

# **Význam sociální pomoci při resocializaci seniora po cévní mozkové příhodě**

Pavla Vaňková

---

Bakalářská práce  
2017



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

akademický rok: 2016/2017

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Pavla Vaňková**  
Osobní číslo: **H140171**  
Studijní program: **B7507 Specializace v pedagogice**  
Studijní obor: **Sociální pedagogika**  
Forma studia: **prezenční**

Téma práce: **Význam sociální pomoci při resocializaci seniora po cévní mozkové příhodě**

Zásady pro vypracování:

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.

Vymezení terminologie a teoretických východisek z oblasti sociální pedagogiky, sociální gerontologie a sociologie stáří.

Příprava metodiky empirické části, zpracování projektu výzkumu a stanovení výzkumného problému.

Realizace kvalitativního výzkumu formou rozhovorů.

Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.

Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

REICHEL, Jiří. Kapitoly systematické sociologie. Praha: Eurolex Bohemia, 2004, 260 s. Andragogika. ISBN 8086432807.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. Sociální gerontologie, aneb, Senioři mezi námi. Praha: Galén, 2012. ISBN 978-80-7262-900-8.

MŮHLPACHR, Pavel. Gerontopedagogika. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 2004. ISBN 80-210-3345-2.

PROCHÁZKA, Miroslav. Sociální pedagogika. Praha: Grada, 2012. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-3470-5.

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

HENDL, Jan. Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace. 3. vyd. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0219-6.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Lucie Blašítková**  
Ústav pedagogických věd

Datum zadání bakalářské práce: **29. listopadu 2016**

Termín odevzdání bakalářské práce: **26. dubna 2017**

Ve Zlíně dne 29. listopadu 2016

  
doc. Ing. Anežka Lengalová, Ph.D.  
děkanka



  
Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.  
ředitel ústavu

## PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby <sup>1)</sup>;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 <sup>2)</sup>;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně ..... 17.3.2017

.....  
Pavel Kambal

<sup>1)</sup> zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydávalečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

---

(2) *Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.*

(3) *Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

2) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:*

(3) *Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užíje-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).*

3) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:*

(1) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.*

3). *Odpirá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

(2) *Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užit či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

(3) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělků jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlídá k větší výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

## **ABSTRAKT**

Tématem bakalářské práce je význam sociální pomoci při resocializaci seniora po cévní mozkové příhodě. Práce pojednává o složitosti začlenění seniora po cévním onemocnění a způsobu jeho resocializace do společnosti. Bakalářská práce zahrnuje teoretickou a empirickou část. V první kapitole teoretické části se práce zaměřuje na proces socializace a resocializace. Druhá kapitola se zabývá samotným seniorem, vymezením seniorského věku a stářím obecně. Třetí kapitola představuje význam sociální pomoci pro seniora po cévní mozkové příhodě a jeho rodinné příslušníky. Praktická část zahrnuje vlastní kvalitativní výzkum formou rozhovoru. Na základě vymezení teoretických východisek se praktická část zaměřuje na zjištění způsobu resocializace seniora z pohledu rodinných příslušníků.

Klíčová slova:

Resocializace, socializace, senior, stáří, cévní mozková příhoda, sociální pomoc

## **ABSTRACT**

The theme of the thesis is the importance of social assistance in the re-socialization of senior after stroke. Thesis deals with the complexity of the senior integration after vascular disease and it solves re-socialization into the society. Bachelor thesis includes theoretical and empirical part. In the first chapter of the theoretical part it focuses on the process of socialization and re-socialization. The second chapter deals with the seniors themselves, defining old age and aging in general. The third chapter introduces the importance of social services for the elderly after a stroke and his family members. The practical part includes qualitative research through interviews. Based on the definition of the theoretical background the practical part focuses on finding the way in terms of re-socialization senior family members.

Keywords:

Re-socialization, socialization, senior, age, stroke, social assistance

**Poděkování:**

Ráda bych poděkovala paní Mgr. Lucii Blašíkové za odborné vedení, cenné rady, pomoc a vstřícnost při zpracování bakalářské práce. Děkuji také všem účastníkům výzkumu za ochotu a spolupráci při získávání údajů pro výzkumnou část práce.

*„Najít krásu ve smutku, naději ve ztrátě  
a důstojnost v prohře – v tom je skutečné umění života.“*

Arthur Miller

**Čestné prohlášení:**

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

# OBSAH

<b>ÚVOD.....</b>	<b>10</b>
<b>I TEORETICKÁ ČÁST.....</b>	<b>12</b>
<b>1 PROCES SOCIALIZACE A RESOCIALIZACE .....</b>	<b>13</b>
1.1 MECHANISMY SOCIALIZACE .....	15
1.2 ETAPY SOCIALIZACE.....	16
1.3 RESOCIALIZACE.....	20
<b>2 SENIOR.....</b>	<b>23</b>
2.1 STÁRNUTÍ A STÁŘÍ.....	25
2.2 ASPEKTY STÁŘÍ .....	29
2.3 CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA .....	33
2.3.1 Příčiny cévní mozkové příhody .....	34
2.3.2 Důsledky cévní mozkové příhody.....	35
<b>3 SOCIÁLNÍ POMOC .....</b>	<b>36</b>
3.1 SOCIÁLNÍ SLUŽBY.....	37
3.1.1 Příspěvek na péči.....	38
3.2 POMOC POSKYTOVANÁ SENIORU PO CMP .....	39
3.2.1 Tělesné postižení .....	40
3.2.2 Afázie .....	41
3.3 POMOC POSKYTOVANÁ RODINĚ SENIORA PO CMP .....	42
<b>II PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>	<b>45</b>
<b>4 METODOLOGIE VÝZKUMU.....</b>	<b>46</b>
4.1 VYMEZENÍ VÝZKUMNÉHO PROBLÉMU .....	46
4.2 DESIGN VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ .....	46
4.2.1 Vymezení výzkumných cílů.....	47
4.2.2 Vymezení výzkumných otázek .....	47
4.2.3 Výzkumný soubor a způsob jeho výběru .....	48
4.3 TECHNIKA SBĚRU DAT .....	49
4.4 METODY ANALÝZY DAT .....	49
<b>5 ANALÝZA DAT.....</b>	<b>51</b>
5.1 KATEGORIE Č. 1 – CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA.....	53
5.2 KATEGORIE Č. 2 – ZMĚNY .....	55
5.3 KATEGORIE Č. 3 – SLUŽBY .....	60
5.4 KATEGORIE Č. 4 – RESOCIALIZACE.....	63
5.5 KATEGORIE Č. 5 - SPOLUPRÁCE.....	69
<b>6 INTERPRETACE DAT.....</b>	<b>75</b>
<b>7 DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....</b>	<b>81</b>
<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>82</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....</b>	<b>84</b>
<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....</b>	<b>87</b>
<b>SEZNAM OBRÁZKŮ .....</b>	<b>88</b>



