak jako u ostatních osob bez postižení, v rámci lidské společnosti k procesu humanizace, socializace a personalizace. Každý člověk má určité postavení ve společnosti, svoji roli a na základě toho je společností přijímán. Úkolem rehabilitace je dosažení stavu, kdy je člověk s postižením schopen přijmout své postižení, poruchu nebo znevýhodnění, ale také snaha o maximální možnou integraci do společnosti, čímž je zachována optimální kvalita života, která plně souvisí se životní spokojeností. Proces přijetí postižení a schopnost naučit se s ním žít není jednoduchá záležitost, proto nelze prostředky sociální rehabilitace oddělit od ostatních složek koordinované rehabilitace (Jankovský, 2006). Kolář (2021) vymezuje sociální rehabilitaci jako nácvik potřebných dovedností, který směřuje k dosažení soběstačnosti a samostatnosti v maximální možné míře s ohledem na závažnost zdravotního postižení, kdy cílem je dosažení co nejvyšší úrovně sociálního začlenění.

Zákonná úprava sociální rehabilitace je vymezena především zákonem č. 108/2006 Sb. O sociálních službách a vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách.

Dle citovaného zákona je sociální rehabilitace poskytována formou terénních a ambulantních služeb, nebo formou pobytových služeb poskytovaných v centrech sociálně

rehabilitačních služeb. Dalšími službami poskytovanými v rámci sociální rehabilitace jsou sociální poradenství, pečovatelská služba, služba osobní asistence, sociálně-terapeutické dílny, denní stacionáře, odlehčovací služby a další.

Švestková a Pfeiffer (2012) uvádějí, že nezbytným řešením pro určení funkčního potenciálu člověka s postižením je přijetí zákona o rehabilitaci. Meziřesortní pracovní skupinou byly vytvořeny teze zákona o rehabilitaci v souladu s Úmluvou OSN a Mezinárodní klasifikací funkčních schopností, disability a zdraví. Bohužel zákon o rehabilitaci nebyl dosud přijat.

2.3 Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (MKF)

Světová zdravotnická organizace (WHO) na svém 54. shromáždění v r. 2001, schválila klasifikaci MKF a doporučila svým členským státům její zavedení. MKF vychází z původní pokusné verze Mezinárodní klasifikace poruch, disabilit a handicapů, která vznikla jako požadavek vyjádřit a klasifikovat následky etiologicky definovaných onemocnění a úrazů uvedených v Mezinárodní klasifikaci onemocnění (MKN 10). Studie vycházela z dlouhodobých poznatků odborníků, že při stanovení stejné diagnózy (při nemoci či úrazu), mohou nastat různé obtíže a příznaky, rozdílné závažnosti a naproti tomu mohou být tyto potíže způsobeny jinými diagnózami (Votava, 2003).

Tato metodika je využívána ve zdravotnických zařízeních v průběhu hospitalizace, a to jak při akutní fázi v lůžkových zdravotnických zařízeních, při včasné rehabilitaci v rehabilitačních centrech tak i při jejím ukončení. Funkční zdatnost nemocného, který je propuštěn do ambulantní péče, případně do rehabilitačního stacionáře nebo komunitního zařízení poskytujícího dlouhodobou a udržovací fázi rehabilitačního procesu, je ohodnocena v propouštěcí zprávě, jejíž součástí je i doporučení k následné rehabilitační péči. Nedílnou součástí celého rehabilitačního týmu je i rodina a přátelé osoby s postižením (Emerová, 2012).

2.4 Rehabilitace osob s těžkým poškozením mozku v ČR

V ČR výborně funguje přednemocniční i nemocniční péče o pacienty s těžkým poškozením mozku. Studie uvádí, že zhruba 80-90 % nákladů na péči je využito již v prvních týdnech léčby po úrazu. Po akutní léčebné fázi je bohužel nedostatek zařízení poskytujících multimodální rehabilitaci. Zahraniční zkušenosti dokládají výsledky efektivity systému fázové neurorehabilitace, kdy náklady dosahují jen zlomek nákladů na akutní péči (Emerová, 2012). V této souvislosti je často zmiňován pojem „rehabilitační turistika“ související s velmi rozdílnou dostupností služeb v různých regionech, kdy je pacient často v jiném, neznámém prostředí, odtržen od rodiny, komunity, není zajištěna dlouhodobá kontinuita a komplexnost rehabilitace a návaznost jednotlivých jejích složek (Maršálek, Janečková, 2012).

V roce 2011 byl na základě projektu Inkluze po poranění mozku občanského sdružení CEREBRUM, které sdružuje osoby po poranění mozku a jejich rodiny, vytvořen návrh čtyřfázového modelu rehabilitace:

Fáze rehabilitace akutní – jedná se o rehabilitaci na lůžkách příslušné nemocnice akutní péče.

Fáze rehabilitace včasné – probíhá v rehabilitačních centrech v krajích.

Fáze rehabilitace regionální – v rehabilitačních stacionářích v regionech.

Fáze rehabilitace komunitní – dlouhodobá a udržovací rehabilitace v komunitě.

Švestková at al. (2017) zmiňuje ještě pátou fázi, která je zaměřena na dlouhodobou péči v pobytových zařízeních nebo v domácím prostředí se zajištěním potřebných služeb (speciální dlouhodobé služby, respitní služby, občanská sdružení, bezbariérová doprava atp.).

Tento model je založen na změně přístupu k pacientovi s těžkou disabilitou od převážně pasivní následné péče a sociálních dávek k aktivizačnímu přístupu rehabilitace (Maršálek, Janečková, 2012).

V neurorehabilitaci by mělo docházet k prolínání zdravotních a sociálních služeb. V České republice však služby v těchto oblastech nejsou většinou provázány. Z tohoto

důvodu je zajišťování služeb všech složek koordinované rehabilitace na bedrech rodiny, která často nemá dostatek informací o možnostech rehabilitační péče a způsobech, jak tuto péči zajistit (Lišková, 2014). Při každodenní vyčerpávající péči o pacienta je tato činnost další zátěží.

3 Kognitivní funkce

Kognitivní funkce jsou všechny funkce a procesy, které jsou spojeny s pamětí, učením, rozpoznáváním, schopností vnímat a přizpůsobovat se aktuálním podmínkám a změnám prostředí. Řadíme sem zejména paměť, koncentraci, pozornost, rychlost myšlení, porozumění a také tzv. exekutivní funkce (vyšší kognitivní funkce), které nám umožňují plánovat, organizovat, řešit problémy a dávají nám schopnost správného náhledu na různé situace a přiměřeného úsudku. Centra jednotlivých kognitivních funkcí jsou uložena v různých částech mozku, proto při poranění mozku mohou být poraněny všechny nebo jen některé z nich v souvislosti s lokalizací, rozsahem a závažností kraniocerebrálního poškození (Válková, 2015).

S kognitivními problémy se ve svém životě setká dříve nebo později většina z nás, ať už se jedná o občasné zapomínání, nesoustředěnost, problémy s pamětí nebo organizací, neschopnost vybavit si konkrétní slovo nebo jméno, špatná orientace. K závažnějším kognitivním deficitům dochází v souvislosti s onemocněními nebo traumaty, která mají vliv na činnost mozku. Změny v kognitivních funkcích jsou vyvolány poškozením mozkové tkáně, mozkových buněk a změnami v chemických reakcích probíhajících v mozku. Kromě traumatických poranění mozku, cévních mozkových příhod, zánětlivých a nádorových onemocnění nebo cyst na mozku, mohou mít kognitivní potíže také pacienti s neurologickými diagnózami jako je roztroušená skleróza, Parkinsonova choroba, Alzheimerova choroba a jiné formy demence nebo lidé při dlouhodobém užívání návykových látek a mnoha dalších diagnózách. Ve všech zmíněných případech lze využít při rehabilitaci trénink kognitivních funkcí jako nástroje ke zlepšení kvality života s přihlédnutím ke konkrétním potřebám a stavu jedince v souvislosti se stanovenou diagnózou (Powel, 2010, Malia, Brannagan, 2010).

3.1 Kognitivní deficity

Při traumatickém poranění mozku je velmi důležité identifikovat, které jeho části byly poškozeny, které funkce zůstaly zachovány a která část má omezenou funkčnost nebo je nefunkční. Každá z částí mozku ovlivňuje určité schopnosti, a i když se jednotlivé části navzájem ovlivňují, mohou být centra těchto dovedností od sebe vzdálena. Celý systém funguje jako celek, při otřesu nebo nárazu, kdy dojde k poškození některých jeho částí mohou nastat problémy v různých oblastech kognitivního systému, právě dle lokalizace místa, kde k poranění došlo (Powell, 2010).

Veškeré problémy v kognitivní oblasti výrazně ovlivňují život postiženého jedince. Míra závažnosti poranění přímo souvisí s možností návratu do běžného života. Průběh léčby se liší individuálně u každého člověka a nelze předpovědět, jak dlouho a v jakém rozsahu bude léčba trvat. Většinou zpočátku dochází k poměrně rychlému zlepšení stavu, následně nastává zpomalení, kdy se kognitivní funkce pozastaví na určité úrovni, která je ale nižší než před úrazem. U mnoha pacientů se dá předpokládat, že se během následujících měsíců či let bude situace zlepšovat, u některých jedinců ale k úplnému obnovení funkcí nedojde. Je prokázáno, že lidé se lépe vyrovnávají s fyzickým poškozením než s kognitivními a behaviorálními obtížemi (Malia, Brannagan, 2010).

Paměť je psychická funkce velmi úzce související s pozorností. Díky ní víme, kdo jsme, kam patříme a co jsme již prožili. Správné fungování naší paměti ovlivňuje další kognitivní funkce. Rozeznáváme tři fáze paměťového procesu – vstřípení, uchování a vybavení (Klucká, Volfová, 2016). Základním podnětem pro činnost paměti je jakýkoliv smyslový vjem, který je následně zaznamenán v řádu několika sekund do okamžité paměti. Odtud je informace předána do krátkodobé paměti, kde se po krátkém vyhodnocení buď vytrácí nebo je uložena do paměti dlouhodobé. Archiv dlouhodobé paměti obsahuje naše zážitky, vzpomínky, znalosti, dovednosti. U pacientů po úrazu mozku často dochází, zejména po probuzení z bezvědomí, k tzv. posttraumatické amnézii, kdy je pacient sice při vědomí, ale vyskytují se problémy s pamětí. Pacient si nepamatuje, co je za den, jaké jídlo měl k obědu atp. Většinou je tento stav krátkodobý a nezpůsobuje hlubší problémy do budoucna. Naopak retrogradní amnézie neumožňuje nahlédnout do vzpomínek a událostí, které nehodě předcházely, přičemž časový horizont

ztráty paměti může být v rozsahu několika minut, hodin, dní, měsíců i let. Většinou se vzpomínky postupně obnovují, při těžkých poraněních však může nastat trvalá ztráta paměti (Powel, 2010).

Nejčastěji však dochází k problémům s krátkodobou pamětí, kdy si člověk není schopen zapamatovat nové údaje, jména osob, termíny jednání, což negativně ovlivňuje běžný život ve všech jeho sférách (Janečková, 2009).

Pozornost a schopnost soustředění jsou funkce vědomí, které jsou hlavním předpokladem pro učení, práci, získávání nových schopností a dovedností, pro každodenní činnosti běžného života. Současně jsou schopny odbourávat méně důležité podněty působící na vnímání jedince (Vágnerová, 2014). Pokud jsou tyto funkce narušeny, není pacient schopen dělat víc činností najednou, i když jednotlivé kroky zvládá bez problémů. Vytrácí se možnost využití zautomatizovaných úkonů, člověk musí nad každým i sebemenším úkonem přemýšlet, cítí se unavený, se vzrůstající únavou se zhoršuje pozornost, nastává vyčerpanost, což vede ke stresu, který sám o sobě způsobuje poruchu soustředění a pozornosti. Vzniká začarovaný kruh, který vede k podrážděnosti, pochybám o sobě, nízkému sebevědomí, frustraci (Powell, 2010).

Problémy se zpracováním informací. Zpracování informací souvisí především s jejich správným pochopením, vyhodnocením a přenesením do běžných činností, což může být úrazem výrazně ovlivněno (Vágnerová, 2014). Poraněním mozku, zejména v oblasti kůry čelního laloku, dochází k narušení nervových drah, čímž dochází ke zpomalení nebo znemožnění přenosu informací. Jedinec mívá potíže soustředit se na více podnětů a zpracovávat více informací najednou (Powell, 2010).

Myšlení a exekutivní funkce. Myšlení je velmi složitá a komplexní funkce mozku umožňující na základě rozličných vjemů, symbolů a představ vyhodnocovat a vyvozovat závěry. Vágnerová (2014) definuje myšlení jako „*mentální manipulaci s různými informacemi*“.

Klucká a Volfová (2016) uvádějí pod pojmem flexibilita myšlení schopnost řešení problémů, rozhodování a přizpůsobení se neustále se měnícím podmínkám. To znamená využít nejen dosavadní znalosti a zkušenosti, ale i hledání nových způsobů řešení

životních situací. Kreativita je schopnost vytvářet něco nového, originálního a přínosného, na základě využití kreativity dochází ke zlepšení kvality života.

Exekutivní funkce jsou důležité v každodenním životě, jsou spojeny se schopností organizovat, rozhodovat se, plánovat, mít dobrý úsudek, předpokládat, odhadovat, počít se. Ve velkém množství případů nejsou lidé, kteří mají vlivem poškození mozku problémy s poruchou exekutivních funkcí, schopni si tento deficit připustit právě z výše uvedených důvodů. Chybí jim náhled na jejich problém, realistické vyhodnocení vlastního chování, nejsou schopni správně vyhodnotit své silné a slabé stránky, proto si mohou klást nepřiměřené cíle, které nemohou splnit. Neúspěch a nepochopení vede opět k frustraci. Zvýšená dráždivost spojená s neschopností ovládat své pocity a jednání často vede k bezohlednému až agresivnímu chování. Jedním z hlavních úkolů tréninku kognitivních funkcí je právě docílit uvědomění pacienta o jeho stavu (Powell, 2010; Vágnerová 2014).

Prostorová orientace a vizuální vnímání. Mezi zrakově-prostorové schopnosti patří vizuálně-konstrukční, vizuálně-motorické a percepční schopnosti (Klucká, Volfová, 2016). Tyto schopnosti souvisejí s porozuměním toho, co nám sdělují naše smysly, především zrak a sluch. Zatímco smyslové orgány jsou v pořádku, jejich funkce není narušena ani poškozena, problém nastává při přenosu informací do mozku v případě, že je mozek poškozen právě v místech, kde se nacházejí příslušné nervové dráhy. Poruchy se projevují neschopností správného odhadu vzdálenosti, vnímání prostorových vztahů, opomíjení jedné strany, rozeznávání předmětů z různých úhlů, problémy z oblasti konstrukčních dovedností (Powell, 2010). Klucká a Volfová (2016) zmiňují taktéž možné potíže s orientací vlastní osoby v prostoru, zejména na méně známých nebo neznámých místech.

Jazyk a řečové schopnosti. V lidském mozku je umístěno několik center, která mají souvislost s řečí, zejména se jedná o Brocovo centrum, které se nachází mezi čelním a spánkovým lalokem u většiny lidí v levé části mozku a jehož činnost ovlivňuje tvorbu řeči a Wernickeho centrum mezi spánkovými a temenními laloky, které zodpovídá za porozumění řeči druhých. Obě centra jsou vzájemně propojena sítí nervových kanálů. Při

úrazech může dojít jak k poškození jednotlivých oblastí, tak i obou oblastí současně. Problémy týkající se neschopnosti vyjadřovat svoje myšlenky pomocí řeči se nazývá *expresivní afázie*, problémy s porozuměním označujeme jako *afázi receptivní*. Člověk, který není schopen se slovně vyjádřit může bez problémů rozumět všemu co mu sdělujeme a naopak člověk, který je schopen mluvit nemusí rozumět tomu, co druzí říkají. Problémy se zhoršují i v případě rušivých vlivů, kdy není možnost se na sdělované informace plně soustředit. V případech, kdy se obě poruchy objeví současně, hovoříme o *totální afázii*, k té však dochází následkem úrazu minimálně (Powel, 2010; Vágnerová, 2014). Ztráta schopnosti mluvit, omezení v používání slov, nalézání vhodných výrazů, vybavování si slovních pojmenování může člověka zásadně vyřadit ze společenského života, proto je nutné tyto schopnosti procvičovat, udržovat a rehabilitovat (Klucká, Volfová, 2016).

3.2 Trénink kognitivních funkcí (TKF)

TKF je nedílnou a velmi důležitou součástí péče o osoby se získaným poraněním mozku. I když se v posledních letech situace zlepšuje, ještě stále není k dispozici dostatek informací a hlavně služeb, které by poskytovaly tuto formu rehabilitace. Kognitivní rehabilitací se zabývají především kliničtí psychologové, své místo v tomto oboru mohou nalézt také ergoterapeuti, speciální pedagogové, rodinní příslušníci, pečující osoby a také všichni, kteří o tuto oblast mají zájem. S lidmi s traumatickým postižením mozku se setkáváme v lůžkových částech zdravotnických zařízení, rehabilitačních zařízeních, stacionářích, komunitních centrech, školách, domácím prostředí a dalších zařízeních, zde všude můžeme pracovat na zlepšení kognitivních deficitů (Malia, Brannagan, 2005).

Ještě na konci 20. století byla rehabilitace osob se ZPM zaměřena především na fyzická postižení a poškozením kognitivních schopností nebyla věnována patřičná pozornost. Smyslem TKF je reedukace poškozených nebo následkem poranění mozku změněných kognitivních schopností. Pokud již tyto schopnosti obnovit nelze, je třeba je nahradit jinými dovednostmi, které jejich ztrátu vykompenzují (Malia, Brannagan, 2005).

TKF využívá neuroplasticity mozku, která byla popsána v jedné z předchozích kapitol. V literatuře jsou užívány a rozlišovány i další termíny pro obnovení a nápravu kognitivních funkcí. Např. Klucká a Volfová (2016) definují kognitivní trénink jako

procvičování kognitivních schopností u zdravých lidí a kognitivní rehabilitaci označují nápravu kognitivních funkcí, které byly narušeny. Válková (2015) hovoří o rehabilitaci kognitivních funkcí v souvislosti s pacienty s kognitivními deficity.

Pro účely této bakalářské práce budou pojmy trénink kognitivních funkcí (TKF), kognitivní rehabilitace nebo rehabilitace kognitivních funkcí rovnocenně užívány v souvislosti s následky postižení kognitivních funkcí u osob s traumatickým poškozením mozku.