<b>SEZNAM TABULEK.....</b>	<b>89</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>90</b>

## ÚVOD

Život každého člověka je nevyzpytatelný. V jednu chvíli jsme zdraví, plní elánu a představ o svém životě, avšak jediný okamžik může vše změnit. Najednou jsou naše priority zcela jiné. Přejeme si, aby se vše vrátilo do starých kolejí a mohli jsme dál pokračovat v naší životní cestě. Záleží jen na nás, jak se k tomu postavíme, jak se přizpůsobíme novému životu. Cévní mozková příhoda je onemocněním, které nemění pouze životy jedinců, ale může změnit celou jejich osobnost. Říká se, že všechno zlé je k něčemu dobré. Je to pravidlo, které může platit i v takové situaci, jako je postižení cévní mozkovou příhodou. Obracíme se na rodinu, která je naší jistotou, přejeme si banální věci, jako je možnost mluvit se svými blízkými, oslovovat je jmény, sdělit jim svoje starosti a trápení, porozumět tomu, co říkají, zvládnout se o sebe postarat. Měla by to být rodina, která se o jedince v takové situaci postará, dá mu pocit jistoty a pomůže mu začlenit se do běžného života. Je důležité naučit se radovat z maličkostí, z každého pokroku vedoucího k cíli.

Bakalářská práce se zabývá významem sociální pomoci při resocializaci seniora po cévní mozkové příhodě. Resocializaci považujeme za opětovné začlenění jedince do společnosti. Senioři jsou jednou z nejvíce ohrožených skupin, které se potýkají s postižením mozkového iktu. Cílem práce je popsat samotný proces resocializace seniora po cévní mozkové příhodě a poukázat na zásadní změny v jeho životě a v životě rodinných příslušníků. Zaměřujeme se na to, jak těžké je pro seniora začlenit se do života společnosti po těžkém onemocnění, a jaký dopad má toto onemocnění na osobnost člověka.

V rámci práce se soustředíme především na proces resocializace, který u seniora po cévní mozkové příhodě nastává. Daným tématem se zabýváme z důvodu jeho dosavadního neprobádání. Resocializaci si nejčastěji spojujeme s osobami ve výkonu trestu odnětí svobody, ale samotná resocializace seniorů je opomíjená. Přitom je velmi důležité zabývat se resocializací seniorů, udržovat je v sociálním kontaktu, a umožnit jim co možná nejkvalitnější prožití života.

V bakalářské práci hovoříme nejprve o procesu socializace, která je součástí života každého jedince, a probíhá ve všech vývojových obdobích. Na socializaci navazuje proces resocializace, která je stěžejním tématem naší práce. Dále se věnujeme vymezení procesu stárnutí a stáří, vymezení seniora a seniorského věku, a uvádíme konkrétní aspekty stáří, které spojujeme s vymezením cévní mozkové příhody, s níž souvisí také její příčiny a následky. Dále se soustředíme na sociální pomoc, konkrétně na služby sociální péče, které mohou

být senioru po cévní mozkové příhodě poskytnuty, a v souvislosti s tím popisujeme nárok na příspěvek na péči. V samotném závěru se zabýváme již konkrétní pomocí jak pro seniora po cévní mozkové příhodě, tak i pomocí pro jeho rodinu.

## I. TEORETICKÁ ČÁST

## 1 PROCES SOCIALIZACE A RESOCIALIZACE

Socializaci chápeme v nejjednodušším pojetí jako začleňování jedince do společnosti. Týká se každé lidské bytosti a není možné, aby jedinec ve svém životě neprošel tímto procesem. Socializace probíhá a je součástí každé vývojové etapy, kterou v životě procházíme. Pod pojmem socializace si představujeme něco, co je bezprostřední součástí života, a čím si musí každý jedinec projít, aby mohl vést plnohodnotný život. Pomocí socializace se učíme žít ve společnosti, přijímáme určité normy, hodnoty, postoje a způsoby chování.

Socializací a socializačním procesem se zabývá spousta autorů. Miroslav Procházka definuje socializaci jako „*proces, který trvá celý život a v jehož průběhu si jedinec osvojuje formy jednání a chování, poznatky, jazyk, hodnoty a kulturu a začleňuje se tak do společnosti.*“ (Procházka, 2012, s. 90). Ztotožňuje se tak s definicí socializace od Blahoslava Krause, který uvádí, že „*socializace je celoživotní proces, v jehož průběhu si jedinec osvojuje specificky lidské formy chování a jednání, jazyk, hodnoty, kulturu a začleňuje se tak do společnosti.*“ (Kraus, 2001, s. 54)

Socializace je proces, ve kterém probíhá formování osobnosti člověka a utváří se určité sociální vztahy a procesy. Socializace je považována za celoživotní proces. Každý jedinec prochází v životě různými životními etapami, v nichž se setkává s novými sociálními situacemi, poznává nové sociální skupiny, do nichž se musí nějakým způsobem začlenit, nebo je jeho začlenění se do těchto sociálních skupin v jeho zájmu, a touží být jejich součástí. Aby se jedinec mohl začlenit do určité sociální skupiny a stát se tak jejím členem, musí se identifikovat s jejími normami a hodnotami. Výběr sociální skupiny se liší na základě věkového období jedince. (Reichel, 2004, s. 171 - 173)

Podle Jiřího Reichela, je „*stěžejním atributem procesu socializace jeho komplexnost, což znamená, že je socializováno nejen konání jedince, ale také procesy jeho vnímání, chápání, poznávání a také jeho city.*“ (Reichel, 2004, s. 173). S výrokem se ztotožňujeme. Socializaci jako celoživotní proces chápeme nejenom jako pouhé začlenění se do společnosti, ale také jako získávání určitého způsobu chování, které zahrnuje již zmíněné vnímání a chápání světa.

Oldřich Matoušek pojímá socializaci jako „*proces utváření osobnosti člověka.*“ (Matoušek, 2008, s. 193). Tvrdí, že postupným vytvářením vazeb s jinými lidmi si osvojujeme kulturu a začleňujeme se tak do společnosti. (Matoušek, 2008, s. 193)

Milan Nakonečný definuje socializaci jako „celoživotní proces sociálního učení, který není jen pasivním přebíráním poznatků a postojů, ale je také aktivním získáváním zkušeností v sociálních interakcích.“ (Nakonečný, 2005, s. 31)

Podle Jandourka je socializace „pojmem, který označuje osvojování si norem, zvyků, idejí, hodnot, tradic, jazyka, symbolů a sociálních rolí v dané společnosti. Během tohoto procesu jedinec získává dovednosti, které bude potřebovat pro společný život s dalšími lidmi.“ (Jandourek, 2012, s. 208)

Socializací se zabývá také Dana Knotová, která vymezuje socializaci jako „komplexní celoživotní proces, kterým si člověk osvojuje kulturu a formuje se jako sociální a individuální bytost.“ (Knotová, 2014, s. 23). V širším slova smyslu chápeme socializaci jako proces, který umožňuje jedinci včlenit se a žít život v určité společnosti. Knotová chápe socializaci jako interakční proces, tedy proces, v němž dochází k vzájemnému působení jedinců s konkrétním prostředím. Cílem socializace je schopnost společného soužití s druhými lidmi, schopnost vzájemné spolupráce a efektivní komunikace. Jedinec by se měl naučit chovat tak, jako by byl pod stálou sociální kontrolou. (Knotová, 2014, s. 23)

Zde můžeme vidět souvislost s Janem Kellerem, který taktéž hovoří o sociální kontrole jako cíli socializace. Jan Keller uvádí, že „cílem socializace je zformovat bytost, která se bude i o samotě chovat tak, jako by byla pod stálým dohledem ostatních členů skupiny. Toho lze dosáhnout tehdy, přijme-li jedinec za své nejen vědění, ale též hodnoty, normy a měřítko své kultury.“ (Keller, 2004, s. 38)

Jan Keller také popisuje dva důvody, kdy socializace představuje pro společnost základní problém. Prvním z nich je stav „neuspokojivé socializace, kdy jedinci jsou neschopni vstupovat do běžných interakcí s druhými členy skupiny, a tak vznikají sociálně narušení jedinci, kteří nedokáží respektovat normy společného soužití a zapojovat se do společných akcí. Druhým důvodem je pak situace, kdy společnost bez socializace není schopna předávat své základní normy a hodnoty následující generaci a rozpadá se.“ (Keller, 2004, s. 38 – 39)

Na základě dosud uvedených definic konstatujeme, že socializace je považována za celoživotní proces. Můžeme říci, že autoři se na tomto tvrzení shodují. Socializace probíhá v každém věkovém období jedince, avšak má různé podoby. Zásadním principem socializace je získávání a osvojování si určitých norem, hodnot, tradic a jazyka, učení se novým sociálním rolím a vrůstání do kultury. Setkáváme se také s různými riziky socializace, které mohou ovlivnit život dalších generací. Dalším podstatným znakem socializace je její

uskutečnění prostřednictvím sociálního učení, které je nezbytnou součástí života každého jedince. Sociálnímu učení se blíže věnujeme v další kapitole.

## 1.1 Mechanismy socializace

Každá lidská bytost se socializuje prostřednictvím sociálního učení. Mezi druhy sociálního učení zařazujeme napodobování, identifikaci a učení za pomoci odměn a trestů, tedy sociální posilování. Sociální učení probíhá již od raného dětství a je součástí všech vývojových období.

Miloslav Petrušek uvádí, že „základním předpokladem pro přeměnu člověka jako biologické bytosti v bytost sociální je sociální učení, které se odehrává v kontaktu, v sociální interakci s jinými lidmi, zejména s rodiči a jinými blízkými osobami.“ (Petrušek, 2009, s. 56)

Prostřednictvím sociálního učení se jedinec učí používat předměty různého charakteru, které jsou důležité pro život ve společnosti (např. používání příboru či kapesníku), učí se základním činnostem týkající se přežití, dále také hodnotám a normám a v neposlední řadě také symbolům dané kultury, mezi které patří bezvýhradně jazyk. (Petrušek, 2009, s. 56 – 57)

### Napodobování

Velký vliv na rozvoj osobnosti dítěte má chování lidí, kteří jsou v jeho bezprostřední blízkosti. Dítě již od raného dětství napodobuje to, co dělají dospělí. Učí se napodobovat jejich mimiku, gesta, ale také chování, které může být laskavé, ale i agresivní. Takové způsoby chování si dítě ukládá a může se projevit později v jeho budoucnosti. Později může docházet k napodobování vrstevníků nebo např. oblíbených dětských hrdinů. Podle Jiřího Reichela „jedinec při napodobování přejímá pouze takové způsoby a postupy, které vyzoroval jako účelné, efektivní a odměňované.“ (Reichel, 2004, s. 187) Nakonečný (2005, s. 42) hovoří v rámci napodobování o imitaci, neboli observačním učení. Jedná se o takové učení, kdy na jedince působí nejen to, zdali je sám trestán nebo odměňován, ale také když vidí, že za určité chování je trestán nebo odměňován někdo jiný. Imitace je neuvědomované napodobování, v rámci něhož jedinec touží po odměně a vyhýbá se trestům.