Kognitivní rehabilitaci můžeme zahájit v okamžiku, kdy to umožní stav pacienta. Včasným zahájením zamezíme prohloubení kognitivních deficitů. O zahájení rehabilitace rozhoduje lékař (neurolog, psycholog), který stanoví diagnózu a míru kognitivního deficitu. Nelékařští zdravotničtí pracovníci mohou na základě těchto podkladů nebo výsledků testů rehabilitovat postiženou oblast. V ideálním případě se kognitivní rehabilitace zahajuje již na lůžkách při hospitalizaci ve zdravotnických zařízeních. Následně probíhá trénink buď ve skupině nebo individuálně, přičemž se využívají různé prostředky, písemné úkoly formou pracovních listů, čtené texty určené k tréninku paměti, využití různých her a pomůcek, které byly vyvinuty přímo pro potřeby kognitivní rehabilitace anebo běžné hry, které se dají pro tyto účely využít (pexeso, scrabble, puzzle,...) a dále speciální počítačové programy (CogniPlus, Neurop 3, HappyNeuron, Mentem,...), které na základě úvodních testů vyhodnotí míru a oblasti kognitivního postižení a dále sledují progres v dané oblasti. V průběhu rehabilitace je vhodné pracovat i s tématy, která jsou předmětem zájmu pacienta nebo využít při zadávání úkolů znalostí získaných studiem či v zaměstnání. Zdravotnických zařízení poskytujících tuto službu je však stále velmi málo. Např. ÚVN v Praze nabízí pro ambulantní pacienty skupinové tréninky, které probíhají 2x týdně po dobu 8 týdnů v rozsahu 2x45 minut. U většiny pacientů s kognitivním deficitem je kognitivní rehabilitace dlouhodobou záležitostí, v některých případech je nutné trénink kognitivních funkcí absolvovat po celý život z důvodu udržení stávající úrovně kognitivních schopností. Kognitivní rehabilitaci nabízejí i rehabilitační zařízení, stacionáře, komunitní centra, specializovaná centra, psychologická pracoviště a další zařízení, významnou roli zde hraje podpora rodiny. Nedílnou součástí kognitivní rehabilitace je i edukace, kdy je pacient seznámen

s fungováním mozku, s rozsahem poškození v jeho případě, s následky, které toto poškození způsobuje a efektu tréninku kognitivních funkcí. Edukace se týká i rodinných příslušníků a pečujících osob, jelikož s pacientem je třeba pracovat i v domácím prostředí tak, aby výsledky rehabilitace byly přeneseny do aktivit běžného života (konzultace s PhDr. Alicí Pulkrábkovou, Ph.D., ÚVN v Praze).

Válková (2015) rozlišuje *rehabilitaci obecnou*, která je zaměřena na orientaci pacienta v realitě, kdy klademe jednoduché otázky a na základě znalosti jeho rodinné anamnézy jsme ho schopni navádět ke správné odpovědi a *rehabilitaci cílenou*, která je zaměřena na individuální potřeby pacienta, podporu a nápravu jednotlivých funkcí. Podmínkou ze strany pacienta je schopnost vnímat, komunikovat a projevovat zájem. S pacientem, který nemá o rehabilitaci zájem, rehabilitaci nezačínáme, i když je zřejmé, že ji potřebuje. Výsledek takové rehabilitace by byl bezvýznamný, a naopak by mohl mít i negativní dopad na další léčbu.

4 Výzkum

4.1 Stanovení výzkumného problému

Lidé se získaným poškozením mozku se musí vyrovnávat s tím, že se jejich život během okamžiku změnil. Činnosti, které doposud běžně vykonávali již nejsou schopni vykonávat nebo jen v omezené míře, mají často tělesná omezení, poruchy hybnosti, poruchy senzorického vnímání, často jsou odkázáni na invalidní vozík a pomoc ostatních členů rodiny či zdravotnického personálu. Styl života, který doposud vedli se nenávratně změnil a pacienti se smiřují s novými podmínkami a možnostmi dalšího života. Nedílnou součástí rehabilitačního plánu je u pacientů, kteří následkem postižení mozku utrpěli deficity v kognitivní oblasti i neuropsychologické vyšetření, na jehož základě je určen rozsah postižení kognitivních funkcí a je stanoven postup rehabilitace.

4.2 Cíl výzkumného šetření

Cílem této bakalářské práce je pomocí rozhovorů s lidmi, kteří prodělali traumatické poškození mozku a na základě zjištěných kognitivních deficitů absolvovali trénink kognitivních funkcí, vyhodnotit vliv kognitivní rehabilitace na kvalitu jejich života. Současně byli požádáni rodinní příslušníci těchto osob, aby ze svého pohledu zhodnotili, jakým způsobem ovlivnila rehabilitace kognitivních funkcí nejen rodinný život, ale i oblast společenskou, pracovní a volnočasovou. Smyslem této práce není měření kvality života na základě standardizovaných testů, ale subjektivní posouzení vlivu TKF v oblasti změn, které u respondentů nastaly po zranění, jehož následkem došlo k poškození mozku a objektivní náhled rodinného příslušníka na nastalou situaci.

Výzkumná otázka č. 1: Jakým způsobem, dle subjektivního názoru klienta, ovlivnil trénink kognitivních funkcí kvalitu jeho života?

Výzkumná otázka č. 2: Zda měl trénink kognitivních funkcí vliv i na případné emoční obtíže způsobené traumatem mozku.

Jednotlivé otázky budou zaměřeny na rodinný a společenský život, na možnosti pracovního uplatnění a na volnočasové aktivity.

4.3 Metoda a forma výzkumného šetření

Pro vypracování této bakalářské práce bylo zvoleno kvalitativní výzkumné šetření, kde pro sběr dat byla zvolena forma polostrukturovaných rozhovorů s respondenty, kteří byli určeni záměrným výběrem.

„Kvalitativní výzkum se provádí pomocí delšího a intenzivního kontaktu s terénem nebo situací jedince či skupiny jedinců. Tyto situace jsou obvykle banální nebo normální, reflektující každodennost jedinců, skupin, společností nebo organizací.

Hlavním úkolem je objasnit, jak se lidé v daném prostředí a situaci dobírají pochopení toho, co se děje, proč jednají určitým způsobem a jak organizují své všednodenní aktivity a interakce.

Data se induktivně analyzují a interpretují. Kvalitativní výzkumník nesestavuje ze získaných dat skládanku, jejíž konečný tvar zná, spíše konstruuje obraz, který získává

kontury v průběhu sběru a poznávání jeho částí. Výzkumník ve svém hledání významů a snaze pochopit aktuální dění vytváří podrobný popis toho, co pozoroval a zaznamenal. Snaží se nevynechat nic, co by mohlo pomoci vyjasnit situaci“ (Miles a Creswell 2003, Huberman 1994, Bogdan, Biklen 1992, in Hendl 2016).

K analýze informací získaných pomocí jednotlivých rozhovorů byl využit fenomenologický přístup. Knechtová, Pokorná, Pešáková a Dolanová (2015) uvádějí: „*Fenomenologické metody jsou procesem učení a konstruování významu lidské zkušenosti díky intenzivnímu dialogu vedenému s jednou nebo více osobami, které mají zkušenost se zkoumaným jevem. Cílem je porozumění poselství prožité zkušenosti participantů. Význam je sledován skrze dialogický proces, který zasahuje až za hranice jednoduchého rozhovoru a vyžaduje hloubavý přístup výzkumníka.*“

Kvalitativní výzkumné šetření na základě případových studií bylo zvoleno z důvodu pochopení situace a vzhledu do života jednotlivých respondentů a jejich rodinných příslušníků před úrazem a v současné době tak, aby bylo možné posoudit změny, které následkem úrazu nastaly. Rozhovory byly vedeny přirozeně, nebylo vhodné na respondenty naléhat, aby odpovídali pouze na konkrétní otázky, většinou hovořili spontánně sami, uváděli příklady, životní situace, které jsou pro účely této práce nezbytné. Někteří respondenti byli schopni hovořit souvisle, samostatně v souvětích, u některých byla komunikace složitější, proto je objem citací od jednotlivých respondentů různě obsáhlý. Pokud nebyla zodpovězena některá z otázek dle předem stanoveného schématu, byla položena dodatečně tak, aby nenarušila plynulost pohovoru. Bylo třeba brát zřetel na kognitivní problémy respondentů. Celková délka rozhovorů je z těchto důvodů poměrně rozsáhlá a pohybuje se od 60 do 100 minut.

Rozhovory proběhly ve dvou případech v domácím prostředí a zúčastnili se jich i rodinní příslušníci (v jednom případě matka a ve druhém případě manželka respondenta), v jednom případě v prostorách společnosti Cerebrum a ostatní rozhovory proběhly v rámci rekondičního pobytu v Choceradech organizovaného společností Cerebrum. Rozhovory s rodinnými příslušníky těchto respondentů proběhly formou telefonního hovoru (z důvodu trvalého pobytu v jiném městě). Samotný průzkum byl realizován v průběhu srpna až prosince 2021. Seznámení s respondenty a navázání přátelského

vztahu proběhlo mimo záznam, byli obezná tématy, kterými se budeme v rozhovoru zabývat. Rozhovory byly zaznamenány pomocí záznamníku na mobilním telefonu a citace byly následně použity v této práci. Respondenti byli seznámeni s využitím získaných materiálů pro účely bakalářské práce, dále byli ujistěni, že údaje budou použity zcela anonymně a všichni podepsali informovaný souhlas, který byl vytvořen pro účely této bakalářské práce.

4.4 Výzkumný soubor

Záměrným výběrem bylo stanoveno 5 respondentů, kdy podmínkami pro účast bylo prodělané traumatické poškození mozku, absolvovaný nebo dosud probíhající trénink kognitivních funkcí, splněná věková hranice plnoletosti a schopnost porozumět a odpovědět na dané otázky. Všichni respondenti byli muži ve věku od 30 do 46 let, přičemž od traumatu uplynulo od 4 do 14 let. K traumatu došlo ve čtyřech případech při dopravních nehodách (1x jako spolujezdec v autě, 1x jako řidič motocyklu a 1x jako chodec), v jednom případě při sportu a v jednom případě při pádu ze schodů. V jednom případě došlo k poranění mozku pod vlivem alkoholu. Dále byly informace poskytnuté respondenty doplněny o vyjádření rodinných příslušníků, kteří o ně pečují, případně jim vypomáhají.

	Pohlaví	Věk v době úrazu/ současný věk	Vzdělání	Rodinný stav
Respondent č.1	muž	27/32	vyučení	svobodný
Respondent č.2	muž	27/38	nedokončené VŠ	rozvedený
Respondent č.3	muž	38/46	vyučení	ženatý
Respondent č.4	muž	26/30	maturita	svobodný
Respondent č.5	muž	23/37	maturita	svobodný

4.5 Struktura dat získaných z rozhovorů

Rozhovory probíhaly podle předem stanovené osnovy. Úvodní část je věnována osobní charakteristice respondentů, kdy byly zjišťovány základní informace jako současný věk, věk v době úrazu, dosažené vzdělání, rodinný stav, bydliště (město x venkov-z důvodu dosažitelnosti služeb), osoby ve společné domácnosti, zaměstnání před, příp. po úrazu, jak došlo k poškození mozku, další následky způsobené úrazem, průběh kognitivní rehabilitace. Následně jsou informace získané rozhovory s respondenty a s jejich rodinnými příslušníky členěny do tří částí. První část je zaměřena na jednotlivé kognitivní deficity, jejich projevy a problémy, které respondentům způsobovaly. Druhá část se věnuje výpovědi respondentů a jejich rodinných příslušníků na vliv tréninku kognitivních funkcí ve vztahu k rodinnému a společenskému životu, možnosti pracovního začlenění a volnočasových aktivit. Třetí část popisuje emoční problémy a jejich řešení v souvislosti s kognitivní rehabilitací.

Respondent č. 1 (R1):

Rozhovor proběhl v rámci rekondičního pobytu v Choceradech, který pořádala spol. Cerebrum. Respondent odpovídal na všechny otázky spontánně, neměl problém hovořit o následcích úrazu. Dopředu upozornil na problémy s vyjadřováním a s pamětí. Ukázal také seznam léků, které pravidelně užívá, měl ho uložený v náprsní kapse. Uvedl, že občas mívá epileptické záchvaty a doporučil na koho se v Cerebru mohu obrátit, pokud by k záchvatu došlo, kdo ví, jak mu pomoci.

Panu J. je 32 roků, v době úrazu mu bylo 27 let. Po absolvování základní školy se vyučil instalatérem a následně začal pracovat ve firmě, která se zabývá výrobou osvětlení automobilů, jako mechanik seřizovač, nyní pobírá invalidní důchod III. stupně. Od listopadu 2021 pracuje v chráněné dílně AGJ s úvazkem 2 hodiny denně. Pan J. je svobodný, bezdětný. Bydlí s rodiči ve větším městě v kraji Vysočina, nemá sourozence, pečují o něj rodiče a babička, která bydlí nedaleko. Sebeobsluhu a denní režim zvládá sám, potřebuje ale kontrolu, která probíhá formou telefonických hovorů s členy rodiny. K poranění mozku došlo při pádu ze schodů v restauračním zařízení, kdy byl pan J. pod vlivem alkoholu. Z této události si nic nepamatuje, údaje zná pouze z vyprávění.

Kamarádi ho našli ležícího pod schody, domnívali se, že vzhledem k množství alkoholu, které požil, pouze upadl a nemůže vstát, proto zavolali jeho rodiče, aby si pro něho přišli. Jelikož v té době často s kamarády popíjel a nebylo to poprvé, kdy měl problémy dostat se v podnapilém stavu domů, byl schopen s oporou odejít z restaurace a byl ještě při vědomí, rodiče nepředpokládali, že by mohlo dojít k závažnějšímu poranění. Navíc neměl žádné viditelné zranění. Rodiče ho uložili do postele, a když ho ráno šel otec probudit zjistil, že je jeho syn v bezvědomí. Privolaná záchranná služba ho převezla do nemocnice v Jihlavě, odkud byl z důvodu závažného zdravotního stavu vrtulníkem přepraven do brněnské Nemocnice u sv. Anny, kde prodělal operaci. Z důvodu stále se zvyšujícího nitrolebního tlaku a otoku mozku mu byla odstraněna část lebeční kosti. Po dobu dvou týdnů byl udržován v umělém spánku, prognóza nebyla příznivá, nebylo zřejmé, jaké budou následky po probuzení.

Zpočátku byl dezorientovaný, nedokázal mluvit, nepamatoval si ani členy rodiny. Zapomněl číst, psát, počítat. Na dotazy odpovídal pouze gestikulací – palec nahoru, palec dolů. Byla omezena hybnost končetin. Později začal poznávat rodiče, ale neuměl je pojmenovat. Relativně brzy začal díky rehabilitaci chodit a byl schopný sebeobsluhy, ale potíže s komunikací, pamětí a prostorovou orientací měl nadále. V tomto stavu byla rodičům nabídnuta možnost jeho umístění do LDN v Jihlavě. Tuto možnost ale rodina zavrhl. Syna si vzali do domácího ošetřování s tím, že maminka následně využila neplaceného volna na ošetřování. Nyní již maminka pracuje na plný úvazek, respondent kromě zaměstnání v AGJ nenavštěvuje žádný stacionář ani jiné pobytové nebo rehabilitační zařízení. Jednou ročně se účastní rekondičního pobytu v Choceradech.

Právě maminku vybral respondent jako rodinného příslušníka, se kterým bude veden rozhovor. Rozhovor s maminkou respondenta proběhl formou telefonického hovoru.

(RP1)

Kognitivní rehabilitace: v nemocnici v krajském městě, kam byl převezen po operaci ve stabilizovaném stavu, proběhla pouze obecná kognitivní rehabilitace. Po fyzické stránce došlo k výraznému zlepšení a rodičům pana J. byla nabídnuta možnost jeho umístění do LDN. To však odmítli, jelikož v LDN byli umístění převážně senioři upoutaní na lůžko, proto vzali syna do domácího ošetřování, kdy o něho pečovala maminka, která si dohodla

neplacené volno v zaměstnání. Doporučení k dalšímu kognitivnímu tréninku nedostal i přesto, že nekomunikoval, nepamatoval si osoby, zapomněl číst i počítat, nedokázal se orientovat. Při psychologickém vyšetření, které absolvoval z důvodu posouzení zdravotního stavu pro přiznání invalidního důchodu mu byl stanoven kognitivní deficit, ale ani zde nebyla rodině poskytnuta informace o možné kognitivní rehabilitaci. Zpočátku veškeré informace zjišťovala matka respondenta pomocí internetu a odborné literatury, potřebné informace a doporučení získala od logopeda, kterého její syn začal navštěvovat. Kognitivní rehabilitace byla zaměřena především na problémy s pamětí, pozorností a expresivní afázií. Kromě psychologa a logopeda se na zlepšení stavu podíleli velkou měrou rodiče pana J., kteří s ním dodnes pravidelně pracují. Rehabilitace zaměřená na udržování kognitivního stavu trvá dodnes.

Respondent č. 2 (R2):

Rozhovor proběhl v prostorách společnosti Cerebrum. Respondent byl vstřícný, neměl problém odpovídat na otázky. Nabídl se, že kdyby bylo cokoli potřeba v budoucnu doplnit, je kdykoliv ochoten se sejít. Sám upozornil na problémy s pamětí, sdělil, že je možné, že si na mě nebude pamatovat a požádal o případné použití nějakého „vodítka“, aby si vybavil, s kým hovoří.

V současné době je panu L. 38 roků. K poškození mozku došlo při autonehodě, když mu bylo 27 let. Vzdělání má středoškolské s maturitou, v době úrazu studoval VŠ, kterou ale nedokončil. Později se pokoušel o studium jiné VŠ, ale ani tu nedokončil z důvodu problémů s pozorností a pamětí. Po maturitě pracoval jako policista, nyní pobírá invalidní důchod III. stupně, současně vypomáhá ve společnosti Cerebrum a spolupracuje při výzkumu a vývoji rehabilitačních pomůcek na ČVUT. V současné době je pan L. již několik let rozvedený. Asi rok před nehodou se oženil, s bývalou manželkou měl v době úrazu tříměsíční dceru, později, po rekonvalescenci, se jim ještě narodil syn. Manželství ale nevydrželo. Pan L. bydlí ve větším městě ve Středočeském kraji. Žije sám ve svém bytě. Sebeobsahu a většinu domácích prací je schopen zastat sám, ale pomáhají mu i jeho rodiče, kteří bydlí ve stejné ulici a občas i bratr. Snaží se být maximálně samostatný. Ve dnech, kdy má na starosti děti (10 a 7 let) je potřeba výpomoc rodičů nebo přátel, uvádí, že se na to sám necítí. K poškození mozku došlo v zaměstnání, jednalo se o pracovní úraz,

nezaviněnou dopravní nehodu se služebním vozem, kdy s kolegou jeli k nahlášenému výjezdu a řidič jiného vozu, přijíždějící z boční ulice, jim nedal přednost. Pan L. seděl na místě spolujezdce. Kromě poranění hlavy utrpěl i poranění obou horních i dolních končetin, levá strana těla byla postižena více. Šance na přežití byla dle sdělení jeho matky mizivá. V ÚVN v Praze, kam byl po nehodě převezen, absolvoval několik operací, poté byl převezen do nemocnice v Kladně. Rehabilitace probíhá dosud, následky jsou trvalé. Každoročně tráví jeden měsíc v rehabilitačním zařízení v Kladrubech. Dále navštěvuje pravidelně Cerebrum, kde i vypomáhá s organizací a realizací různých akcí, účastní se i rekondičních pobytů v Choceradech. V současné době pociťuje zhoršení fyzického stavu, zejména ochabování svalů a necitlivost levé horní končetiny. Velmi často pociťuje únavu, uvedl také problémy se spánkem.

Rodinný příslušníkem, který byl dotazován v rámci rozhovoru, je maminka respondenta.

(RP2)

Kognitivní rehabilitace: Z důvodu rozsáhlých tělesných poranění byla rehabilitace zaměřena především na somatickou oblast. Kognitivní deficity však byly zřejmé hned od prvních dnů od nabytí vědomí. Došlo ke ztrátě paměti, poruchám pozornosti a ztrátě schopnosti orientace. Po propuštění do domácího ošetřování nebyl pan L. informován o možnosti kognitivního tréninku. Jeho matka při hledání vhodné pomoci narazila na webové stránky společnosti Cerebrum, kde byla následně zahájena kognitivní rehabilitace s psychologkou pracující pro toto sdružení. Rehabilitace, která je v současné době zaměřena na udržení stavu nabytých kognitivních dovedností, trvá dosud. Zpočátku pan L. navštěvoval jak skupinové, tak individuální terapie, nyní navštěvuje pouze individuální, jelikož mu více vyhovují. Pan L. uvedl, že zejména v době proticovidových opatření, kdy se nemohl rehabilitace účastnit, pociťoval zhoršení stavu. Požádal proto o možnost online konzultací.

Respondent č. 3 (R3):

Kontakt s panem S. zprostředkoval rodinný příslušník tazatele, který se s panem S. osobně zná. Rozhovor proběhl v domácím prostředí, v bytě rodiny pana S., přítomná byla i jeho manželka **(RP3)**, která je současně i členem rodiny, se kterým byl učiněn rozhovor.

Respondent odpovídal samostatně, na některé údaje se doptával nebo se ujišťoval u manželky.

Panu S. je 47 let, je vyučený elektrikář. V době před úrazem pracoval jako elektromontér, jeho pracovní náplní byla mimo jiné i práce ve výškách, nyní pobírá invalidní důchod III. stupně. Poslední dva roky vypomáhá svému kamarádovi při opravách elektrických zařízení, pouze nenáročné práce. Je ženatý, s manželkou mají 19tiletého syna. Žije s manželkou a synem v Praze v bytě. K poranění mozku došlo v jeho 38 letech, kdy se se synem, který byl v té době členem žákovského hokejového klubu, vypravil na kluziště zahrát si hokej. Neměl žádnou pokrývku hlavy, na ledě upadl a hlavou narazil na mantinel. Došlo ke krvácení do mozku a následně k otoku mozku. V bezvědomí byl převezen do Motolské nemocnice, kde byl operován. Zhruba po dvou týdnech se jeho stav začal zlepšovat, byl schopen se sám posadit, trénoval chůzi. Na den, kdy se mu stal úraz si nepamatoval a dosud si nevzpomněl. Po propuštění do domácího ošetřování se o něj starala manželka. Zhruba jeden rok po úrazu hlavy prodělal srdeční infarkt. Sebeobsahu a běžné domácí činnosti zvládá bez pomoci, často se ale cítí unavený, vyčerpaný.

Kognitivní rehabilitace: jelikož při opuštění nemocnice neměl žádné viditelné problémy, odcházel „po svých“, nechtěl si žádné problémy připustit. Manželka ale vnímala časté poruchy paměti, pozornosti, zmatenost, bloudění po bytě, kdy nemohl najít toaletu. Navíc se začaly objevovat časté výbuchy vzteku, zejména když ho upozornila na nějaký problém, který si sám neuvědomoval. Stačila jakákoliv maličkost a pan S. se přestal ovládat. Vadil mu hluk, proto okřikoval syna, který se začal bát pozvat si kamarády, z důvodu neadekvátních reakcí otce. Syn se otce začal bát, proto se s ním jeho matka na čas odstěhovala ke svým rodičům. Jelikož pozorovala na svém synovi úzkostné projevy, problémy se spánkem a celkově nepříznivý psychický stav, navštívila psycholožku, která jim vysvětlila a pomohla pochopit celou situaci ohledně pana S., ale také doporučila kognitivní rehabilitaci, která byla zahájena až 18 měsíců po úrazu. S psycholožkou je rodina v kontaktu dosud.

Respondent č. 4 (R4): Panu R. je 30 roků. Rozhovor proběhl v rámci rekondičního pobytu v Choceradech. Pan R. odpovídal na otázky spontánně, občas si nemohl vybavit požadovaný výraz, na což i sám dopředu upozornil.

Po základní škole se vyučil automechanikem, potom si ještě dokončil středoškolské vzdělání maturitní zkouškou. Po maturitě pracoval ve firmě, která se zabývá kompletním servisem a opravami automobilů. Nyní pracuje na částečný úvazek, 6 hodin denně, ve firmě vyrábějící autodoplňky, pobírá invalidní důchod II. stupně. Pan R. je svobodný, děti nemá. Žije s rodiči v rodinném domku na venkově. Před úrazem žil s přítelkyní v Praze. K poškození mozku došlo při nehodě na motocyklu, kdy pan R. dostal smyk a narazil do betonového pilíře mostu. Utrpěl mnohačetná poranění končetin, krvácení do mozku, frakturu lebky. Po převozu do nemocnice byl 6 měsíců v bezvědomí. Prodělal několik operací, zejména levé horní a dolní končetiny, jejichž hybnost je dosud omezena. Po probuzení nechodil, byl napojen na umělou plicní ventilaci, na nehodu se nepamatoval. Zpočátku vůbec nemluvil, později měl problémy s vyjadřováním. V nemocnici absolvoval rehabilitaci, díky které byl schopen se samostatně pohybovat, nejprve za pomoci berlí, později i bez nich. Dodnes má omezenou hybnost levé horní končetiny, pravidelně dochází na rehabilitace. V rámci nemocniční péče proběhla obecná kognitivní rehabilitace. Poté byl propuštěn do domácího ošetřování. Pan R. navštěvuje 3 -4x týdně stacionář v místě bydliště, kde rehabilituje. Zpočátku o něho pečovala maminka (RP4), která je současně i rodinným příslušníkem zvoleným pro pohovor.

Kognitivní rehabilitace: První kognitivní rehabilitace byla započata již v nemocnici. Po propuštění z nemocnice do domácího ošetřování byla rodině doporučena kognitivní rehabilitace zejména z důvodu problémů s pozorností a pamětí. Maminka pana R. získala kontakt na psychologku v Plzni, kde byla zahájena kognitivní rehabilitace, nejprve 1x týdně, později 1x za dva týdny s tím, že pan R. dostal různé úkoly, se kterými mu doma pomáhali rodiče. Některá cvičení byla prováděna na počítači. V současné době se účastní 1x v týdnu skupinové kognitivní rehabilitace v rámci denního stacionáře. Zde vede kognitivní trénink vyškolená ergoterapeutka.

Respondent č. 5 (R5): Rozhovor s panem R. proběhl v domácím prostředí, v bytě, který sdílí s maminkou. Kontakt na tuto rodinu byl zprostředkován prostřednictvím sdružení Cerebrum. Panu R. je nyní 37 let. Vystudoval obchodní akademii, kterou zakončil maturitní zkouškou, poté pracoval krátkodobě v několika firmách. Nyní pobírá invalidní důchod III. stupně. Je svobodný, děti nemá. Žije na venkově, ve středočeském kraji. Právě v této obci, nedaleko od domova se stala autonehoda, kdy pana R., který šel po okraji vozovky v místě, kde nebyl chodník, srazil řidič osobního automobilu. Při vyšetřování bylo zjištěno, že byl řidič pod vlivem alkoholu. Pan R. byl v bezvědomí převezen do FN Královské Vinohrady v Praze, kde mu byla operována fraktura dolní končetiny a lokte horní končetiny. Poté byl převezen do nemocnice v Nymburce na oddělení intenzivní péče, následně do nemocnice v Českém Brodě a odtud potom do nemocnice v Městci Králové. V té době mu bylo 23 let. Utrpěl krvácení do mozku, při kterém byla narušena mozečková část, z toho důvodu má pan R. potíže s koordinací pohybu a je proto upoután na invalidní vozík. V bezvědomí byl 6 měsíců, vyživován byl sondou do žaludku, byl napojen na umělou plicní ventilaci, dle sdělení lékařů byla šance na přežití velmi malá. V nemocnicích pobýval téměř celý rok, než byl propuštěn do domácího ošetřování. Zranění dále způsobilo parézu levé horní končetiny a poruchu řeči. Následky jsou trvalé, pan R. dosud dochází na logopedii a rehabilituje 3x týdně za pomoci terapeuta, který ho navštěvuje doma. Pro tento účel byla v jejich bytě z jednoho pokoje udělaná rehabilitační místnost/ tělocvična. Po propuštění do domácího ošetřování byla mamince pana R. nabídnuta možnost pobytu v Jedličkově ústavu, kde probíhala následná rehabilitace zejména fyzioterapie, ergoterapie a logopedie. Zde pan R. také navštěvoval dvouletou praktickou školu. V současné době pan R. navštěvuje 2x týdně denní stacionář v Milovicích a donedávna navštěvoval i denní stacionář v Praze, kde se mu velmi líbilo, který ale nyní nemůže navštěvovat z důvodu dopravní nedostupnosti.

Rodinný příslušníkem, který poskytnul rozhovor je maminka respondenta. (RP5)

Kognitivní rehabilitace: kognitivní rehabilitace byla z důvodu několikaměsíčního bezvědomí a rozsáhlého poškození fyzických funkcí zahájena až více než rok po prodělaném traumatu. Jednalo se zejména o narušení produkce řeči, kdy pan R. po tom, co se probрал z bezvědomí nebyl schopen komunikovat, dle sdělení jeho matky na otázky

odpovídal kýváním chodidlem. Byla mu diagnostikována dysartrie a následně byl u něj zjištěn problém s krátkodobou pamětí.

4.6 Rozhovory s respondenty a jejich rodinnými příslušníky

První část – kognitivní deficity a jejich projevy

Respondenti hovořili přirozeně, samostatně, uváděli u různé příklady ze života, při kterých jim daný deficit způsobuje problémy, případně jak a zda jsou schopni tyto situace řešit, jakých využívají kompenzačních pomůcek.

Jaké se u vás projevují kognitivní deficity?

Pokud nebylo jisté, zda respondenti porozuměli otázce, ptala jsem se na jednotlivé deficity zvlášť, případně jsem použila citace, které na daný deficit ukazovaly. Kognitivní deficity jsou podrobně popsány v kapitole 3.1 této práce.

Paměť

Problémy s pamětí uvedlo v průběhu rozhovoru všech pět respondentů:

„No zezacátku to už v nemocnici ta sestra zjišťovala, co všechno mi jako chybí a zjistila vlastně, že nevím ani co je jako pondělí, úterý, neuměl to říct za sebou, že to je vlastně těch pět dní, nebo vlastně to je sedm dní, to jsem nevěděl. Pak se mně třeba ptaly, jak se jmenuju nebo jestli vím, kde jsem. Nebo třeba co je za den. A já jsem ani nevěděl, jak jdou ty dny po sobě, nebo měsíce jsem ani nevěděl, jak jdou za sebou. Nebo léto, teda jaro, léto, pak“ ... podzim... „jo, podzim, zima, to jsem taky zapomněl ty měsíce.“ Takže jsi se všechno musel učit znovu? „Jo, všechno znovu, ale pak jsem se vrátil k tomu, pak jsem si vzpomněl, něco mi jako naskočilo.“ Jak jsi na tom dnes? „Já mám doted'ka problém, že když někdo mluví dlouho, tak já ty konce vět nevnímám. Zapomínám takový ty věci základní třeba jako tak jak jsme tady (na rekondičním pobytu v Choceradech), tak já ty lidi některý znám už od předloňska, loni to nebylo kvůli Covidu, já si je pamatuju, vím, jak vypadají, vím, že je znám, ale nevím, jak se jmenujou, nepamatuju si ty jména, já je prostě zapomenu, zničeho nic už je nevím.“ (R1)

„Manželka za mnou přišla na návštěvu do nemocnice a já jsem si myslel, že se na mě přišla podívat spolužačka ze školy. Nevěřil jsem, že jsme manželé, ani že máme dítě.“

Ukazovala mi fotky, ale já jsem si nic nepamatoval. Vyprávěla mi to pořád dokola, jak jsme spolu chodili a jak jsme se vzali, a že jsem byl u porodu... Nic si nepamatuju, dodnes. Věřím tomu, ale v hlavě to nemám.“ A pamatuješ si něco z minulosti? „Právě že pamatuju. Ze školy hodně, i jazyky. Třeba anglicky bych se domluvil a rusky, to je hodně podobný.“ Říkal jsi, že máš problémy i poznat osoby. „To mám, já si nepamatuju jména, mám u každého jména na mobilu fotku, to mi pomáhá, když vidím obličej. A taky mě denně zvoní minimálně desetkrát nějaký upozornění na mobilu, já si tam všechno ukládám, mám to propojený i s počítačem.“ (R2)

„Občas jsem měl jako výpadek. Že jsem něco chtěl třeba říct nebo udělat a najednou jsem měl v hlavě prázdno. Stál jsem a nevěděl jsem co jsem chtěl. A pak už jsem šel dělat třeba něco jinýho.“ A dnes už se vám to nestává? „Už tolik ne, jenom občas. Já si všechno hlavně píšu do notýsku. Kam mám jít nebo seznam co mám koupit nebo když jdu k doktorovi, tak si to tam napíšu.“ (R3)

„Já jsem nevěděl nic, vůbec.“ A rodiče jsi poznával? „Taky ne.“ A později se to zlepšilo? „Jo, trochu jo.“ A jak jsi na tom dnes? „Ted' už si něco pamatuju, ale třeba lidi, ty si nepamatuju, jména a tak.“ A třeba něco ze školy, co ses učil, to si pamatuješ? „To je všechno pryč, nebo něco si pamatuju, ale něco.“ (R4)

„Máma mi třeba řekne abych něco udělal a já ji řeknu že to udělám, ale pak to neudělám a ona mi říká, že mi to říkala, ale já to nevím.“ (R5)

Diskuze: Powel (2010) uvádí, že u osob s traumatickým poškozením mozku velmi často dochází k posttraumatické amnézii, kdy má pacient po probuzení z bezvědomí problémy s pamětí, což potvrzuje všech 5 respondentů, u kterých nastala ztráta paměti různého rozsahu. U všech respondentů se nadále projevují problémy s krátkodobou pamětí, kdy si nejsou schopni zapamatovat jména osob, data, termíny schůzek atp. Stejně problémy zmiňuje i Janečková (2009). Následky jsou u všech respondentů dlouhodobé, trvají i několik let po prodělaném traumatu. U respondenta č. 2 došlo k trvalé ztrátě paměti z období přibližně dvou let před úrazem. O tomto stavu hovoří Powel (2010), kdy zmiňuje

retrográdní amnézii jako jeden z možných následků traumatického poškození mozku. Vzhledem k trvalým následkům lze usuzovat, že se v tomto případě jedná o závažné poškození mozku.

Řeč a porozumění

Problémy v oblasti produkce řeči nebo porozumění se objevily u tří z pěti respondentů (R1, 4 a 5), přičemž u všech byla narušena především produkce řeči.

„Mluvit jsem nemohl vůbec. Rozuměl jsem, to jo, ale nevěděl jsem, jak to pojmenovat. Potom se to zlepšilo, když chodili za mnou naši na návštěvu, to už jsem je poznával, ale třeba jsem věděl, že je to mamka, ale nevěděl jsem to slovo mamka. Nebo jsem chtěl něco podat a nevěděl jsem, jak se to řekne, tak jsem se snažil to třeba namalovat. Měl jsem tužku, ale písmenka jsem zapomněl.“ (R1)

„Nemluvil jsem vůbec. Ani jsem nemohl pohnout hlavou, tak jsem jenom zavíral oči.“ A rozuměl jsi, když ti někdo něco říkal. „No něčemu jo, něčemu ne. Pak za mnou chodila ta, no...“ logopedka? „Jo, logopedka, ale pozdějc. Já jsem měl zlomenou tady tu, tady...“ čelist „no, takže jsem nemohl nic, ani se smát, to nešlo.“ „Když jsem něco chtěl říct, tak to nešlo, to jsem byl naštvanej, že mi to nejde.“ (R4)

„Nemohl jsem mluvit, pak jsem musel chodit na tu logopedii, v nemocnici a pak i tady.“ A rozuměl jsi, když ti někdo něco říkal? „Jo, to jo, to jsem rozuměl.“ (R5)

Diskuze: Problémy s produkcí nebo porozuměním jsou po poškození mozku velmi častým následkem. Respondenti uvádějí, že problémy měli především s produkcí řeči, deficit v porozumění byl pouze částečný nebo nebylo narušeno vůbec. Produkce řeči byla znemožněna především z důvodu neschopnosti vybavit si konkrétní slovo nebo pojem, utvořit větu. U respondenta č. 5 došlo následkem úrazu k dysartrii. Schopnost řeči je vázána na myšlení a také na paměť. (Klucká a Volfová, 2016) uvádějí, že řeč umožňuje člověku vyjádřit své myšlenky a pocity. Tím, že tuto schopnost ztratí, dochází k vyřazení ze společenského prostředí.

Pozornost a soustředění

„Jsem si přečetl ten návod, litr mlíka, nasypete tak do půlky, zamícháte, a to nalijete k tomu mlíku co už se jako bude vařit, zamícháte a mícháte a já jsem tam nalil tu půlku, to mi přišlo jako málo, jenže pak mi volala mamka, tak jsem si s ní šel promluvit, a oni že za chvíli přijdou, tak jo, tak jsem šel zpátky a začal jsem s tím míchat, jenomže ono to odspodu už bylo černý, jenže jak jsem to míchal pomalu, tak mi to nepřišlo.“ (R1)

„Já se na televizi nedívám vůbec. Číst můžu, ale jen kratší články, třeba noviny. Knížku ne, to bych si nepamatoval. Já mám dost trpělivosti, dokážu se soustředit, ale musím na to mít klid. Když to trvá moc dlouho, tak jsem pak unavený a musím si odpočinout.“(R2)

*„Někdy vydržím docela dlouho u něčeho a někdy ne, podle toho. Když mě to baví tak jo.“
„Číst nevydržím, já neudržím ty řádky.“ „Jo, to mě vadí, když je hluk, venku na ulici nebo tady, když je hodně lidí a mluví, tak to mě vadí, to se nemůžu soustředit na nic. To mě z toho někdy rozbolí hlava.“(R3)*

Diskuze: Pozornost a schopnost soustředění jsou funkce mozku důležité pro vykonávání veškerých každodenních činností. Při správném fungování dokáže mozek odbourat vnější vlivy, které vyhodnotí jako nepotřebné (Vágnerová, 2014). Výzkumy ukazují, že osobám po získaném poškození mozku často dělá problém dělat více věcí najednou. (Powel, 2010). Respondenti uvádějí, že v určitých situacích – „když mě to baví“, „musím na to mít klid“, se soustředit dokáží. Rušivé vlivy, které nejsou schopni ignorovat jim způsobují problémy s pozorností nebo i jiné komplikace jako je bolest hlavy.