### Identifikace

O identifikaci, jako o dalším způsobu sociálního učení, hovoříme jako o ztotožnění jedince s určitou osobou, k níž má daný jedinec silný citový vztah. Cílem je se co nejvíce určitě

osobě podobat, chovat se stejným způsobem, napodobovat jeho styl, ztotožňovat se s jeho názory či osobnostními charakteristikami a vlastnostmi, jako může být např. statečnost, bezohlednost a jiné. Nakonečný uvádí, že „*v raném věku se ztotožňujeme se svými rodiči, posléze s rodičem stejného pohlaví, a napodobujeme jejich chování a vyvozujeme z něj určitá pravidla.*“ (Nakonečný, 2005, s. 41). Jedinec se může identifikovat také se slavnou osobností či imaginární postavou, kterou může představovat jakýkoliv filmový i literární hrdina. Další skupinou, s níž se může jedinec identifikovat je tzv. skupina referenční. Jedná se o skupinu, do níž by chtěl jedinec z nějakého důvodu patřit a chtěl by být její součástí. (Reichel, 2004, s. 187)

### **Učení sociálním zpevněním**

Posledním druhem sociálního učení je tzv. sociální posilování, také nazývané jako učení sociálním zpevněním, tedy sociální učení pomocí odměn a trestů. Jiří Reichel uvádí, že „*chování, které je žádoucí, je odměňováno, a tím se upevňuje. Naopak chování, které je nežádoucí a nevhodné, je trestáno, a proto od něj jedinec opouští.*“ (Reichel, 2004, s. 186). Udělením pochvaly posilujeme u jedince pocit jistoty, avšak udělením trestu podporujeme u jedince vznik úzkosti. (Nakonečný, 2005, s. 42) Proto můžeme říct, že důležitou součástí učení prostřednictvím sociálního posilování je internalizace, tedy zvnitřnění určitých norem a hodnot, která vede jedince k takovému chování, které bude odměněno. (Reichel, 2004, s. 187)

## **1.2 Etapy socializace**

Na základě věku a vývojového období, v němž se jedinec nachází, a v němž se odehrává proces socializace, můžeme rozlišovat určité etapy. Jedním z mnoha pojetí členění etap socializace je rozdělení podle Miroslava Procházky, který rozdělil proces socializace do tří etap, z nichž „*první etapou je identifikace dítěte s matkou, druhá etapa je charakteristická touhou osamostatnění jedince a nalezení svého místa ve společnosti, a rámci poslední etapy se jedinec začleňuje do širších sociálních vztahů a systému sociálních rolí, které už nejsou vymezeny pouze životem v rodině, ale vstupem do dalších sociálních skupin.*“ (Procházka, 2012, s. 91)

Zásadní roli v každé socializační etapě hraje tzv. socializátor, tedy ten, kdo se podílí na socializaci jedince. Etapy socializace členíme na socializaci primární a sekundární. Značnou roli socializátora zastávají v primární i sekundární socializaci masmédiá. Prostřednic-



tvím televize, tisku, rozhlasu, internetu a mnohého dalšího, jsou jedinci předávány různé poznatky, včetně sociálních, a to již od nejútlejšího věku, až do pozdního stáří. (Reichel, 2004, s. 176 – 178)

V procesu socializace se tedy můžeme zaměřit na různé etapy života, v nichž socializace probíhá. Mezi tyto etapy patří „*socializace v raném dětství, v dětství, socializace mladistvých, mladých dospělých, socializace v dospělosti a ve stáří.*“ (Reichel, 2004, s. 178 – 179)

Reichel dále uvádí podrobnější popis jednotlivých vývojových etap, v nichž probíhá samotná socializace. Pro socializaci v raném období je nejdůležitějším socializátorem pro jedince jeho rodina. Zpočátku je v popředí matka a poté i další členové rodiny. V tomto období se formuje osobnost dítěte, kdy dítě získává určité emocionální a psychosociální znaky, je součástí sociálních interakcí, učí se návykům, komunikaci a poznává určité normy a hodnoty života. Postupně přichází do kontaktu s vrstevníky a učí se přijímat nové sociální role. (Reichel, 2004, s. 180 – 181)

Hlavním znakem socializace v dětství je přechod z rodinného prostředí do prostředí školního. Rodina ustupuje do pozadí a do popředí se dostávají vrstevníci, s nimiž dítě navazuje sociální kontakty a pomalu se začíná začleňovat do kolektivu. Později přestává být hlavní činností dítěte hra a nastupují povinnosti. Dítě se učí rozlišovat čas určený pro hru a čas určený pro povinnosti. Socializátorem v tomto období je nejenom rodina a vrstevníci dítěte, ale stává se jím také učitelka, popřípadě vychovatelka a ostatní pedagogičtí pracovníci. Dítě se stává členem různých zájmových kroužků, v nichž si utváří nové sociální vztahy a role. (Reichel, 2004, s. 181 - 182)