Zpracování informací

„Já mám doted'ka problém, že když někdo mluví dlouho, tak já ty konce vět nevnímám.“ (R1)

„Někdy vůbec nevím, co po mě chce (při kognitivním tréninku), musí mi to říct víckrát, než to pochopím“ (R4)

Diskuze: Tuto problematiku zmínil Powel (2010), který uvádí, že rychlost zpracování informací souvisí s dalšími funkcemi jako je paměť, pozornost nebo smyslové vnímání. Problém je způsoben narušením nervových drah, což způsobuje zpomalení nebo znemožnění přenosu informací. To potvrzují i reakce respondentů, kdy u R1 lze usuzovat na spojitost s poruchou soustředění, u R3 se dá předpokládat problém s porozuměním, případně s pochopením slyšeného slova.

Prostorová orientace

„Šel jsem na nákup do Kauflandu, a to mám hned u baráku, vyjdu ven a nevím kde jsem. Mám v mobilu GPS navigaci, mám tam uložený všechny cesty. Bez mobilu nemůžu ven, nosím i powerbanku. To od té doby, co jsem šel do Cerebra a vybil se mi telefon. Já jsem vůbec nevěděl, jak se tam mám dostat, tak jsem šel do lékárny, aby mi našli to číslo a zavolal jsem tam z té lékárny. Ted' už nosím powerbanku pořád, protože se mi to stává často.“ (R2)

„Jsem šel s kamarádem, to bylo ještě před tím infarktem, na rohu jsme se rozloučili a když jsem šel dál tak jsem najednou nevěděl, kam jdu. Kudy se dostanu domů. Tak jsem volal manželce, jenže jsem ani nevěděl kde jsem, tak jsem hledal tu ceduli s názvem ulice a ona pro mě přišla. A to jsem byl od domu kousek.“(R3)

Diskuze: Problémy s orientací jsou způsobeny chybným přenosem informací ze smyslových orgánů do mozku. Zatímco smyslové orgány jako takové jsou v pořádku, narušeny jsou nervové dráhy (Powel, 2010). Tyto poruchy způsobují problémy v každodenním životě. Respondent č. 2 uvedl, že jsou pro něj takové situace velmi frustrující. Jeden z jeho kamarádů mu ani nevěřil, že má tyto problémy, jak uvádí: *„já jsem pro jeho firmu dělal webový stránky a pak se ztratím ve vlastním bytě na cestě do koupelny“*. Mnoho osob, které nemají zkušenosti s lidmi se získaným poškozením mozku, není schopno pochopit, s jakými obtížemi se tito lidé musejí potýkat, protože na první pohled na nich žádné postižení nemusí být vidět.

Exekutivní funkce

„Vařit, to taky ne, když mi někdo nedá seznam, abych věděl, co a jak mám udělat, já si to furt nedokážu spojit k sobě, jak to mám vlastně udělat.“ (R1)

„Vrátila jsem se zpět do zaměstnání, manžel už byl schopen sám běžně fungovat, ale jak jsem na něho nemohla přes den dohlížet, celý den nic nedělal. Sice se najedl, ale všechno po sobě nechal na stole, oblečení si neuklidil, nic ho nebavilo, nevydržel číst, nebavila ho ani televize. Byl rozmrzelý, nedokázal si uspořádat den, nudil se, ale přitom neměl zájem cokoli dělat.“ (RP3)

„Nějaký úkol složitější jako od začátku do konce, že by sám udělal, to si myslím, že ne. R mi pomáhá hodně, baví ho vařit, ale musím mu vždycky říct co má udělat. A až udělá jednu věc, tak mu řeknu, co dál.“ (RP5)

Diskuze: Exekutivní funkce zajišťují samostatné a účelné jednání a myšlení člověka (Klucká a Volfová, 2016). Jsou spojeny se schopností organizovat, rozhodovat se, plánovat. Mnoho lidí trpících poruchou těchto funkcí si právě tento deficit není schopno uvědomit, nedokáží vyhodnotit své schopnosti, klást si přiměřené cíle. Ke zlepšení exekutivních funkcí je nutné, aby byl člověk schopen přijmout skutečnost, že těmito obtížemi trpí.

To dokazuje záznam z rozhovorů, kdy pouze jeden z respondentů upozornil na problém v této oblasti, ostatní na tuto otázku odpověděli negativně, kladně ale odpověděli dva rodinní příslušníci, kteří jsou schopni tyto problémy identifikovat.

Druhá část – vliv TKF na rodinný a společenský život, zaměstnání a volnočasové aktivity

V této části jsou citovány názory rodinných příslušníků, kteří převážně o respondenty pečují. Hlavním úkolem je zjistit, jaký vliv má TKF na návrat do běžného života.

Je zřejmé, že úraz Vašeho syna/manžela změnil chod vaší rodiny. Měla kognitivní rehabilitace nějaký vliv na Váš rodinný život?

„No to asi ano. Jak říkám, už je v ledasčem samostatný. Samozřejmě mu musíme hodně pomáhat, ale už to není jako na začátku.“ „Mluví o tom úplně normálně. Nemá s tím problém. Ona nám ta logopedka řekla hodně informací, co a proč se děje. Jeho to zajímá.“ „...víme, že nás J. bude pořád potřebovat. Sám být nemůže. Teď už je to aspoň lepší v tom, že můžeme s manželem oba chodit do práce, že i J. má práci, i když jen na částečný úvazek“ „Taky už si občas vyjde s kamarády, musí být ale pořád na telefonu.“(RP1)

„Manželství mu nevydrželo.“ „Nejdřív to vypadalo dobře, lepšil se ze dne na den. Pak už to dál nešlo, nějaký následky zůstaly. Hlavně s pamětí a taky se občas ztratí, najednou neví, kde je. No a ta ruka se mu horší.“ „L. se snaží být co nejvíc samostatný. Už když se rozvedl, tak pak už bydlel sám, ale pomáháme mu všichni, když potřebuje. Teď už jsou i děti větší, tak to není tolik potřeba.“ „On tu rehabilitaci bude muset mít už pořád, i tu fyzickou. Říká, že to vyjde na stejno, kdyby necvičil, tak mu ty svaly ochabnou a kdyby netrénoval tu paměť tak by to bylo čím dál horší.“ „Doktoři mu dávali 5 % (na přežití), takže teď jak to všechno zvládá je zázrak.“ (RP2)

„Určitě to smysl mělo. Vždyť my jsme se málem rozvedli.“ „Já bych ho nenechala bez pomoci, ale odešla jsem kvůli synovi.“ „Hlavně že si dokázal připustit, že nějaký problémy má, protože do té doby tvrdil, že mu nic není. Taky ten infarkt ho vyděsil, to jen kvůli tomu souhlasil, že tam začne chodit.“ „Řekla bych, že si to sedlo, občas sice bojujeme, ale naučili jsme se s tím žít, jinak by to nešlo. Taky není vždycky zrovna pohoda, ale už to umíme řešit.“ „To nebyl trénink jen pro něho, ale taky pro nás (smích).“ (RP3)

„Hodně se to zlepšilo, jsme rádi, že chodí do práce, i když úplně dobrý to asi nikdy nebude.“ A zvládá sám se každý den ráno vypravit do práce? „Zvládá, s tím nemá problém.“ „Ta paměť mu občas vypadává, to už se asi nespraví. Pořád mluví o tom, že chce bydlet sám, ale to zatím nejde, to by nezvládl.“(RP4)

„Ty problémy s krátkodobou pamětí má R pořád, to už lepší nebude. Ale to nás zase tak moc neovlivňuje.“ To mluvení se taky nezlepší, tím, jak dlouho ležel a nic s ním nedělali, tak mu nefungují ty svaly, co potřebuje k mluvení. Ale nestydí se mluvit, i když mu není někdy rozumět. Když ho někdo nezná, tak mu hned řekne, že je po úrazu.“(RP5)

Domníváte se, že kognitivní trénink ovlivnil společenský život a trávení volného času vašeho syna/manžela?

„Nějaké kamarády má. Někdy chodí na hokej, fandí Dukle. Občas jde někam na kafe, ale není to nijak často.“ Chodí za ním kamarádi z dřívějška? *„Ze začátku za ním chodili, ale teď už moc ne. Oni už jsou taky ve věku, kdy už mají rodiny, už jsou někde jinde.“* J. říkal, že chodí do toho baru, kde se mu stala nehoda. *„Jednou za čas tam jde za tím barmanem na kafe, ale to je tak jednou za měsíc, za dva. Jinak je většinou doma, s námi.“* Aha, já jsem to pochopila tak, že tam chodí častěji. *„To on si to tak myslí, nemá moc potřebu někam jít a když potom třeba jde do toho baru, tak s tím vydrží na dlouho.“* *„Většinou je doma nebo se jde podívat k babičce, ta bydlí tady nedaleko. Občas jde na ten hokej nebo s kamarády, ale jinak je doma. To se dívá ne televizi nebo poslouchá písničky.“* *„Má rád rodinu, když se všichni sejdem, rád jde mezi lidi, jak je hodně jenom doma, tak je rád, když je změna. Třeba na ty pobyty do Chocerad jezdí hrozně rád, protože tam jsou lidi, kteří jsou na tom stejně“* Jestli se můžu zeptat, je to citlivá otázka, tak pokud nechcete, tak mi nemusíte odpovídat, jak je na tom J. v oblasti citových vztahů, má nebo chtěl by nějakou přítelkyni? *„Před tím, než se mu to stalo, tak občas nějakou měl, někdy nějakou přivedl i domů, ale ne, že by to bylo nějak vážné, třeba před svatbou, to ne. Teď o tom nemluví, ani že by se zmínil. Nijak to neřeší. Třeba když potká nějakou kamarádku, tak mi to řekne, ale myslím, že ho to netrápí.“* (RP1)

„L. byl vždycky společenský. Hodně sportoval, byl aktivní, učil počítače, měl hodně zájmů.“ *„V tom Cerebru mu hodně pomohli a teď tam i pracuje, myslím si, že mu to hodně pomáhá. A taky on pomáhá těm lidem, když vidí, že je na tom stejně, že je líp chápe.“* *„Chodí na různé akce, výlety, taky je sám organizuje.“* *„Ten rozvod těžce nesl, ale teď to chápe. Děti mu dělají radost.“* Má nebo chtěl by L. nějakou přítelkyni? *„Nemá a myslím, že ani nechce. Má hodně kamarádek.“* (RP2)

„Kamarádi mu zůstali. Chodí k nám nebo s nimi jde do hospody, ale pít nemůže, tak si dá nealkoholický pivo.“ *„Jinak je většinou doma, nikam moc nechodí, ale to nechodil ani před tím.“* *„Televize ho moc nebaví, jen sport. Někdy se jde podívat na hokej, na fotbal, občas mu vadí ten hluk tam.“* *„Chodíme na výlety, jezdíme na dovolenou, stejně jako před tím.“* (RP3)

„Před tím už bydleli sami, tak to ani nevím, jak moc někam chodili. Ale jako kluk byl pořád někde venku. Ted' jde do práce, do stacionáře a domů.“ „Málokdy jde ven. Někdy, s klukama o víkendu.“ „Přes týden je unavenej z práce, tak se dívá na televizi nebo je s náma.“ Jak je na tom s děvčaty? Má nějakou přítelkyni? „Nemá. Ta, jak spolu bydleli, se na něho vykašlala. Ani za ním nepřišla do nemocnice. Byl na tom hodně špatně. Ted' o tom nemluví, tak se neptáme.“ (RP4)

„Než se mu to stalo, tak sportoval, hrál fotbal, floorball. Byl pořád někde venku.“ „Ted' má taky ten sport, to ho hodně drží. Tam má hodně kamarádů. Hraje bocciu, dělá atletiku, jezdí závody na handbiku, každoročně se účastníme Cesty za snem...“ „Chodíme na plesy pro vozíčkáře, to je vždycky moc hezký.“ „V Choceradech taky byl, tam se mu líbilo, ale letos nám to nevyšlo, měl závody.“ Jak je na tom s děvčaty? Má nějakou přítelkyni? „Nemá, ale moc by chtěl. Pořád o tom mluví. Chtěl by i rodinu. Jenže se nemá kde seznámit. Jeden ten stacionář, kam chodí, je pro seniory, tam chodí jenom kvůli těm dílnám, že ho baví vyrábět, no a v tom druhým, tam jsou mentálně postižení, a to on není.“ „Byla bych ráda, kdyby nějakou holku měl, já už mám svůj věk, tak aby nebyl sám.“ (RP5)

Diskuze: Problémy, které musí řešit rodiny pacientů po traumatickém poškození mozku, zmiňuje většina autorů, zabývajících se touto problematikou. Především upozorňují na skutečnost, že nejen život pacienta, ale celé rodiny se od základu změnil. Z důvodu péče o pacienta často musí některý z rodinných příslušníků opustit zaměstnání, změnit zaběhnutý režim, vzdát se koníčků, společenského života (Powel,2010; Lišková, 2014). Všichni rodinní příslušníci se shodli na tom, že se jejich život zásadně změnil. U respondenta č.2 došlo k rozvodu, kdy funkci pečujících osob převzali rodiče, i když v té době se již jednalo o občasnou výpomoc, jelikož respondent č. 2 je díky intenzivní rehabilitaci a velmi zodpovědnému přístupu k ní v maximální možné míře soběstačný. Jako jediný z oslovených respondentů žije sám ve vlastním bytě. Manželství respondenta č. 3 prošlo krizí, jejímž důvodem byl nedostatek náhledu na vlastní osobu a problémy vzniklé poškozením mozku, odmítání rehabilitace a také emoční problémy, zejména agresivita. Péče o ostatní respondenty, kteří v době úrazu již byli dospělí a samostatní, je nyní opět na jejich rodičích. U respondentů R1, R4 a R5 byly jejich matky nuceny po dočasnou dobu opustit zaměstnání, stejně tak manželka R3 zpočátku čerpala volno na

ošetřování svého manžela. Právě možnost návratu do zaměstnání uváděly tyto ženy, jako rodinní příslušníci respondentů, jako jedno z pozitiv účinků kognitivní rehabilitace. Zlepšení stavu respondentů jim umožnilo aspoň částečně vrátit se k původnímu životnímu stylu. Matka R5 je nyní již ve starobním důchodu. Dále rodinní příslušníci uvádějí větší samostatnost, zlepšení v komunikaci, u respondentů, kteří měli problémy v souvislosti s produkcí řeči, např. že si již dokáží sami něco zařídit, komunikovat s ostatními, nestydí se za zadržávání, neschopnost si vzpomenout na potřebné slovo, naopak jsou schopni vysvětlit, proč s tím mají problém. Manželka respondenta č.3 vidí důležitost tréninku kognitivních funkcí zejména v získání náhledu na sebe sama. V této souvislosti uvádí i důležitost edukace nejen pacienta, ale i rodinných příslušníků o tom, jaké následky po poškození mozku nastaly, jaké problémy pacient může zaznamenat a jak tyto situace řešit. V tom s ní souhlasí i maminka respondenta č. 1. Potřebu edukace pacienta i rodiny zmínila také PhDr. Alice Pulkrábková, Ph.D. při konzultaci v ÚVN.

Společenský život a trávení volného času osob po traumatickém poškození mozku se ve většině případů také liší ve srovnání s dobou před úrazem. Lišková (2014) uvádí, že osobám s traumatickým poškozením mozku se mění nejen vztahy rodinné, ale dochází ke změnám i ve vztazích přátelských a pracovních. S tím souhlasí většina rodinných příslušníků respondentů. Uvádějí úbytek aktivit, většinou z důvodu únavy nebo snížené potřeby společenských kontaktů. Manželka respondenta č. 3 uvádí, že ani před traumatem nebyl pan S. moc společenský. V podstatě tráví čas stejným způsobem, pouze s omezením v pití alkoholu. Největší vliv kognitivní rehabilitace v oblasti společenských vztahů se dá předpokládat u respondenta č. 2, jehož společenské aktivity se sice změnily, ale v novém prostředí si našel okruh přátel a známých, a navíc se snaží pomáhat dalším lidem po traumatu mozku svým příkladem. Dokáže organizovat akce nejen pro sebe, ale za pomoci kolegů i pro další účastníky. I když má problémy s orientací je schopen cestovat. Vede poměrně aktivní společenský život. U respondenta č. 1 a 4 uvádí rodinní příslušníci občasné schůzky s kamarády, většinu volného času ale tráví doma nebo při aktivitách v rámci rodiny. Mnoho sportovních aktivit uvádí maminka respondenta č.5. Organizaci těchto činností ale zajišťuje právě matka respondenta, věnuje tomu veškerý svůj volný čas. Zásadní vliv, kterým by kognitivní rehabilitace ovlivnila společenský život ostatních respondentů nebyl zjištěn. Lze však usuzovat, že např. schopnost

samostatně se stýkat s kamarády souvisí se schopností komunikovat, domluvit si termín schůzky, využívat vzpomínky, orientovat se v prostoru a v čase. V otázce partnerských vztahů má pouze respondent č.3 manželku, dle sdělení rodinných příslušníků nemají v současné době respondenti č.1, 2 a 4 zájem o navázání partnerského vztahu, což v rozhovorech potvrzují i sami respondenti. Naopak matka respondenta č. 5 sdělila, že její syn by měl zájem o partnerský vztah, problém však vidí v omezených možnostech k seznámení. Souvislost s kognitivní rehabilitací zde nelze nalézt.

Jaké možnosti pracovního uplatnění má váš syn/ manžel?