V období dospívání se důležitým socializátorem stává škola, především pak spolužáci a kamarádi. Mladiství se socializují do různých sociálních skupin, a to zejména na základě určité zájmové činnosti. Mladistvý jedinec se výrazně upíná k vrstevníkům a utváří si své místo a postavení ve společnosti a začíná řešit svou sexuální roli a dostává se do interakce s jedincem druhého pohlaví. (Reichel, 2004, s. 182) „*Hlavní činností tohoto období je učení a vzdělávání se, pomocí něhož se z dítěte stává svébytná, většinou již v základních rysech zrale socializovaná bytost.*“ (Reichel, 2004, s. 182)

Za mladého dospělého považujeme jedince, který se po ukončení střední školy dostává do kontaktu s prací, nebo se dále věnuje studiu na vysoké škole. Zásadním bodem je převzetí zodpovědnosti za určitou pracovní roli a učení se samostatně řešit problémy. Za socializá-

tory v tomto období považujeme v případě zaměstnání nadřízené a spolupracovníky, v případě studia na vysoké škole učitele a přátele a mnohdy může být socializátorem již „*vlastní, nově založená rodina*.“ (Reichel, 2004, s. 183)

V dospělosti je jedinec vystaven neustálému rozhodování a adaptaci na nové situace. Je členem formálních i neformálních skupin. Jeho pracovní život může být podmíněn rekvalifikací, kdy se musí neustále vzdělávat a profesionalizovat. V životě se dospělý jedinec setkává se stále novými lidmi, vytváří si nové citové vztahy a v důsledku toho dochází k zakládání vlastní rodiny. Dospělý jedinec řeší problémy na základě dosavadních sociálních zkušeností a podporu mu mohou poskytovat socializátoři, mezi něž řadíme přátele, rodinu, ale také odborníky, např. psychology. (Reichel, 2004, s. 184)

Poslední etapou, v níž je socializace důležitou součástí života, je stáří. Socializace ve stáří souvisí s námi zkoumaným problémem, a proto jí věnujeme pozornost a uvádíme konkrétní sociální události, k nimž v průběhu stáří dochází, a na něž se musí senior adaptovat. Jedná se o období, kdy jedinec přestává být pracovně aktivní a odchází ze zaměstnání, což může mít za důsledek ztrátu sociálních kontaktů a celkovou izolaci od okolí. V tomto období se jedinec setkává i s dalšími pro něj nepříjemnými faktory, mezi které řadíme např. osamocení, ztrátu životního partnera, často také tzv. syndrom prázdného hnízda, který je charakteristický odchodem dětí z domova, dále to může být nepřiměřená vzdálenost dětí a jejich rodin. Mezi závažné faktory patří také fyzické změny a omezení, jako je snížená pohyblivost, zhoršení zraku a sluchu a chronická onemocnění. Postupně dochází ke zhoršování paměti, koncentrace a častější únavě. I přesto by se ale měl jedinec socializovat do společnosti. Může navštěvovat různé zájmové organizace a být tak ve společnosti svých vrstevníků. V souvislosti se stářím hovoříme o tzv. „*modelu aktivního stáří*“, *jehož snahou je udržovat se v dobré fyzické, psychické a sociální kondici*.“ Jedním z důležitých socializačních faktorů může být další vzdělávání, které může jedince naplňovat a být pro něj smyslem života. Důležitým socializačním úkolem v období stáří je příprava na smrt. (Reichel, 2004, s. 184)

První etapou socializace je **primární socializace**, která se uskutečňuje prostřednictvím rodiny a rodinného prostředí. Nejužší rodina a ostatní příbuzní jsou tedy nejdůležitějšími socializačními činiteli v rámci primární socializace. S primární socializací se setkáváme již od raného vývoje jedince. Jedinec přijímá základní kulturní návyky (např. hygienické, stravovací, aj.) a utváří si svůj svět. Velmi důležitou roli hraje pro jedince v primární socializaci socializátor, na kterém je jedinec zcela závislý a pociťuje k němu silnou citovou vaz-

bu. Postupným osvojováním si určitých norem a hodnot dochází k jejich internacionalizaci, tedy zvnitřnění. (Reichel, 2004, s. 177)

Primární socializaci podle Milana Nakonečného rozumíme „*osvojování si sociokulturních způsobů prožívání a chování, které se týká především osvojení systému základních kulturních návyků, osvojování si mluvené řeči, přebírání role svého věku a pohlaví a orientace v daném systému společenských standardů a hodnot, tedy co je a co není vhodné, co je a co není pravdivé, a podobně.*“ (Nakonečný, 2005, s. 31) Na základě uvedené definice primární socializace vyzdvihujeme především osvojování si základních návyků a hodnot, způsobu řeči a přizpůsobení se sociální roli, která je adekvátní k věku jedince.

Jak již bylo řečeno, primární socializace se uskutečňuje v raném období života dítěte, a proto „*nejdůležitějším prostředkem primární socializace je u dítěte nápodoba jeho rodičů a identifikace s nimi.*“ (Nakonečný, 2005, s. 31) S uvedeným tvrzením se ztotožňujeme a klademe důraz na rodinu, která je pro dítě největším vzorem, a která se podílí na jeho socializaci do společnosti, a ovlivňuje tak životy nejen svých dětí, ale celé společnosti.