„To ho asi nejvíc trápilo, že nemá práci. Měli jsme štěstí, že tady otevřeli tu chráněnou dílnu. Předtím tady nic takového nebylo.“ „Jsem hrozně rád, že se teď naskytla možnost toho zaměstnání. Je rád, že si vydělá vlastní peníze, ale hlavně tam potká hodně lidí. Tady byl pořád sám a odpoledne s námi.“ (RP1)

„K policii už se vrátit nemohl, tak byl bez práce.“ „V tom Cerebru mu hodně pomohli a teď tam i pracuje, myslím si, že mu to hodně pomáhá. A taky on pomáhá těm lidem, když vidí, že je na tom stejně, že je líp chápe.“ „Taky pracuje pro ČVUT, pomáhá tam při výzkumu pomůcek pro tělesně postižené.“ „Má toho hodně, všechny ty termíny a adresy má v počítači a pomáhá si telefonem, aby na nic nezapomněl.“ „Večer kolikrát už v sedm spí, jak je unavený.“ (RP2)

„Moc pracovních příležitostí není. Teď aspoň pomáhá K. (bývalý kolega). Je za to rád, i když je to jen občasná výpomoc.“ (RP3)

„Pracuje v chráněné dílně tady nedaleko. Vyrábí se tam autodoplňky.“ A zvládá sám se každý den ráno vypravit do práce? „Zvládá, s tím nemá problém.“ (RP4)

„R by nějakou práci potřeboval, ale tady nic není, ani se odtud nedá nikam dostat, ta doprava je příšerná.“ „Bavili jsme se v tom stacionáři, že je šikovnej, že by mohl třeba něco pomáhat tam. Říkala jsem jim, že mi doma hodně pomáhá v kuchyni, tak ať mu tam třeba dají nějakou práci, tak uvidíme.“ (RP5)

Diskuze: Návrat do zaměstnání po poranění mozku je většinou komplikovaný. V České republice neexistuje statistický údaj o nezaměstnanosti osob se ZPM, zahraniční zdroje uvádějí u osob s těžkým poškozením mozku 60–90 % nezaměstnanost (Maršálek a

kol.,2011). Švestková et al. (2017) uvádí, že pouze třetina pacientů s těžkým poškozením mozku je schopna návratu do běžného života ve stejné kvalitě jako před úrazem, další třetina se navrácí do zaměstnání a společnosti s pomocí kompenzačních pomůcek a různých typů podpory, poslední třetina je odkázána na dlouhodobou péči rodinných příslušníků nebo péči v ústavních zařízeních.

K původnímu zaměstnání se z námi dotazovaných respondentů nevrátil žádný. Respondent č.3 sice pracuje v oboru, ve kterém pracoval dříve, ale jeho práce spočívá pouze v občasných výpomocích, jedná se o nenáročnou práci menšího rozsahu. Dva z respondentů, a to R1 a R4 pracují v chráněných dílnách. Mají tu výhodu, že se tyto chráněné dílny nacházejí v dostupné vzdálenosti od místa jejich trvalého bydliště. Jak uvádí matka respondenta č.1: *„Měli jsme štěstí, že tady otevřeli tu chráněnou dílnu. Předtím tady nic takového nebylo.“* Podobnou zkušenost má i matka, resp. respondent č.5, který by zaměstnání potřeboval, ale v dosahu jeho trvalého pobytu žádná možnost pracovního uplatnění není. Tento respondent je upoután na invalidní vozík a dopravní dostupnost do větších měst v okolí, kde by pracovní příležitost mohla být, je komplikovaná. Respondent č. 2 získal pracovní uplatnění v rámci společnosti Cerebrum, kde pomáhá organizovat různé akce, vypomáhá s administrativou a působí i jako konzultant pro ostatní klienty této společnosti. Dále pracuje pro ČVUT, kde vypomáhá při výzkumu pomůcek pro tělesně postižené. I když má vleklé zdravotní obtíže, je pracovním vyčerpáním: *„Má toho hodně, všechny ty termíny a adresy má v počítači a pomáhá si telefonem, aby na nic nezapomněl.“* Dle sdělení jeho matky využívá nejen pro tyto potřeby různých kompenzačních pomůcek.

Třetí část – emoční problémy a jejich zvládnutí

Většina osob po poranění mozku se potýká s emočními problémy nebo změnami v chování. V této části byli dotazováni respondenti i rodinní příslušníci právě na tyto potíže. Cílem bylo zjistit, zda měl TKF vliv na ovládnutí emocí, případně problémového chování.

Pociťovali jste nějaké změny v chování nebo emoční problémy?

„Po tom celým se mě to otočilo, protože já jsem byl dřív, než se mi to stalo agresivní, sprostěj, teďka jsem hned takovej, že je mi všechno líto, jsem smutnej a naštvanej z toho,

když někdo něco řekne jinak, než já si to myslím, já si to myslím jinak nebo to jinak pochopím, než to řekl, tak jsem z toho nešťastnej, třeba když jsem s kamarádama, tak hned zaplatím a jdu pryč. Nebo nesnáším, když někdo používá takový ty zvuky silný, třeba mamka, když je koberec špinavej, tak ona vezme vysavač a pustí to, tak to už mi vadí ten zvuk takovej.“ A jak to řešíš? „Mamka to ví, tak mi vždycky řekne, ať se zavřu v pokoji, že bude vysávat, tak já si pustím televizi nahlas nebo písničky.“ A to ti nevádí, to dělá taky hluk. „Tohle mi nevádí. Ani když chodím fandit na hokej, když se fandí, tak to já zpívám s nima, to mám v tý paměti z dřívějšíka, na to jsem zvyklej.“ (R1)

„Agresivitu ne, to spíš předtím byl občas agresivní. Teď je někdy lítostivý. Dřív třeba zalezl do pokoje a nechtěl s námi mluvit. Když jsem za ním šla a ptala se, co se stalo, tak říkal, že chce svou práci, že chce zase pracovat v Lightingu.“ Domníváte se, že kognitivní trénink ovlivnil emocionální chování? „To nevím. To se asi nedá říct. Asi to má víc souvislostí.“ (RP1)

„Já jsem vlastně celou dobu v psychiatrické péči. Beru antidpresiva. Zjistili mi, že se mi nevytváří serotonin, tak na to беру ty léky. Jednou se mi stalo, že mi došly a bylo to před víkendem, tak jsem si myslel, že bez nich vydržím, ale pak jsem začal mít takový myšlenky jako proč zrovna já, jestli to má vůbec cenu... „Bez těch prášků bych to nezvládnul.“ Myslím si, že jsem celkem klidnej a vyrovnanej člověk, ale prý po tom, co jsem se probral, tak jsem kopl doktoru, ale to já nevím. A taky, když jsem si šel žádat o důchod, tak prý jsem tam na ně křičel, ale to taky nevím, ale už to mám v záznamu, že jsem agresivní.“ A myslíš si, že měla kognitivní rehabilitace taky nějaký vliv na tyto problémy? „Já jsem tomu zezáátku vůbec nevěřil, že mi to třeba pomůže s tou pamětí, ale pak, ne hned, ale třeba za měsíc, za dva, se to začalo lepší. Tak to jsem měl radost, s každým pokrokem.“ „Někdy ty deprese ještě mám. Třeba teď, s tou rukou, vidím, že je to čím dál horší, tak na to pořád myslím, ale s tím nic nenadělám. I když pravidelně cvičím. Musel jsem se s tím smířit.“ (R2)

„Vrátila jsem se zpět do zaměstnání, manžel už byl schopen sám běžně fungovat, ale jak jsem na něho nemohla přes den dohlížet, celý den nic nedělal. Sice se najedl, ale vše po sobě nechal na stole, oblečení si neuklidil, nic ho nebavilo, nevydržel číst, nebavila ho ani televize. Byl rozmrzelý, nedokázal si uspořádat den, nudil se, ale přitom neměl zájem

cokoliv dělat. Napsala jsem mu na každý den seznam, co má udělat, přesně, včetně hodin. Snažila jsem se vymyslet nějaký program, ale o to víc byl naštvaný, že ho do všeho nutím. Často křičel, vyváděl, vadilo mu, že jsem v práci, ale vadilo mu i když jsem byla doma. Syn se raději zavíral v pokojíčku, bál se přivést si domů kamarády. Manžel se navíc začal scházet s kamarády a občas zašel i do hospody, i když měl alkohol od doktora zakázaný. Nakonec jsem se se synem přestěhovala k rodičům, protože syn začal mít problémy. Otce měl rád, ale bál se ho, nevěděl, jak bude reagovat. Zhoršil se ve škole. S učitelkou jsem o tom mluvila, věděla, jak to u nás je. “ Měla kognitivní rehabilitace vliv na řešení těchto problémů? „Ano, ale chtělo to čas. Už s tím umíme pracovat, nesmíme nic hrotit, řešit problémy v klidu. “ „Řekla bych, že si to sedlo, občas sice bojujeme, ale naučili jsme se s tím žít, jinak by to nešlo. Taky není vždycky zrovna pohoda, ale už to umíme řešit. “ „To nebyl trénink jen pro něho, ale taky pro nás (smích). “ (RP3)

*„Někdy jsem strašně nas*anej, mám chuť všechno rozbít, křičím a nadávám. “ A umíš to nějak ovládat? „Ne, to nejde. Pak je mi to líto, ale nejde to. “ A co Tě třeba naštvé? „Nevím, cokoliv. Někdy jsem naštvanej sám na sebe. “ (R4)*

„Občas má takový nálady jako že nic nemá smysl. Přijde z práce, zaleze si do pokoje, nedělá nic. Nic ho nebaví, nechce s nikým mluvit. “ A jak to řešíte? „Nejlíp je nechat ho na pokoji, protože když mu něco řeknu, tak na mě začne křičet, shazuje všechno na podlahu, no, vyvádí, tak jdu radši pryč. “ Ta kognitivní rehabilitace mu v tom nepomáhá? „Nepomáhá, asi to musí ven. “ (RP4)

„Někdy na mě křičí na ulici a lidi se po nás otáčí, musím ho napomínat, ať toho nechá. “ A poslechne? „Většinou jo. “ A proč třeba křičí? „Když se mu něco nelíbí nebo když na něho někdo kouká nebo něco chce, třeba cigaretu a já mu ji hned nedám. “ A pomohla vám v tom ta rehabilitace? „Řekli nám, že máme všechno řešit v klidu, domluvit mu. On si to neuvědomuje v tu chvíli. Naštěstí to není zas tak často. “ (RP5)

Diskuze: Problematikou emočních změn a problémového chování se zabývá např. Maršálek a kol. (2011), který zmiňuje jako jeden z důvodů těchto potíží fakt, že se člověk musí smířit se skutečností, že se jeho život změnil a nic už nebude tak, jako dřív. Powel (2010) uvádí, že právě tato problémy jsou mnohem obtížněji akceptovatelné než ostatní

následky traumatu mozku. Vyzdvihuje roli rodiny a nejbližších příbuzných, kteří se musejí vyrovnat s těmito změnami a naučit se, jak k nemocnému přistupovat a pomáhat mu začlenit se zpět do běžného života. Změny v chování i emoční problémy, které ovlivňují jejich životy, potvrdili jak respondenti, tak jejich rodinní příslušníci. Jednalo se především o deprese, úzkosti, apatii, ztrátu motivace, nedostatečný náhled, vznětlivost a agresivitu. Všichni respondenti mají dobré rodinné zázemí, jejich příbuzní jsou chápající a snaží se jim maximálně pomáhat. Většina rodinných příslušníků se shodla na tom, že pro ně bylo důležité seznámit se s možnými emočními následky a pochopit, jakým způsobem s nemocným pracovat, jak reagovat na jeho zvláštní potřeby, kdy mu vyjít vstříc a kdy naopak určit hranice, za které nelze jít. Mnohdy je to ale velmi těžké. Chování pacientů může být nevyzpytatelné, co někdy „zabírá“ jindy nemá žádný vliv nebo naopak pacienta může ještě více rozzlobit nebo naopak přivést do deprese. Proces je to velmi dlouhý a vyžaduje mnoho trpělivosti a pochopení. Respondenti si své problémy uvědomují, shodli se však v tom, že si s nimi v mnoha případech neumí sami poradit. Emoční problémy a nevhodné chování jsou pro rodinné příslušníky vyčerpávající a jejich řešení velmi náročné, nelze se tedy divit, že sami často pocítují úzkost a mívají deprese. Lišková (2014) se zabývá situací v rodině, kdy poškození mozku utrpěl jeden z rodičů. Děti, které se dostávají v rodině na druhou kolej, kdy veškerá péče je věnována nemocnému, se s nově vzniklou situací špatně vyrovnávají, zejména pokud jsou u nemocného přítomny emoční problémy. Může u nich docházet k problémovému chování, úzkostným stavům, depresím, zhoršení prospěchu. Nepochopení ze strany spolužáků a vrstevníků má za následek prohlubování těchto problémů. Podobné zkušenosti potvrdila i manželka respondenta č. 3, která se kvůli psychickým problémům jejich syna musela na čas od svého nemocného manžela odstěhovat.

4.7 Shrnutí

Cílem této bakalářské práce bylo zjistit jakým způsobem ovlivňuje trénink kognitivních funkcí život osob, které prodělali traumatické poškození mozku. Práce byla zaměřena na změny v rodinném a společenském životě, v zaměstnání a v oblasti volnočasových aktivit. Další zkoumanou oblastí byly emoční změny a problémové chování. Z důvodu

objektivního posouzení byli osloveni taktéž rodinní příslušníci, kteří zhodnotili vliv TKF ze svého pohledu.

V úvodu rozhovorů byly zjišťovány základní informace o respondentech. Pro správný náhled na změny v jejich životě bylo nutné zjistit, jak žili před úrazem a po něm, jaké další následky kromě kognitivních utrpěli, jaké je jejich rodinné zázemí, kdo o ně pečuje, případně jim vypomáhá, jaké další problémy musí řešit. Z tohoto důvodu jsou rozhovory poměrně obsáhlé, respondenti hovořili spontánně, bez zábran, na konkrétní otázky odpovídali většinou formou nějaké osobní zkušenosti, což pro mne bylo přínosem. Během hovoru došlo i na témata, která nebyla předmětem výzkumu, ale pro seznámení se s respondentem a pochopení jeho životní situace byla důležitá.

Zásadní byly otázky vztahující se ke kognitivní rehabilitaci, společenským vztahům, zaměstnání a trávení volného času, které byly zodpovězeny jak respondenty, tak rodinnými příslušníky, které si sami respondenti zvolili. Stejně tak se vyjadřovali k emočním změnám a problémovému chování, které nastaly po traumatu mozku. Ve všech těchto oblastech bylo zjišťováno, zda a jakým způsobem kognitivní rehabilitace ovlivnila život respondenta.

U respondentů se následkem poškození mozku objevily především problémy s pamětí, všichni uvádějí dlouhodobé problémy s krátkodobou pamětí, u jednoho z respondentů došlo k retrográdní amnézii, kdy si nepamatuje období zhruba dva roky před úrazem. U ostatních kognitivních funkcí pociťovali deficity pouze někteří z respondentů, jednalo se o potíže s pozorností a soustředěním, schopností zpracovávat informace, orientaci v prostoru, poruchy exekutivních funkcí a narušená produkce a percepce řeči. Kromě kognitivních deficitů utrpěli všichni respondenti také fyzická poškození, u jednoho z respondentů se přidaly epileptické záchvaty. Vágnerová (2014) uvádí, že u 3–4 % nemocných způsobuje poranění mozku epilepsii. Tři z pěti respondentů žijí v jedné domácnosti se svými rodiči, jeden žije s manželkou a synem, pouze jeden z respondentů žije samostatně ve svém bytě jeho rodiče a bratr však bydlí nedaleko a v případě potřeby mu vypomáhají. Všichni respondenti i jejich rodinní příslušníci považují trénink kognitivních funkcí za přínosný a chápou jej jako nezbytnou součást ucelené rehabilitace. Problém ale shledávají v nedostatečné informovanosti o možnostech následné kognitivní

rehabilitace. Ačkoliv byly problémy v oblasti kognitivních funkcí diagnostikovány nebyla jim po propuštění do domácího prostředí možnost rehabilitace doporučena ošetřujícím lékařem ani nikým ze zdravotnického personálu. Většina z rodinných příslušníků musela informace hledat sama, což je při celodenní péči o nemocného zatěžovalo. Ne všude jsou také tyto služby dostupné, zejména v menších městech a na venkově. Současně je nutné brát na vědomí omezení způsobená somatickými poškozeními.

Všichni rodinní příslušníci oslovených respondentů se shodli na tom, že následkem traumatického postižení mozku jejich syna/ manžela se jejich rodinný život zásadně změnil. Po propuštění z nemocnice zůstala péče o blízkou osobu na jejich bedrech. Nikdo neměl žádné předchozí zkušenosti, všemu se museli naučit. Stejně tak se nemocní museli naučit žít a vyrovnat s novými životními podmínkami. Dle Maršálka a kol. (2011) hrají rodinní příslušníci klíčovou roli, neboť pacientovi poskytují dlouhodobou podporu a jsou nápomocni v procesu rehabilitace. Jako největší přínos kognitivní rehabilitace v rodinném životě, kromě zlepšení nebo udržení úrovně kognitivních funkcí, uváděli rodinní příslušníci větší samostatnost, zlepšení komunikace, schopnost využívat kompenzačních pomůcek, zlepšení náhledu na vlastní osobu, schopnost sdělit jiným lidem v čem a proč mají problém. Neméně důležitou vidí také vlastní edukaci, možnost dozvědět se jaké následky poškozením mozku nastaly, jaké problémy mohou očekávat a jak je řešit. Rodina je většinou s terapeutem, který vede kognitivní rehabilitaci alespoň zpočátku v kontaktu z důvodu domácího procvičování a plnění úkolů, také má možnost se na něj obrátit, když potřebuje poradit. Ve společenském životě a volnočasových aktivitách došlo také k výrazným změnám oproti stavu před traumatem. To potvrzuje i Lišková (2014), která uvádí, že kromě vztahů rodinných prochází změnou i vztahy přátelské a pracovní. U tří z pěti respondentů došlo k omezení jak společenského života, tak i aktivit vykonávaných dříve. Dle sdělení jejich rodinných příslušníků je to převážně z důvodu větší únavy a menší potřeby společenských kontaktů. Jeden z respondentů se obklopil novými známými z prostředí komunity osob se získaným poškozením mozku a tomu přizpůsobil i činnosti ve volném čase, další z respondentů se věnuje několika sportům určeným pro osoby s tělesným postižením, kde má i přátele.

Ztráta zaměstnání je jedním z nejzásadnějších sociálních dopadů, což potvrdili všichni dotazovaní. Žádný z respondentů se navrátil k původnímu zaměstnání, dva z pěti respondentů jsou zaměstnání v chráněných dílnách, další vypomáhá ve společnosti Cerebrum a také spolupracuje na ČVUT při výzkumu pomůcek pro tělesně postižené. Občasnou výpomoc nabídl bývalý zaměstnavatel dalšímu z respondentů. Pátý respondent by možnost pracovního uplatnění uvítal, bohužel v dosahu jeho trvalého bydliště není žádná možnost. V České republice neexistuje statistika zaměstnanosti osob po získaném poškození mozku. Zahraniční zdroje uvádějí 60–90 % nezaměstnanost u osob s těžkým poškozením mozku (Maršálek a kol., 2011). Přímou souvislost s vlivem TKF v předchozích třech oblastech zmínila především matka respondenta č. 2, jedná se především o řešení problémů s orientací, pozorností a soustředěním pomocí kompenzačních pomůcek jako je mobilní telefon nebo počítač nebo schopnost zařadit, naplánovat a zorganizovat schůzku, výlet, akci. U ostatních respondentů se rodinní příslušníci vyjadřovali nepřímo o zlepšení komunikace, orientace v prostoru a čase, plánování schůzek, domlouvání termínů, využívání kompenzačních pomůcek.