Nezbytnou součástí primární socializace je „*příslušnost k určitému sociokulturnímu prostředí. Mezi podmínky socializace tak můžeme zařadit společenské postavení a finanční příjem rodičů, lokalitu, v níž rodina žije, příslušnost k etnické menšině a další.*“ (Nakonečný, 2005, s. 31). Na základě výše uvedených poznatků můžeme konstatovat, že rodina je pro dítě v raném období nejdůležitějším socializačním činitelem. Proto se právě primární socializace uskutečňuje v rodinném prostředí, kde zásadní je způsob rodinné výchovy, vzájemné vztahy mezi členy rodiny, rodinná atmosféra, a jiné. (Nakonečný, 2005, s. 32)

**Sekundární socializace** navazuje na socializaci primární a je zároveň druhou etapou socializace. Nastává tehdy, když jedinec nastupuje do školy a dostává se do vztahů a interakcí se svými vrstevníky. Zde získává jedinec novou sociální roli, a to roli žáka a spolužáka. (Procházka, 2012, s. 92)

Pro sekundární socializaci již není podstatný pouze jeden socializátor, k němuž má jedinec silnou citovou vazbu, tedy rodina, ale v případě sekundární socializace bývá socializátor zaměnitelný, tzn., že socializátorem mohou být přátelé, kamarádi, učitelé, vychovatelé, a jiní. (Reichel, 2004, s. 177) „*Významným aspektem sekundární socializace je možnost zaujímat k předkládaným hodnotám a normám určité hodnotící stanovisko, které je zdrojem rozvoje samostatně se rozhodující osobnosti.*“ (Reichel, 2004, s. 178) K danému tvrzení se přikláníme z toho důvodu, že jedinec si utváří vlastní osobnost na základě poskyto-

vaných hodnot a norem, které jsou mu předkládány jeho okolím, a samostatně pak vyhodnocuje, co je a co není správné.

*„Sekundární socializace je zaměřená na výchovu a vzdělávání ve škole, na získávání sociálních zkušeností v zaměstnání nebo v různých organizacích.“* Za důležitého činitele sekundární socializace jsou považována masmédiá. U dospělých jedinců je poté důležitá kultura a pracovní prostředí, v němž jsou zaměstnání. (Nakonečný, 2005, s. 30 – 31)

Dana Knotová uvádí, že *„do sekundární socializace vstupují spolužáci, vrstevníci, škola, stát prostřednictvím svých institucí, společenské organizace, média a reklama, a také veřejné mínění.“* (Knotová, 2014, s. 26) Knotová tak upozorňuje na to, že sekundární socializace nemusí probíhat pouze prostřednictvím školy a vrstevníků, ale že existují i jiné faktory, které jsou v rámci sekundární socializace podstatné, a nesmíme je opomíjet.

Oldřich Matoušek se ztotožňuje s ostatními autory a tvrdí, že *„sekundární socializace probíhá ve výchovných, vzdělávacích, případně dalších institucích a prostředích, do nichž se dítě dostává.“* (Matoušek, 2008, s. 193)

Jandourek vymezuje také socializaci terciární, kterou označuje za *„fázi socializace, která navazuje na fázi primární a sekundární socializace a trvá po celý následující život. Jedinec se v této fázi učí dostát novým požadavkům ve změněné životní situaci.“* (Jandourek, 2012, s. 209)

Na základě vymezených definic primární a sekundární socializace je patrné, že autoři vnímají primární i sekundární socializaci se stejným základem. My se ztotožňujeme s jejich názory, avšak domníváme se, že by se sekundární socializace měla více zaměřovat na jedince v období dospělosti a především stáří, a na celkový proces socializace v tomto období.

### 1.3 Resocializace

V souvislosti s procesem socializace považujeme za nutné vymezit také proces resocializace, která je pro nás stěžejním tématem. Jedná se o znovu začlenění jedince do společnosti. Jiří Reichel popisuje resocializaci v obecném slova smyslu a tvrdí, že *„resocializace je další, opětovná socializace jedince, u kterého podobný proces již proběhl. Jedinec vstupuje do pro něho zcela nového prostředí (nová sociální skupina, nové zaměstnání), případně se ocitá v dosud pro něho neznámé sociální situaci (rodičovství, odchod do důchodu, nemoc, apod.).“* (Reichel, 2004, s. 189)

Oldřich Matoušek vymezuje resocializaci jako „*návrat ke společensky přijatelnému chování u lidí, kteří se od něj odchýlili. Neobejde se bez změn hodnotové orientace.*“ (Matoušek, 2008, s. 174)

Průcha a Veteška rozlišují resocializaci v širším a v užším slova smyslu. Tvrdí, že „*v širším slova smyslu představuje resocializace proces, v jehož průběhu dochází u člověka k sociálním změnám s cílem přizpůsobit se životu ve společnosti. V užším smyslu jde o proces, v němž se lidé učí nové role, zatímco se odučují některé stránky těch starých. Proces resocializace vyžaduje odučení přijatých norem, hodnot, názorů a zvyků, aby mohly být nahrazeny novým souborem, který je považován za příhodný pro novou roli.*“ (Průcha, Veteška, 2014, s. 235). S uvedenou definicí v užším slova smyslu se neztotožňujeme. Pokud bychom se dívali na resocializaci jedince po určitém onemocnění, tak není naším cílem odučit jedince jeho normám, hodnotám a názorům, ale snažíme se jej začlenit do společnosti takovým způsobem, aby nepozoroval větší rozdíly ve srovnání s životem před nemocí.

Podle Jiřího Reichela můžeme resocializaci dělit na záměrnou a neuvědomělou. V rámci záměrné resocializace hovoříme o takové resocializaci, která vychází ze strany jedince, a jeho snahy začlenit se do nového prostředí, aniž by uvažoval nad tím, zda se v daném prostředí ocitl náhodou či záměrně. Pro neuvědomělou resocializaci je charakteristické neprojevení jakékoli snahy, které by ovlivnilo či urychlilo proces resocializace. Může docházet také k případům, kdy jedinec začne proces resocializace brzdit, a to buď záměrně či spontánně, z důvodu odporu k danému prostředí, v němž se zcela nedobrovolně ocitl. (Reichel, 2004, s. 189)

Samotný proces resocializace je závislý na tom, do jaké míry je jedinec schopný a ochotný přizpůsobit se novému prostředí. Z toho vyplývá, že zásadní roli pro úspěch v procesu resocializace hraje adaptace. Významnou roli v procesu resocializace zastává i tzv. míra odlišnosti, která určuje, jak a čím se odlišuje nové prostředí od prostředí původního, v němž byl jedinec socializován. Na základě toho tvrdíme, že velký vliv na resocializaci má především prostředí, do kterého se jedinec dostává. Sledujeme zde vzájemné vztahy jedince a nového prostředí, toleranci, ochotu pomoci, navazování přátelských kontaktů, apod. (Reichel, 2004, s. 189)

Na základě uvedených poznatků usuzujeme, že Jiří Reichel se ztotožňuje s pojetím resocializace podle Hany Maříkové, která v sociologickém slovníku vymezuje resocializaci jako

*„proces, jímž jedinec již jednou prošel. Rychlost a charakter průběhu resocializace závisí na schopnosti adaptace jedince na určitou změnu, na ochotě změnit hodnotovou orientaci, přijímat nové vzory chování, na otevřenosti nového sociálního systému vůči jedinci a na ochotě pomoci mu při resocializaci, a jiné.“* (Maříková, 1996, s. 924)

Maříková dále uvádí důvody, které stojí za příčinou resocializace, a mezi které zařazujeme změnu osobnosti v rámci určitého vývojového období, změnu duševních a fyzických vlastností, jako je např. vážné onemocnění, a zásadní změna zaměstnání či bydliště. (Maříková, 1996, s. 924 – 925)

O resocializaci hovoříme v případě, kdy se jedná o *„změny podstatné a zásadní. Nejčastěji se však o resocializaci mluví v souvislosti s výraznou osobní životní změnou jedince, která může být doprovázena sociálními, psychickými i somatickými důsledky.“* (Reichel, 2004, s. 190). S uvedeným pojetím resocializace souhlasíme. K resocializaci dochází v případě vzniku vážné sociální situace, která značí pro jedince určitou životní změnu ovlivňující jeho celý dosavadní život, a na niž se může jedinec úspěšně či neúspěšně adaptovat.

Helena Haškovcová pojímá resocializaci jako *„proces, v jehož průběhu se člověk zařazuje do běžného života společnosti. V případě nemocných seniorů, kteří jsou propuštěni do domácí péče, trvá, než si zvyknou a jsou schopni praktikovat běžný a přiměřený způsob života a obnovit sociální vazby nebo v nich pokračovat s rodinnými příslušníky, přáteli nebo sousedy.“* (Haškovcová, 2012, s. 142). S vymezením resocializace podle Haškovcové se ztotožňujeme, protože neopomíjí situaci seniorů, kteří se po onemocnění mají vrátit zpět do běžného způsobu života a znovu se tak učít žít svůj život, který může být daným onemocněním velmi ovlivněn.

Mezi další důvody resocializace můžeme zařadit jakákoli vážná onemocnění a úrazy, která mohou mít psychické i fyzické následky, a která mohou vést ke ztrátě vlastní osobnosti či identity. V takovém případě se upínáme k použití různých psychologických, pedagogických a sociálně terapeutických postupů, kterými se snažíme pomoci postiženému jedinci vrátit se zpět do normálního života. (Reichel, 2004, s. 190 – 191)

Na základě vymezených definic se přikláníme k Jiřímu Reichelovi, který pojímá resocializaci jako proces opětovné socializace jedince a zaměřuje se na to, že resocializace je důležitá i pro osoby po vážném onemocnění či úrazu. Ztotožňujeme se s názorem týkající se důležitosti jedincovi ochoty pracovat na svém znovu začlenění do společnosti a spolupracovat s blízkým okolím.

## 2 SENIOR

Z hlediska sociální politiky označujeme za seniora jedince, který dosáhl důchodového věku. Za seniora považujeme člověka staršího 65 let. Existují definice, které vymezují seniora z pozitivního pohledu, ale máme také definice, v nichž se setkáváme s negativním pohledem na seniora a stařecký věk. Haškovcová definuje seniora jako „*staršího člověka, ale také nejstaršího a zpravidla váženého člena nějakého společenství.*“ (Haškovcová, 2012, s. 148). S danou definicí se ztotožňujeme, protože jako jedna z mála pohlíží na seniora pozitivně a klade důraz na to, že senioři jsou vážení členové naší společnosti. Helena Haškovcová upozorňuje na to, že dříve byl senior označován nelichotivými slovy, jako je např. „*stařena, stařec, bába či dědek*“, a dospívá k názoru, že „*nejlepším řešením je označit seniory jednoduše jako starší občany.*“ (Haškovcová, 2010, s. 21 – 22)

Podle definice Světové zdravotnické organizace je „*stařecký věk neboli senescence obdobím života, kdy se poškození fyzických či psychických sil stává manifestní při srovnání s předešlými životními obdobími.*“ (In Haškovcová, 2010, s. 20). S uvedenou definicí zcela souhlasíme. I přesto, že ve stáří ubývá fyzických i psychických sil, nemusí to být vždy pravidlem. Každý jedinec, senior, je individuální, a jsou i takoví, kteří si udržují psychickou i fyzickou zdatnost po celý svůj život a stále jsou aktivní bez ohledu na jejich věk.

Senior může být vymezen též jako „*starý člověk, který je charakterizován svou příslušností k věkové skupině definované dosažením 60, respektive 65 let. Je spojován se sociálním statutem důchodce, je považován za neaktivního či neproduktivního a předpokládány jsou i zdravotní charakteristiky spojené s involucí – ztrátou funkčních schopností a postupnou ztrátou soběstačnosti.*“ (Matoušek, Kodymová, Koláčková, 2005, s. 163). Na základě uvedené definice se ztotožňujeme s věkovým vymezením seniora, ale nemůžeme souhlasit s jeho označením za důchodce a s jeho celkovým negativním pojetím, z něhož vyplývá, že senior je svou neaktivností a zdravotními problémy přítěží společnosti. Jak jsme již uvedli, je nutné pohlížet na seniory individuálně a neposuzovat všechny stejným způsobem.