Emocionální změny nastaly po traumatu mozku u všech respondentů. Potýkají se zejména s depresemi, úzkostí, apatií, ztrátou motivace, nedostatečným náhledem, vznětlivostí a agresivitou. To má samozřejmě vliv i na atmosféru v rodinném prostředí, zvládnutí problémového chování je pro její členy vyčerpávající a často vede k úzkostem a depresím jich samotných. Emoční problémy a změny chování jsou mnohem obtížněji akceptovatelné než ostatní následky traumatu mozku (Powel, 2010). Respondenti si své jednání uvědomují, ale v mnoha případech se nedokáží kontrolovat a emoce ovládat. Ze strany rodinných příslušníků je důležité seznámit se možnými emočními změnami a jejich projevy a naučit se, jak k nemocnému přistupovat, jak s ním pracovat.

Závěr

Tato bakalářská práce se zaměřuje na trénink kognitivních funkcí u osob po traumatickém poškození mozku. V posledních dvaceti letech došlo k výraznému nárůstu osob s traumatickým poškozením mozku. Důvodem je hektický život, zvýšení počtu automobilů a tím i dopravních nehod, zvýšil se zájem o sportovní aktivity, rizikové sporty, v poslední době zaznamenáváme četné nehody na elektrokolech a

elektrokoloběžkách. Díky obrovským pokrokům v medicíně a za použití velmi kvalitních technologií je možno včas diagnostikovat rozsah poranění a zahájit patřičnou léčbu. Mnoho osob, které by ještě na konci minulého století tomuto zranění podleho, v současné době přežije, mnoho z nich však má trvalé následky, které ovlivňují nejen jeho život, ale i život jeho rodiny a blízkých osob.

V teoretické části práce jsem na základě poznatků z odborné literatury popsala problematiku získaného poškození mozku, příčiny a následky traumatického poškození mozku a základní informace o nervové soustavě a neuroplasticitě mozku. Dále jsem se věnovala koordinované rehabilitaci a jejím jednotlivým složkám. Poslední kapitola teoretické části obsahuje popis kognitivních funkcí, kognitivních deficitů a zabývá se tréninkem kognitivních funkcí.

Praktická část obsahuje cíl a výzkumné otázky bakalářské práce. Je zde stanoven výzkumný vzorek, popsána metoda kvalitativního výzkumu, metodika sběru dat a analýza informací získaných formou polostrukturovaných rozhovorů. V rámci této práce jsem oslovila Cerebrum, Sdružení osob po poranění mozku a jejich rodin, kde mi umožnili setkat se s jejich klienty, kteří mi poskytli rozhovory potřebné k získání údajů pro vypracování této práce. Jednalo se o čtyři respondenty a jejich rodinné příslušníky, pátý respondent a jeho rodinný příslušník jsou přátelé jednoho z členů mé rodiny.

Hlavním cílem bakalářské práce bylo zjistit, jaký vliv má trénink kognitivních funkcí na kvalitu života osob po traumatu mozku. Zkoumaná byla oblast rodiny, společenských vztahů, zaměstnání a volného času. Dále byla řešena otázka vlivu TKF na emoční změny vzniklé následkem úrazu mozku. Na základě zjištěných údajů byly popsány kognitivní deficity a emoční problémy respondentů. Z výpovědí respondentů i rodinných příslušníků vyplynulo, že traumatické poškození mozku změnilo kvalitu života nejen pacienta, ale i celé rodiny. Rodina se musela přizpůsobit novým okolnostem, naučit se pečovat o pacienta, reagovat na jeho zvýšené potřeby. Péče je to dlouhodobá, náročná a vyčerpávající.

Všichni respondenti i jejich rodinní příslušníci považují trénink kognitivních funkcí za přínosný a chápou jej jako nezbytnou součást ucelené rehabilitace. Jeho vliv na kvalitu života je prokazatelný, u každého z respondentů však v různé míře. Tato skutečnost je

ovlivněna mnoha aspekty. Například osobnostními rysy respondenta, jeho vůlí a chutí spolupracovat, vzděláním, fyzickými následky traumatu, rodinným prostředím, společenským prostředím a mnoha dalšími. Rodinní příslušníci také často hovoří o nedostatečném povědomí a malé informovanosti. Jako zásadní fakt uvádí nedostatek a nedostupnost služeb. To všechno jsou problémy dosud nefungujícího systému koordinované rehabilitace, které je potřeba řešit. Všichni rodinní příslušníci oslovených respondentů jsou schopní a ochotní o svého blízkého pečovat, pomáhat mu, shodli se však na tom, že jim chybí potřebná pomoc a podpora.

Kladný vliv tréninku kognitivních funkcí na kvalitu života potvrdili všichni účastníci výzkumu. Největší dopady zaznamenali v rodinném životě, kde uváděli nejčastěji větší samostatnost, zlepšení komunikace, schopnost hovořit o svých problémech, uvědomění si vlastních kognitivních deficitů, používání kompenzačních pomůcek. Díky tomu se mohly rodiny alespoň částečně vrátit k běžnému životu. Jako hlavní pozitivum vidí rodinní příslušníci možnost vlastního návratu do zaměstnání, kdy péče o blízkou osobu již není celodenní záležitostí a neméně důležitý je i plat, jelikož náklady v péči o nemocného často překračují jeho příjmy. V dalších sledovaných oblastech byly jmenovány obdobné výsledky kognitivní rehabilitace, ovšem vliv na společenský život a volnočasové aktivity není tak výrazný jako u rodinného života. Z rozhovorů vyplývá, že tato skutečnost je dána menším zájmem o společenské dění v souvislosti se zvýšenou únavou. V otázce zaměstnání byl vliv TKF u některých respondentů prokázán, problém je ale v tom, že možnosti zaměstnávání osob po těžkém poranění mozku jsou omezené, proto nelze vyhodnotit jaký dopad by měla kognitivní rehabilitace, pokud by bylo pracovních příležitostí více. Situace je taková, že nemocní vykonávají práci, která je dostupná nikoliv takovou, kterou by vykonávat mohli. Emocionální změny nastaly u všech respondentů. Pozitivní vliv TKF vyhodnotili účastníci výzkumu zejména ve schopnosti uvědomit si vlastní problémy, i když se většina respondentů shodla v tom, že v mnoha případech se nedokáží kontrolovat a emoce ovládat. Ze strany rodinných příslušníků se jeví jako velmi důležitá edukace v rámci kognitivní rehabilitace a možnost konzultací, jak emočním problémům předcházet a jak je řešit. Z rozhovorů s respondenty a jejich rodinnými příslušníky bylo zjištěno, že kognitivní rehabilitace je potřebnou a neoddelitelnou složkou koordinované rehabilitace, která má vliv na kvalitu života osob

po traumatickém poranění mozku. Velmi významná a nepostradatelná je role rodiny. Díky vstřícnosti a otevřenosti všech účastníků výzkumu byly zodpovězeny výzkumné otázky a tím byl naplněn cíl této práce.

Na základě poznatků z výzkumu bych doporučila zvýšit informovanost rodin pacientů po traumatu mozku. Rodina by měla při propuštění pacienta do domácího ošetřování dostat veškeré informace o následné rehabilitaci, aby byly zajištěny principy koordinované rehabilitace v maximální možné míře. Je zřejmé, že ne všechny principy mohou být naplněny z důvodu nedostatku nebo nedostupnosti jednotlivých služeb, proto je nutné alespoň ty dostupné a fungující nabídnout rodině tak, aby je nemusela sama složitě vyhledávat. Je také potřeba se zamyslet nad možností rozšíření služeb kognitivních tréninků například zvýšením možností vzdělávání zdravotnického personálu, ergoterapeutů, speciálních pedagogů i rodinných příslušníků a ostatních osob, které mají o tuto problematiku zájem.

Seznam použitých informačních zdrojů

- AMBLER, Zdeněk. *Základy neurologie: učebnice pro lékařské fakulty*. Praha: Galén, 2011. ISBN 978-80-7262707-3.
- ELIŠKOVÁ, Miloslava a Ondřej NAŇKA. *Přehled anatomie*. 2. vydání. Praha: Galén, 2009. ISBN 978-80-246-1717-6.
- GURKOVÁ, Elena. *Hodnocení kvality života*. Pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011. ISBN 978-80-247-3625-9
- HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0982-9.
- JANEČKOVÁ, Marcela. *Poranění mozku – a co dál?* 1. vydání. Praha: Cerebrum – Sdružení osob po poranění mozku a jejich rodin, 2009. ISBN 978-80-904357-2-8.
- JANKOVSKÝ, Jiří. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením*. Praha: TRITON, 2006. ISBN 80-7254-730-5
- JESENSKÝ, Ján. *Uvedení do rehabilitace zdravotně postižených*. Praha: Karolinum, 1995. ISBN 80-7066-941-1
- KLUCKÁ, Jana a Pavla VOLFOVÁ. *Kognitivní trénink v praxi*. 2. rozšířené vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2016. ISBN 978-80-247-5580-9
- KOLÁŘ P., Miloš MÁČEK at al. *Základy klinické rehabilitace*. 2. vydání. Praha: Galén, 2021. ISBN 978-80-7492-509-2
- KOUKOLÍK, František. *Lidský mozek. Funkční systémy. Norma a poruchy*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-379-X
- KULIŠŤÁK, Petr. *Neuropsychologie*. 2. vydání, Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-891-3.
- LIPPERTOVÁ – GRÜNEROVÁ, Marcela. *Trauma mozku a jeho rehabilitace*. Praha: Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-569-7
- LUDÍKOVÁ, Libuše a kolektiv. *Problematika kvality života osob se speciálními potřebami*. Univerzita Palackého v Olomouci, 2017. ISBN 978-80-244-5270-8

- MALIA, Kit a Anne BRANNAGAN. *Jak provádět trénink kognitivních funkcí: praktická příručka pro každého*. 1.vydání. Praha: Cerebrum – Sdružení osob po poranění mozku a jejich rodin, 2010. ISBN 978-80-904357-3-5.
- MARŠÁLEK Pavel et al. *Doporučení k organizaci systému zdravotně-sociální péče o pacienty po získaném poškození mozku*. Praha: Cerebrum – Sdružení osob po poranění mozku a jejich rodin, 2011. ISBN 978-80-904357-5-9
- NEVŠÍMALOVÁ, Soňa; RŮŽIČKA, Evžen; TICHÝ, Jiří. *Neurologie*. 1. vydání. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-7262-160-2.
- NOVOTNÝ, Ivan a Michal HRUŠKA. *Biologie člověka pro gymnázia*. 4.vydání. Praha: Fortuna, 2015. ISBN 978-80-7373-007-9.
- POWELL, Trevor J. *Poškození mozku: praktický průvodce pro terapeuty, rodinné příslušníky a pacienty*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2010. Rádci pro zdraví. ISBN 978-80-7367-667-4.
- POWELL, Trevor a Kit MALIA. *Cvičebnice pro lidi po poranění mozku. Cvičení z oblasti kognitivní rehabilitace*. 1. vydání. Praha: Cerebrum – Sdružení osob po poranění mozku a jejich rodin, 2013. ISBN 978-80-904357-7-3.
- SMOLÍK, Petr. *Duševní a behaviorální poruchy*. 2. revidované vydání. Praha: MAXDORF s.r.o., 2002. ISBN 80-85912-18-X
- ŠVESTKOVÁ, Olga, Yvona ANGEROVÁ, Rastislav DRUGA, Jan PFEIFFER a Jiří VOTAVA. *Rehabilitace motoriky člověka: fyziologie a léčebné postupy*. Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-271-0084-2.
- VACKOVÁ, Jitka a kolektiv. *Sociální práce v systému koordinované rehabilitace*. Praha: Grada Publishing, 2020. ISBN 978-80-271-2434-3
- VÁLKOVÁ, Lenka. *Rehabilitace kognitivních funkcí v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2015. ISBN 978-80-247-5571-7
- VÁGNEROVÁ, Marie. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. 1. vydání. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0696-5

Internetové zdroje:

Akutní mozková poranění – průvodce určený rodině a přátelům – KNTB. *Krajská nemocnice T. Bati, a. s. - KNTB* [online]. Copyright © 2012 Krajská nemocnice T. Bati, a. s. [cit. 24.05.2021]. Dostupné z: <https://www.kntb.cz/akutni-mozkova-poraneni---pruvodce-urceny-rodine-a-pratelum>

Glasgow Coma Scale | Lékařské klasifikace • Online kalkulačky • Skóre • Tabulky • MKN. 302 Found [online]. Copyright © [cit. 19.03.2021]. Dostupné z: <http://www.mudr.org/web/glasgow-coma-scale>

Hospitalizovaní v nemocnicích 2018 [online]. Úvod – ÚZIS ČR [online]. Copyright © [cit. 04.03.2021]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/res/f/008313/hospit2018.pdf>

KNECHTOVÁ, Zdeňka, Andrea POKORNÁ, Edita PEŠÁKOVÁ, Dana DOLANOVÁ. *Kvalitativní výzkum. Metodika ke zpracování závěrečné práce pro vybrané nelékařské zdravotnické obory | Lékařská fakulta Masarykovy univerzity. Informační systém* [online]. Copyright © 2019 Masarykova univerzita [cit. 16.11.2022]. Dostupné z: https://is.muni.cz/do/rect/el/estud/lf/js19/metodika_zp/web/pages/06-kvalitativni.html

LIŠKOVÁ, Kateřina a kol. Neurorehabilitace. Jak se zorientovat? *Sanatoria Klimkovice* [online]. Copyright © 2014 [cit. 23.11.2022]. Dostupné z: https://www.sanatoria-klimkovice.cz/base/files/attachments/564700/54931-Neurorehabilitace_prirucka_pro_osoby_se_ziskany_mozku.pdf

Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví. Úvod – ÚZIS ČR [online]. Copyright © [cit. 19.11.2022]. Dostupné z: https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/mkf_cz.pdf

MPSV: Základní východiska zavedení koordinované rehabilitace o zdravotně postižené v ČR. *Průvodce* [online]. Copyright © [cit. 24.10.2021]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/web/cz/-/mpsv-zakladni-vychodiska-zavedeni-koordinovane-rehabilitace-o-zdravotne-postizene-v-cr>

Národní plán podpory rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2021–2025. *Úvodní stránka* | *Vláda ČR* [online]. Copyright © [cit. 24.10.2021]. Dostupné z: <https://www.vlada.cz/assets/ppov/vvozp/dokumenty/Narodni-plan-2021-2025.pdf>

NILIUS, Petr. Neuropsychologická rehabilitace u dětí s traumatickým poškozením mozku. *Listy klinické logopedie*. 2019, 3(2):49-54 [cit. 19.11.2022]. DOI: 10.36833/lkl.2019.029. ISSN 2570-6179. Dostupné z: <https://casopis.aklcr.cz/contents/lkl/2019/02.pdf>

Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením. *Průvodce* [online]. Copyright © [cit. 24.10.2021]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/umluva-osn-o-pravech-osob-se-zdravotnim-postizenim>

108/2006 Sb. Zákon o sociálních službách. *Zákony pro lidi – Sběrka zákonů ČR v aktuálním konsolidovaném znění* [online]. Copyright © AION CS, s.r.o. 2010 [cit. 19.11.2022]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>

435/2004 Sb. Zákon o zaměstnanosti. *Zákony pro lidi – Sběrka zákonů ČR v aktuálním konsolidovaném znění* [online]. Copyright © AION CS, s.r.o. 2010 [cit. 19.11.2022]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-435>

Seznam příloh

Příloha 1 – Přepis rozhovoru s respondentem č. 1

Příloha 2 – Přepis rozhovoru s rodinným příslušníkem respondenta č. 1

Příloha 3 – Informovaný souhlas

Přepis rozhovoru s respondentem č.1

Rozhovor proběhl v rámci rekondičního pobytu v Choceradech. Na poskytnutí rozhovoru jsme se domluvili den předem. Respondent byl obeznámen s tím, že údaje budou použity pro účely bakalářské práce, její téma a přehled otázek. Domluvili jsme se také na tom, že pokud na některou z otázek nebude chtít odpovídat, že nemusí.

Kolik Ti bylo let, když se Ti stal úraz? *„To bylo v únoru (2018), to mi bylo 27.“*

Jak k úrazu došlo? *„Já jsem spadl ze schodů. Byli jsme s kamarádama v baru, pili jsme, no a pak mě našli ležet pod schodama. Já si to nepamatuju, jenom vím, že volali našim, aby pro mě přijeli. Oni si mysleli, že jsem opilej, já jsem hodně pil. Tak naši mě odvezli domů, to jsem ještě něco mumlal a tatka mě podepíral, tak mě dali spát do pokoje. No a ráno mě potom nemohli vzbudit, to už jsem byl v bezvědomí.“*

Jaké máš vzdělání? *„Vyučil jsem se jako instalatér.“*

A kde jsi pracoval před tím, než jsi měl úraz? *„V Lightingu v Jihlavě, tam se vyrábí světla do aut.“* A co jsi tam dělal? *„Seřizovače. Dělal jsem na směny.“*

Kde a s kým teď bydlíš? *„S našima, v Jihlavě“* A bydlíte v domě nebo v bytě? *„V bytě.“* A před úrazem jsi bydlel kde? *„Pořád tam.“* Máš sourozence? *„Nemám, já jsem sám.“*

Pobíráš důchod? *„Jo, třetí stupeň.“*

Jak to probíhalo v nemocnici a potom, když Tě propustili do domácího ošetřování? Pamatuješ se na to? *„V září nebo v říjnu mě pustili domů. Pak jsem byl jenom doma a aby mě hlídali, tak si musela mamka vzít volno.“* Ošetřování nebo neplacené volno? *„To nevím, ale dělali to tak, že jeden týden se mnou byla mamka, pak tatka, pak zase mamka a tak. Když nikdo nemohl tak tam byla babička, obě babičky nebo babička s dědou, abych nebyl sám.“* A to jsi už sám chodil nebo ne? *„To mě teprve jako učili chodit.“* A v nemocnici jsi teda vůbec nechodil. *„Sám ne. Když jsem potřeboval na záchod nebo vykoupat, tak mě sestřičky pomohly, mě tam dovezly nebo jim doktor pomohl, protože jsem těžkej. Pak tam jako se mnou byly nebo se zeptaly, jestli už to zvládnou a já jsem jim ukázal palec nahoru, já jsem vůbec nemluvil.“* Ale rozuměl jsi tomu, co ti říkaly? *„V Jihlavě jo, ale v Brně ne. Oni tam mluví jinak a moc rychle, to jsem jim nic nerozuměl. Sestry se snažily mluvit pomalu a trochu jako na náš způsob, tak jsem trochu*

rozuměl, ale když přišel doktor a říkal pro mě nějaký jako nesmysly, tak jediný co jsem mohl říct, aby zavolal našim. To on pak radši vždycky odešel, protože mu bylo jasné, že když se mně na něco zeptá, tak že mu neodpovím.“ A potom teda byla nějaká logopedie? „To nevím.“ Učili tě mluvit? „To potom až v Jihlavě, v nemocnici, tam je přímo v tom středisku. A taky mě tam cvičili ty nohy, abych trošku mohl hejbat sám.“ A chodit jsi začal už v nemocnici? „No, domů mě dovezla sanitka, pak mě do bytu nebo do pokoje převezli na vozíku a pak jsem ještě ležel v posteli. Pak už jsem chodil na procházky, ale jenom s tatškou, protože on mě dokázal jako podržet.“ Takže na vozíčku už jsi doma nebyl, jenom v nemocnici? „To už nevím, doma už asi ne, to už jsem chodil.“

A s mluvením jsi potom už problémy neměl? „Já jsem nejdřív vůbec nemluvil, ukazoval jsem jenom palcem nahoru nebo dolů, jako jestli dobrý nebo špatný. Mluvit jsem nemohl vůbec. Rozuměl jsem, to jo, ale nevěděl jsem, jak to pojmenovat. Potom se to zlepšilo, když chodili za mnou naši na návštěvu, to už jsem je poznával, ale třeba jsem věděl, že je to mamka, ale nevěděl jsem to slovo mamka. Nebo jsem chtěl něco podat a nevěděl jsem, jak se to řekne, tak jsem se snažil to třeba namalovat. Měl jsem tužku, ale písmenka jsem zapomněl.“

Takže jsi měl problémy s pamětí? „No zezáčátku to už v nemocnici ta sestra zjišťovala, co všechno mi jako chybí a zjistila vlastně, že nevím ani co je jako pondělí, úterý, neuměl to říct za sebou, že to je vlastně těch pět dní, nebo vlastně to je sedm dní, to jsem nevěděl. Pak se mně třeba ptaly, jak se jmenuju nebo jestli vím kde jsem. Nebo třeba co je za den. A já jsem ani nevěděl, jak jdou ty dny po sobě, nebo měsíce jsem ani nevěděl, jak jdou za sebou. Nebo léto, teda jaro léto, pak ... (podzim), jo, podzim, zima, to jsem taky zapomněl ty měsíce. Počítání nebo psaní, to jsem taky nevěděl, něco jo, to třeba když mi řekli abych napsal L, tak já jsem místo toho napsal K. Myslel jsem, že je to správně, ale bylo to úplně špatně, to mi tam říkali. A jak jsem třeba nevěděl ty měsíce, tak se mě zeptala, jestli vím, kterej měsíc je jako omezenej, že nemá jako 30 dní, tak jsem řekl, že nevím no tak řekla, že dobrá, si to tam zapsala a pak mě doma učili, že únor má jakoby míň.“ Takže jsi se všechno musel učit znovu? „Jo, všechno znovu, ale pak jsem se vrátil k tomu, pak jsem si vzpomněl, něco mi jako naskočilo, ale něco jsem si vzpomněl, jak mě učil tatška, když jsem chodil na střední a nevěděl jsem, jak jdou měsíce, tak to bylo leden, únor, březen (ukazuje

na kloubech prstů, jak ho táta učil, kolik má který měsíc dní). „*Takhle jsem se to učil přes ty ruce tady. Leden má 31, únor 28 nebo 29, březen zase 31 to jsem si potom vzpomněl, že takhle už jsem se to pak učit nemusel, protože když se mě zeptali, tak jsem si to takhle projel a věděl jsem, ten má 31. A jinak tak mě museli učit všechno.*“

A jak probíhalo to učení? To bylo ještě v nemocnici? „*Jo, to bylo v Jihlavě.*“ A to vám někdo doporučil nebo maminka to sehnala? „*Jo, to bylo nějak od té nemocnice, tam byla jako prvně za mnou ta ...*“ (logopedka?) „*jo tak ta říkala, že má kolegyni, která taky je v Jihlavě, v té nemocnici a že ta už dělá todlenco, že je mladší a vysvětlí to jakoby pomalejc a lidi tomu jako líp rozumí, jo? No a vždycky tam musela se mnou, když se mně na něco ptala, musela tam jít se mnou mamka, ani jsem přesně nevěděl co po mně chce, tak jsem se otočil na mamku a ta mi to řekla ještě miň a jemnějc, aby to bylo ještě jinak, abych tomu rozuměl, tak jsem pochopil, co ona chce a pak jsem jí to řekl. A pak nám dala nějaký úkoly domů, třeba takových 20. To vždycky řekla rodičům ať to jakoby dělám sám, ať mi nepomáhají, ať to dělám sám, že ona si to pak zkontroluje a řekne, jak jsem to zvládal nebo nezvládal. Naučila mě dělat otazník, že když jsem nevěděl, tak jsem udělal otazník, když už jsem se naučil psát i ty písmena, tak už jsem pak místo otazníku psal nevím anebo jsem napsal, tohle mě nezajímá, tak nevím, pak už jsem toho psal víc. Pak jsem se učil nějaký země, města, jo to mi řekla třeba M a já jsem potom musel všechno od M, mamka říkala, že to byla nějaká hra.*“ Město, jméno zvíře, věc? „*No, ona řekla třeba M, já jsem řekl míč, ona na Č něco...*“ aha, slovní kopaná „*jo, ona řekla číslo a já jsem měl na to O. Chodili jsme se třeba projít s mamkou jenom a učili jsme se to takhle jenom. Já jsem řekl třeba opera, ona na A Amerika, já jsem řekl Afrika, protože to už jsem zvládal, takhle jsme se to prostě učili. Když jsem použil všechny slova, co jsem znal, tak už jsem třeba nevěděl, na A hodně, to je těžký. Tak mi třeba mamka řekla ananas, tak to už jsem věděl. No některý slova jsem třeba nevěděl, tak jsem je nakreslil, a oni mi řekli, že to mám správně a řekli mi co to je, já nevím, třeba vařečka a přesně jsem věděl, že je to ono a že si to snad budu pamatovat. Tak mě museli naučit používat nůž, vidlička, talíř, já jsem věděl k čemu to je, jak to používat, ale neuměl jsem to říct, takový ty misky, hrnky, běžný věci. Ona to říkala i ta, v té nemocnici, že vlastně jako to, co jsem se naučil od 1. do 9. třídy, tak to že vypadlo, třeba němčina, to nic nebo ze střední to vůbec, jak jsem se pak učil na toho instalatéra, tak to si nepamatuju vůbec, jaký věci se tam dělaj.*“

A pamatuješ si něco, co se stalo před tím, než jsi měl úraz? „Některý ty věci co se staly jakoby předtím, tak ty mi našťestí zůstaly v tý druhý púlce a tam si třeba pamatuju, že jsem s rodičema jezdil každej rok v červenci do Itálie, do toho Caorle k moři, tak to jsem si pamatoval, pokaždý jsme tam jezdili autobusem, jezdila s náma babička a děda a pak jsem si pamatoval, že jsem tam byl s tím kámošem, v Itálii, v Římě, viděli jsme to Koloseum a tykovýdle věci, pak že jsem s ním byl o rok dýl v tý Americe v Los Angeles a viděli jsme přímo nápis Hollywood, na to si jakoby pamatuju, jak jsme to procházeli a fotili se, tam nás nejvíc zaseklo, jak tam chodí po tom chodníku, jak jsou ty hvězdy, to se vlastně jde po jedný části a pak se přejde silnice a jde se i cestou zpátky, to si pamatuju. Pak jsme jezdili tou lodí, jak se to řekne, tou ukázkovou“ (vyhlídkovou) „jo, tou a pak jsme měli možnost se podívat na tu loď, jak byly všechny ty letadla anebo jsme byli vevnitř v ponorce, z Ameriky a z Itálie si pamatuju všechno.“

A měl jsi hodně kamarádů. „Jo, to jo.“ A zůstali? „Jo, řekl bych, že jo. Někdy když potkám na ulici kluky nebo holky a řeknou mi čau nebo ahoj, tak já se ani neotočím, řeknu čau zpátky a říkám si, sakra, kdo to vůbec byl? A to už prostě nevím.“ A chodíš třeba někdy někam s kamarády? „No tak třeba do toho baru, jak jsem měl tu nehodu, tak tam chodím taky, tam furt jako dělá ten kámoš, co mi tam pomáhal, tam dělá barmana.“ Pít ale nemůžeš, ne? „Nemůžu, jenom nealko, kafe a tak, kouřit můžu. Taky nesmím pít kvůli těm lékům takový ty, no, redbull a tyhle, tak ty nesmím taky, to ubližuje. No to mi ještě zjistili v nemocnici, že vlastně všechna sůl, to mi ta hlava po té operaci neudrží, tak ta sůl, jde všechna pryč. Cukr, a tak to udrží, ale sůl musím jíst prášky. Brali mi krev a zjistili, že všechnu tu sůl, co mi dali večer, tak jak jsem začal pít, že tam není nic. Našťestí doktorka přišla s tím, že na to existují léky a že to budeme dělat takhle a že musím omezit to pití. V létě, když je horko tak můžu tak ty dva litry, v zimě třeba jen litr, to mám omezený to pití.“

Jaké máš možnosti pracovního uplatnění? „No doktor mi nejdřív dovolil jen ranní směnu a jenom na pět hodin, že víc nejsem schopnej, že by to neutáhla moje hlava, dělat ranní, odpolední noční a bejt tam 8, 12, 16 hodin a běhat tam furt jako seřizovač, rovnat tam ty roboty a tak, že se toho bojí, že by to ta hlava nezvládla, tak mi mamka sehnala, že bych mohl jako nosit letáky a takový po Jihlavě, jenže to byl problém v té době, když mi tohle

nabídla, že to můžu zkusit, tak já jsem jí rovnou řekl, že nevím, kde jaká ulice v Jihlavě je. Vím jen tam kde bydlíme a jak je škola, taky kde bydlí babička, ale ostatní to nevím. “

Je s tebou ještě někdo doma nebo už to zvládáš sám? „Já kvůli těm záchvatům nemůžu bydlet sám, bydlím s rodičema, ale už se mnou nejsou doma, chodí do práce. Já, když mám ten záchvat tak se mnou musí někdo být, kdo by mě podržel, já sebou začnu házet, dejchám furt normálně, oni mě jakoby chytanou, abych sebou neházel, abych si jako neublížil s tou hlavou. Mě podrží a hned volají záchranku a ti hned jedou. A oni už ví, co mají dělat, oni mi dají takovou tu věc do žíly a já po pŕlce už se uklidním a jako že jsem spal. To, jak se mi stalo ted' naposled, jak jsem měl tu injekci na Covid, to už nevím, kdy to bylo, to mě kámoši zavolali záchranku, řekli, co беру za léky, to musí“ (ukazuje mi seznam léků, který má v náprsní kapse), „řekli jméno, oni už mě znají, tak už i věděli jaký ty léky беру a zavolali mamce, ta tam přijela, chvilku tam seděla, potom jsem se probral, když do mě píchli tu ... abych se probral, tak koukám, že jsem v nemocnici a sestra mi říká, jo, jste. Pak jsem mluvil s mamkou, ta mi řekla, že mě odvezla záchranka, ptal jsem se, jestli mám batoh, to jsem si pamatoval, že jsem měl batoh. Ten mi vzali z tý záchranky. Já jsem byl strašně vyčerpanej, naštěstí šel táta už z odpolední tak šel pro auto a přijel pro nás, jinak bysme ani asi nedošli domů. Jinak už doma můžu bejt sám, jenom mě třeba každou půlhodinu nebo hodinu píšou rodiče, jestli jsem v pořádku, vždycky napíšou jsi OK? Tak odepíšu, že jsem v pořádku, jinak mamka třeba volá, co chci nakoupit, třeba k večeři, ona jde po práci vždycky nakoupit, tak jí řeknu třeba, že nevím. “

Máš nějaká další omezení? „Jinak nesmím skoro nic. Řídit nesmím, na kole jezdit nesmím, na kolečkový brusle, na normální ani na lyže na snowboard, na nic nesmím, kvůli té hlavě, abych se nezranil. I když doktor říkal, že bych na kolo mohl, ale musel bych mít speciální helmu, která by byla na té pravé straně vyztužená, aby, kdybych spadl, aby mě to udrželo, Ale to by se muselo nějak sehnat na míru. A taky na ty lyže, tak měli strach, když bych měl ten záchvat a dostal ho třeba na těch lyžích, tak bych se rozjel pak bych spadl a bůhví co by se stalo. Jediný, co můžu, když jdu s někým, tak to můžu plavat. Když na mě někdo dohlíží. To jsem nezapomněl. Hned jak jsem vlezl do vody, tak jsem dělal ty krauly a tak, to si to tělo pamatovalo. “

Míváš nebo měl jsi po tom, co se ti stal úraz nějaké změny v chování, třeba, že jsi byl vzteklý, agresivní něco jsi rozbíjel, na někoho jsi křičel? „*Po tom celým se mě to otočilo, protože já jsem byl dřív, než se mi to stalo agresivní, sprostěj, teďka jsem hned takovej, že je mi všechno líto, jsem smutnej a naštvanej z toho, když někdo něco řekne jinak, než já si to myslím, já si to myslím jinak nebo to jinak pochopím, než to řekl, tak jsem z toho nešťastnej, třeba když jsem s kamarádama, tak hned zaplatím a jdu pryč. Nebo nesnáším, když někdo používá takový ty zvuky silný, třeba mamka, když je koberec špinavej, tak ona vezme vysavač a pustí to, tak to už mi vadí ten zvuk takovej.*“ A jak to řešíš? „*Mamka to ví, tak mi vždycky řekne, ať se zavřu v pokoji, že bude vysávat, tak já si pustím televizi nahlas nebo písničky.*“ A to ti nevadí, to dělá taky hluk. „*Tohle mi nevadí. Ani když chodím fandit na hokej, když se fandí, tak to já zpívám s nima, to mám v tý paměti z dřívějšíka, na to jsem zvyklej.*“

Měl jsi nějaká očekávání od kognitivní rehabilitace? „*Já jsem myslel, že se to všechno vrátí, ta paměť hlavně a všechno. Že to bude stejný jako předtím. Ale to už nebude. Mě chybí kus mozku, tak to, co tam bylo, to je pryč.*“

Když se nad tím zamyslíš, v čem si myslíš, že ti teda nejvíc pomohla ta psychologka a rodiče, když jste dělali ty různé úkoly a cvičení? „*No v tom, že mi vlastně pomohli se vrátit nebo skoro vrátit do toho co jsem si prošel tou základní školou, když se mě zeptají, kde je Rusko, tak já jim to řeknu, kde je, že je velký a hlavně, že je tam zima. Taky jsem měl ze začátku problém s lidma, že jsem jim nerozuměl nebo špatně rozuměl, u všeho musela být mamka, ta vždycky za mě odpověděla, vysvětlila jim, že jim takhle nemůžu odpovědět, protože jim nerozumím. Já mám dotědka problém, že když někdo mluví dlouho, tak já ty konce vět nevnímám. Zapomínám takový ty věci základní třeba jako tak jak jsme tady (na rekondičním pobytu v Choceradech), tak já ty lidi některý znám už od předloňska, loni to nebylo kvůli Covidu, já si je pamatuju, vím, jak vypadají, vím, že je znám, ale nevím, jak se jmenujou, nepamatuju si ty jména, já je prostě zapomenu, ničeho nic už je nevím. Třeba tebe si pamatuju, že jsme se včera bavili, jak jsme spolu seděli, že si dnes budeme spolu povídat, to všechno si pamatuju, dneska ráno jsem věděl, že to bude dneska, ale třeba teď nevím, jak se jmenuješ. Některý jména vím hnedka, ale někdy si nevpomenu, naštěstí mám ten facebook, tam většinou lidi mají jméno i příjmení, tak když*

si dám v přátelích, tak mi tam naskočí všichni a mám tam i příjmení, většina tam má i příjmení. “

Máš i nějakou přítelkyni? „No předtím jsem občas i měl nějakou, ale teď se o to ani nehlásím. My jako chodíme občas si někam popovídat s kamarádkama, ony se mně vlastně ptají, jak se mi to stalo, protože mě dlouho neviděly, když se někde potkáme třeba náhodně, tak si jdeme sednout na kafe a pokecáme, jak jsme to prožívali třeba dřív v práci nebo po venku, to je zábava. Dřív jsem i chodil s nějakýma holkama, ale teď o to nemám ani zájem, protože nechci nikomu jako ublížit v tom, protože když by se mnou začala chodit, tak bych jí řekl, že by to nestálo za to, protože já vlastně nikam nemůžu, a hlavně by musela být pořád se mnou někde, protože kdyby se mě něco stalo, tak by okamžitě musela volat záchranku a tak, proto ani nic nehledám. Kdyby to nějaké nevadilo, tak bych možná šel do toho, ale tak jsem si řekl, že nechci nikoho trápit. “

Dokážeš se o sebe postarat, nakoupit si, uvařit nebo třeba vyprat? „Vyprat, to jsem nikdy nezkoušel, si pamatuju, že bílý a barevný se nesmí dávat k sobě, ale radši jsem to nezkoušel, to vždycky dělá mamka, ta ví, co s tím. Vařit, to taky ne, když mi někdo nedá seznam, abych věděl, co a jak mám udělat, já si to furt nedokážu spojit k sobě, jak to mám vlastně udělat. Já když už jsem pak mohl být sám doma, třeba hodinu nebo dvě, tak naši nebyli doma, volali mi jestli jsem v pohodě, tak já jsem jim chtěl pro radost udělat pudink vanilkovej. Jsem si přečetl ten návod, litr mléka, nasypete tak do půlky, zamícháte, a to nalijete k tomu mlíku co už se jako bude vařit, zamícháte a mícháte a já jsem tam nalil tu půlku, to mi přišlo jako málo, jenže pak mi volala mamka, tak jsem si s ní šel promluvit, a oni že za chvíli přijdou, tak jo, tak jsem šel zpátky a začal jsem s tím míchat, jenomže ono to odspodu už bylo černý, jenže jak jsem to míchal pomalu, tak mi to nepřišlo. Jenže já jsem tam toho mlíka dal víc, to podle toho jejich seznamu, toho návrhu, vycházelo jako přesně pro tři lidi, tak jak už to bylo barevný, hezký, hustý a pevný, tak jsem to nalil do hrnků, toho bylo hodně, a tak tam zůstal ten zbytek naspodu, to nepsali, že to má být černý, tak jsem to hodil bokem, tak toho bylo pět hrnků. Tak to měli na jeden večer a na další večer, a mamka říkala, že byli rádi, ale jak vzala ten hrnek, co byl jako nejvíc dole, tak že to bylo cítit tím spáleným. Ten vršek byl ještě dobrej. Takže já nerozumím těm návodům, nevím, co se s tím má přesně dělat. Tak jsem si třeba zkoušel dělat i to... .., no,

z vajíček... Mícháný vajíčka, jak někdo k tomu třeba dělá párek na kostičky, tak to mi šlo, ale cibuli, to mi sjelo a říznul jsem se, ale dodělal jsem to. Oni mě k tomu moc nepustí ani mamka ani tatka, to třeba když koupíme meloun velkej, kulatej, to jsem se říznul, tak to radši rozříznou oni, udělají z toho kostky, protože nechcou riskovat to, že já to vezmu do ruky.

Co pro tebe bylo nejtěžší, když jsi se vrátil domů z nemocnice? „No, nejhorší vlastně pro mě bylo, že ty první dva roky vůbec nevím, co se mohlo dít, prostě celý roky nevím. Když se to stalo to mě bylo 27, pak 28 jsem nemohl zažít vlastně ani rodiče, ti z toho byli nešťastní, to se mně vlastně stalo 27 v únoru, pak co jsem měl 28, za rok 29 to jsme taky nezažili vůbec. Zažili jsme vlastně až 30, to už byla rodina, to už jsem normálně mluvil, dostal jsem dárky, to už jsme seděli v obýváku u nás, to už jsem byl i šťastnej z těch dáreků, z toho dortu velkého, co jsem dostal. Tak vlastně ty dva roky jako by nebyly, pak jsem to zjistil třeba náhodně, že se něco zdražilo, že něco udělali jinak, že tam něco zavřeli nějakýj obchod, tam zas něco otevřeli. Takový věci základní jsem vůbec nevěděl. Třeba piva, že zdražovali to jsem nevěděl vůbec, cigarety, že zdražili, to jsem taky netušil. A ty jsi kouřil? Ne, to jsem nemohl, oni nevěděli, jak na to ta hlava bude reagovat. Kupovali jsme ty náplasti. To zjistili při té první operaci. Já jsem pak ležel a pak jsem se takhle třepal, ale pořád, celý tělo. Tak zjišťovali čím to je, hlava byla v pořádku, pak přišel doktor, chvílku na to koukal a pak říkal «potřebuju číslo na jeho mámu, něco mě napadlo.» A pak řekl «váš syn kouřil». Jo. «A vykouřil kolik?». No doma na balkoně třeba 5 cigaret, no a když někam šel tak u piva nebo u panáku třeba krabičku celou. «Jo, tak to už víme co mu je.» Pak přišel, vrazil na mě tu náplast velkou a po chvílce jsem byl úplně klidnej. Tak zjistili, že ten nikotin, že mi chybí a pak to tělo dělá se sebou tohle. Takže to jsem ze začátku taky nesměl. Bral jsem ty náplasti, pak už mi to dovolili. Jinak můžu jenom nealko. To mi řekl ten doktor v nemocnici v Jihlavě, že když bych vypil panáka, tak jak beru ty léky, že to se mnou tak sekne, že to nerozdýchám. Říkal «To ti nikdo v Jihlavě nepomůže, to bysme tě museli převážet zase do Brna, vrtulníky a tak. To nemá cenu pokoušet. To nealko pivo to ti povolím, to můžeš, to ti neblíží vůbec a hlavně v tom cítíš to pivo.» Nebo můžu pít od Birela ty ochucený, jenže to je na mě moc sladký. To mě nechutná. To si v obchodě koupím tu plechovku Birel to nealko a to piju. Takže mi nechali to nealko pivo, ty cigarety.

Naposled co jsme teď zjistili, asi před rokem, že jsem špatně začal vidět, že jsem musel začít používat u televize brýle. Oni řekli že je to zajímavý, že po tak dlouhé době, že jsem neměl nic. Když třeba byl v televizi seriál a byly tam dvě osoby, tak já jsem je viděl čtyřikrát, nebo když jsem šel po chodníku a šel proti mně zdálky člověk, tak já ho tam viděl čtyřikrát, dvakrát po chodníku a dvakrát po silnici. Jsem si říkal, co to je? Když jsem zavřel jedno oko, tak jsem to viděl akorát, že tam je jenom jeden. Nebo když jsem jel autem nebo autobusem, tak jak to jede a drncá, tak se mi to spojovalo moc rychle. Když jsem jel autobusem a tam bylo okno a on zastavil třeba na křižovatce, tak jsem to okno viděl tady, tady a tady. Že místo jednoho tam byly čtyři ty okna. A dokud jsem nezavřel to jedno oko tak tam byly čtyři, jak jsem ho zavřel, tak už jsem viděl jen to přesný, který tam bylo. A co ti pomohlo? Jen ty brýle? Ty brýle a v Brně mi dali nějaký léky, který mi na to pomáhaj. Po dvou měsících jsem to přestal brát, to už nebylo potřeba a teď už nepotřebuju ani ty brýle. To říkal v tom Brně doktor « to chápeme, ale nemůžeme to operovat, to jsou takový ty nervy okolo toho oka, do toho sahat nebudeme, protože to nevíme, co bysme tím způsobili.»“

Máš nějakou představu, v čem by ti mohla ta kognitivní rehabilitace pomoci, co bys třeba chtěl dosáhnout? „Jako co bych chtěl? No, já bych chtěl zase chodit do práce, to bych chtěl.“

Pozn. Rozhovor byl uskutečněn 31.8.2021, od listopadu 2021 pracuje pan J. ve firmě AGJ v Jihlavě

O rozhovor s rodinným příslušníkem jsem požádala respondenta. Zeptala jsem se ho, jestli by mu nevadilo, kdybych si na stejné téma promluvila i s někým z jeho rodiny. Respondent mi následně volal, že se mi ozve jeho maminka. Na začátku hovoru jsem se představila, sdělila jsem, z jakého důvodu potřebuji udělat rozhovor a seznámila jsem paní Š. s tématem mé práce.

Rozhovor s rodinným příslušníkem:

Jaké problémy jste u svého syna pozorovali po probuzení z bezvědomí? *„Když se probudil nevěděl vůbec nic, nepamatoval si nás, nevěděl, kde je. To už měl po té operaci. Nikdo nedokázal říct, jestli už to takhle zůstane nebo je možnost, že se to zlepší. My jsme byli hlavně rádi, že se probral. Věřili jsme, doufali, že to bude lepší. Jezdili jsme za ním do Brna, potom když už byl v Jihlavě, tak jsme za ním chodili každý den. Doktoři nám říkali, ať s ním mluvíme, ukazujeme mu fotky, připomínáme mu zážitky z dovolených, že se mu to třeba vybaví. Taky nechodil, rukama hýbal, ale třeba že by se sám najedl to ne. Až s ním začali rehabilitovat tak se to začalo lepší. Na to, jak to na začátku vypadalo to šlo docela rychle, takže celkem brzo chodil. Nejdřív měl berle a během několika týdnů už chodil bez nich. Nejdřív teda s oporou. To už nás poznával. Začal i trochu mluvit, ale nemohl si vzpomenout, jak se co řekne.“*

V nemocnici vám nabídli pomoc logopeda nebo kognitivní rehabilitaci? *„No právě že vůbec ne. To jsme si všechno museli zjistit sami. Když ho pustili domů, jediné, co nám nabídli byla LDN, ale to jsme odmítli. Co by tam dělal? Tam byli samí senioři. Domluvili jsme se s manželem, já jsem zůstala doma, když mi potom skončilo ošetřování, tak jsme se s manželem střídali, občas vypomohly babičky. Logopedku jsem sehnala na doporučení od známé. Ono pro ty lidi po úrazech tady nic moc není.“*

Jak jste se dozvěděla o Cerebru? *„Taky sami, hledali jsme na internetu cokoli, co by nám mohlo pomoci. Neměli jsme žádné informace, tak jsme zkoušeli hledat a narazili jsme na jejich stránky. Potom jsme je kontaktovali.“*

Na nějakou podobnou organizaci třeba v Brně nebo blíž vašemu bydlišti jste nenarazili? *„Ne, nic podobného tady nikde není. Slyšela jsem, že jsou tam teď nějaké problémy (v*

Cerebru), *tak jen doufám, že to bude fungovat, protože na ten rekondiční pobyt se J. celý rok těší. Zná tam hodně lidí a těší se, že je uvidí.*“

Jak probíhala kognitivní rehabilitace? *„Nejdřív bylo potřeba, aby začal mluvit. On si hlavně nemohl vybavit slova, výrazy. Docházel na tu logopedii a tam nám doporučili právě tu rehabilitaci. Bylo hodně důležitý, že J. chtěl, aby se to zlepšilo, snažil se, byly vidět pokroky.*“

Ta logopedka vám doporučila psycholožku? *„Ne, ona sama to vedla. Oni mu zjistili ten deficit, když mu psycholožka dělala vyšetření kvůli invalidnímu důchodu. Dala mu potom nějaké výsledky a na základě toho s ním ta logopedka pracovala. Má na to nějaké vzdělání.*“

J. říkal, že s ním pracovala psycholožka. *„Ono se mu to plete. Těch doktorů bylo hodně.*“

Pracovali jste s ním i doma? *„Každý den. Dostali jsme vždycky úkoly a ty musel J. udělat. Většinou samostatně, jen jsme dohlíželi nebo poradili, když nerozuměl zadání. Taky jsme hráli různé hry.*“ Jaké třeba? *„Běžné, dětské, hodně na paměť. Pexeso, slovní kopanou a tak.*“

Největší problémy měl tedy s pamětí? *„Určitě. To ještě trvá. Taky soustředit se nevydrží dlouho. Museli jsme dělat přestávky, ale je to lepší. Ono to taky hodně záleží na tom, jakou má náladu.*

Ještě nějaké kognitivní problémy jste zaznamenali? Dovede se J. třeba samostatně rozhodovat, samostatně pracovat? *„Jak v čem. Ty každodenní věci zvládá bez problémů. Dokáže si domluvit třeba schůzku s kamarády a pak si na to myslí, ale když má dělat něco co nezná, tak s tím problémem má.*“ A když pracujete s ním nebo má podrobné instrukce, tak to zvládá? *„Většinou ano, musí se ale hodně soustředit a nesmí ho nic vyrušit. Taky musíme dávat pozor, aby si neublížil. Takže na něho radši dohlížíme. Já nevím, jestli vám říkal, že se mu potom ještě přidaly epileptické záchvaty.*“ Ano, říkal. *„Takže my ho kontrolujeme pořád, to je denně třeba 40 hovorů.*“

Když jsme spolu s J. mluvili všimla jsem si, že nemá problém o tom úrazu mluvit. *„Ne, to nemá. Mluví o tom úplně normálně. Nemá s tím problémem. Ona nám ta logopedka řekla hodně informací, co a proč se děje. Jeho to zajímá. Taky upozorňuje na ty záchvaty, kdyby*

náhodou nějaký přišel, aby o tom ostatní věděli. “ Ano, říkal mi o tom hned na začátku a ukazoval mi i seznam léků. „Jediné, co mu vadí je, když mu někdo civí na tu jizvu na hlavě. Proto nosí pořád kšiltovku nebo v zimě čepici. To ho dokáže naštvat. “

V čem si myslíte, že mu ta kognitivní rehabilitace pomáhá? „Určitě v komunikaci. Na začátku jsme museli já nebo manžel mluvit za něho, on ne všemu dobře rozuměl a jak špatně mluvil a nemohl si ledacos vybavit, tak zase ostatní nerozuměli jemu. Ted' už je to mnohem lepší, ale to trvalo opravdu dlouho. Ale dokáže si už ledacos sám zařídit. Taky ta paměť se mu zlepšila, ale ten deficit už tam bude pořád, to už se úplně nespraví. “

Jak se změnil váš rodinný život? „Úplně od základu. Změnilo se všechno. Ono i se zdravým dospělým dítětem jsou starosti, to asi znáte. Ale když se to stalo, měli jsme samozřejmě hrozný strach, navíc nám doktoři nedávali moc šance ani na přežití a když to potom bylo lepší, když už byl z nejhoršího venku, tak jsme zase nevěděli, jak na tom bude, jestli třeba nezůstane na vozíku, protože nechodil nebo jak na tom bude mentálně. Nikdo nám nedokázal nic říct. Ten strach si nikdo, kdo to neprožil, nedokáže představit. Ted' jsme rádi, že je to aspoň takhle. Mohlo to dopadnout mnohem hůř, ale víme, že nás J. bude pořád potřebovat. Sám být nemůže. Ted' už je to aspoň lepší v tom, že můžeme s manželem oba chodit do práce, že i J. má práci, i když jen na částečný úvazek, ale zaplat' pán Bůh za to. Ale může se cokoliv změnit, sice J. kontrolujeme, ale ten záchvat může přijít kdykoliv, je to pořád nejistota. Musí mít telefon pořád u sebe. Jak ho hned nebere, tak mám obavy, že se něco stalo. Co bude do budoucna taky nevíme. Zatím jsme tady a můžeme se postarat, ale jak to bude dál... “

Ovlivnil kognitivní trénink váš rodinný život? „No to asi ano. Jak říkám, už je v ledasčem samostatný. Samozřejmě mu musíme hodně pomáhat, ale už to není jako na začátku. To dřív neexistovalo, že bychom ho nechali doma samotného. Bud' jsem s ním byla já, manžel, nebo babička. Ted' už ví, že musí mít u sebe telefon, takže stačí ho kontrolovat. Taky už si občas vyjde s kamarády, musí být ale pořád na telefonu. “

Jak je na tom J. co se týká sociálních vztahů? Má kamarády? Chodí někde do společnosti? „Nějaké kamarády má. Někdy chodí na hokej, fandí Dukle. Občas jde někde na kafe, ale není to nijak často. “ Chodí za ním kamarádi z dřívějšíka? „Ze začátku za ním chodili, ale ted' už moc ne. Oni už jsou taky ve věku, kdy už mají rodiny, už jsou někde

jinde. “ J. říkal, že chodí do toho baru, kde se mu stala nehoda. „Jednou za čas tam jde za tím barmanem na kafe, ale to je tak jednou za měsíc, za dva. jinak je většinou doma, s námi. „Aha, já jsem to pochopila tak, že tam chodí častěji. „To on si to tak myslí, nemá moc potřebu někam jít a když potom třeba jde do toho baru, tak s tím vydrží na dlouho. “

Jestli se můžu zeptat, je to citlivá otázka, tak pokud nechcete, tak mi nemusíte odpovídat, jak je na tom J. v oblasti citových vztahů, má nebo chtěl by nějakou přítelkyni? *„Před tím, než se mu to stalo, tak občas nějakou měl, někdy nějakou přivedl i domů, ale ne, že by to bylo nějak vážné, třeba před svatbou, to ne. Ted’ o tom nemluví, ani že by se zmínil. Nijak to neřeší. Třeba když potká nějakou kamarádku, tak mi to řekne, ale myslím, že ho to netrápí. “*

Jak tráví J. volný čas? *„Většinou je doma nebo se jde podívat k babičce, ta bydlí tady nedaleko. Občas jde na ten hokej nebo s kamarády, ale jinak je doma. To se dívá na televizi nebo poslouchá písničky. On nic moc dělat nemůže, kvůli té hlavě nemůže sportovat, a taky ta epilepsie ho omezuje. Jezdíme na dovolené, chodíme do přírody, na procházky, tak asi normálně. “*

Nechtěli jste, aby navštěvoval nějaký stacionář? *„To jsme chtěli, ale tady žádný, který by byl pro něho vhodný není. Oni nám nabídli stacionář, kde byli autisti, tak tam byl asi dvakrát, oni tam s ním neměli co dělat, on má úplně jiné problémy. Jinak tady žádná možnost není. “*

Má J. rád společnost? *„Má, má rád rodinu, když se všichni sejdeme, rád jde mezi lidi, jak je hodně jenom doma, tak je rád, když je změna. Třeba na ty pobyty do Chocerad jezdí hrozně rád, protože tam jsou lidi, kteří jsou na tom stejně. I ti, co se o ně starají jsou fajn. Vždycky se na to těší. “*

Říkala jste, že J. chodí do práce. Jaké má možnosti pracovního uplatnění? *„To ho asi nejvíc trápilo, že nemá práci. Měli jsme štěstí, že tady otevřeli tu chráněnou dílnu. Předtím tady nic takového nebylo. “*

Sledujete u J. nějaké emocionální výkyvy? Třeba agresivitu nebo naopak deprese? *„Agresivitu ne, to spíš předtím byl občas agresivní. Ted’ je někdy lítostivý. Dřív třeba zalezl do pokoje a nechtěl s námi mluvit. Když jsem za ním šla a ptala se, co se stalo, tak*

říkal, že chce svou práci, že chce zase pracovat v Lightingu. Jsme hrozně rádi, že se teď naskytla možnost toho zaměstnání. Je rád, že si vydělá vlastní peníze, ale hlavně tam potká hodně lidí. Tady byl pořád sám a odpoledne s námi. “

Domníváte se, že kognitivní trénink ovlivnil emocionální chování? „To nevím. To se asi nedá říct. Asi to má víc souvislosti. “

Co byste si přála, aby se zlepšilo v oblasti péče o osoby s poraněním mozku? „Aby těch služeb bylo víc a aby byly dostupnější. Taky aby bylo víc informací. My jsme si vážně museli všechno hledat sami, nikdo nám neřekl, co může nastat, s čím máme počítat, jaké máme možnosti. Jste v situaci, kdy se vám život obrátí vzhůru nohama a nemáte se na koho obrátit.

My bychom byli vděční za to, kdyby nám někdo při propuštění z nemocnice dal nějaké instrukce, co zajistit, kam zavolat, kde se zeptat. Nečekám, že za mě někdo něco zařídí, ale aspoň abych věděla, kam se můžu obrátit. Myslím, že na té rodině je toho hodně.

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Téma bakalářské práce: Traumatická poškození mozku – význam tréninku kognitivních funkcí pro zlepšení kvality života po úrazech mozku

Jaroslava BUCHTOVÁ

Univerzita Karlova

Pedagogická fakulta

Katedra speciální pedagogiky

Cíl výzkumného šetření: Na základě pohovorů s osobami po traumatickém poškození mozku zhodnotit vliv tréninku kognitivních funkcí na zlepšení kvality života

Žádám Vás o souhlas s provedením rozhovoru, který bude zaznamenán písemnou formou nebo nahráván na mobilní telefon. Pořízený záznam bude k dispozici pouze studentovi a vedoucímu bakalářské práce a po vyhodnocení výzkumu bude smazán. Veškeré citace z poskytnutého rozhovoru budou anonymní a bez vazby na Vaši osobu či rodinu. Rozhovor můžete kdykoliv ukončit, případně nemusíte odpovídat na otázky, které jsou pro Vás citlivé.

SOUHLAS S VÝZKUMNÝM ŠETŘENÍM

Já souhlasím s poskytnutím rozhovoru p. Jaroslavě BUCHTOVÉ, který bude zaznamenán písemně nebo nahráván na mobilní telefon. Jsem si vědom(a), že mohu rozhovor kdykoliv ukončit a že citace z rozhovoru budou použity pouze anonymně.

Podpis účastníka výzkumu:.....Datum:

Podpis studenta:.....Datum