Hartl a Hartlová vymezují seniora jako „*staršího ze dvou osob stejného jména, např. otec, dále jako označení pro starší členy učitelského sboru či jiných spolků a organizací, a v neposlední řadě také jako označení občanů starších 60 let.*“ (Hartl, Hartlová, 2015, s. 530). S uvedenou definicí nesouhlasíme, protože nevidíme důvod, proč bychom měli za seniory považovat právě starší členy učitelského sboru, a dále se neztotožňujeme s vymezením věkové hranice seniora, a to od 60 let.

V rámci seniorské populace neexistuje žádný „typický senior“, a to je hlavním důvodem toho, proč je nesnadné seniora vymezit. Při definování seniorů se nejvíce shodujeme ve vymezení seniorského věku. Jednotliví senioři se od sebe liší mnoha různými znaky, mezi které zařazujeme zdravotní stav, životní styl, rodinné zázemí, ekonomické a bytové podmínky, dále se mohou lišit vzděláním, životními a pracovními zkušenostmi, zájmy, životními hodnotami a normami, osobnostními rysy a představami o životě a především se od sebe liší věkem. Na seniory můžeme tedy pohlížet jako na „*lidi sice funkčně znevýhodněné, s horším potenciálem zdraví, než jaký vykazovali ve středním věku, a s vyšším rizikem onemocnění, nikoli však jako na lidi postproduktivní, vesměs závislé na pomoci jiných a funkčně nezlepšitelné.*“ (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012, s. 27). Na základě uvedené definice se domníváme, že spadá k definicím, které pohlíží na seniory z pozitivního pohledu, a to i přes vyjádření negativních situací, které seniora mohou potkat, ale je zde zdůrazňováno, že nelze seniory považovat za neproduktivní a nesoběstačné.

Dana Benešová tvrdí, že „*senioři jsou velmi odlišní svou zkušeností, svým psychickým i fyzickým stavem, mají odlišné osobnostní předpoklady, jiné zájmy apod.*“ (Benešová, 2014, s. 14). Danou definicí se utvrzujeme v přesvědčení, jak důležité je chápat seniory jako individuální bytosti.

Na základě zájmů a potřeb můžeme rozlišovat seniory **elitní**, kteří jsou schopní extrémních výkonů do vysokého věku (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012, s. 29), **zdatné**, tedy seniory, kteří si udržují dobrou fyzickou kondici a zvládají náročné výkony, seniory **nezávislé**, kteří jsou typičtí zvládnutím běžných každodenních činností a nevyžadují podporu rodiny, ale špatně snáší určité kalamitní situace, mezi které patří různá onemocnění, intenzivní pohybová rehabilitace, aj. Dalšími typy jsou senioři **křehcí**, kteří jsou ohroženi selháním či zhoršením zdravotního stavu, a kteří samostatně nezvládají běžné každodenní činnosti a vyžadují ošetrovatelskou péči. Senioři **závislí** nezvládají sebeobslužné činnosti jako je samostatný příjem potravy, oblékání, mytí, výkon fyziologických potřeb, a jiné, a vyžadují tak nepřetržitou péči druhé osoby. Dále rozlišujeme seniory **zcela závislé**, kteří jsou upoutáni na lůžko a často mohou trpět syndromem demence. Důležité je poskytování ošetrova-



telské péče a nepřetržitý dohled nad těmito seniory. Posledním typem seniorů jsou senioři **umírající**, kteří vyžadují potřebu paliativní péče<sup>1</sup>. (Kalvach, Onderková, 2006, s. 14 – 15)

## 2.1 Stárnutí a stáří

Stárnutím a stářím se zabývá gerontologie. Jedná se o vědu, jejíž pojem vychází z řeckého slova *geron*, tj. starý člověk, a pojmu *logos*, tedy nauka. Gerontologii můžeme definovat jako „*interdisciplinární vědu, souhrn poznatků o stáří a starých lidech, která zkoumá příčiny a projevy stárnutí, problematiku života starých lidí a života ve stáří.*“ (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012, s. 63)

S výše uvedenou definicí se ztotožňuje Mühlpachr, který tvrdí, že „*gerontologie není samostatná vědní disciplína, ale souhrn poznatků o stárnutí a stáří.*“ (Mühlpachr, 2004, s. 10)

Podle Haškovcové je „*gerontologie, tedy věda o stárnutí a stáří, uznávanou vědeckou disciplínou.*“ (Haškovcová, 2010, s. 201). Při srovnání s předchozími definicemi pozorujeme určitý rozdíl v samotném pojetí gerontologie jako vědy, která se v posledních letech rozvíjí jako vysokoškolský studijní obor. Součástí gerontologie je gerontologie sociální, jejímž zakladatelem je G. Halla. Sociální gerontologie zkoumá vztah mezi seniorem a společností, stárnutí společnosti a život ve stáří. Zabývá se několika aspekty, mezi které patří např. aspekty sociální, ekonomické, medicínské či biologické. Hlavním cílem je předcházet předčasnému stárnutí, usilovat o zdravé stárnutí podmíněné soběstačností, a zlepšovat kvalitu života seniorů. (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012, s. 63 - 64)

Důležitou a nevyhnutelnou součástí života je proces **stárnutí**, který charakterizujeme jako proces, který začíná již v době narození lidského jedince a probíhá po celý život. Stárnutím se zabývá celá řada autorů. Mühlpachr (2004, s. 22) vymezuje stárnutí jako „*individuální proces, který probíhá se značnou interindividuální variabilitou (každý člověk stárne do určité míry svým tempem) danou nejen různou genetickou výbavou, ale také různými životními podmínkami, interakcemi s prostředím, odlišným zdravotním stavem i životním stylem.*“ Na základě uvedené definice se přikláníme k tomu, že proces stárnutí může být

---

<sup>1</sup> Paliativní medicína je péče o nemocné, jejichž nemoc nereaguje na kurativní léčbu. Nejdůležitější je léčba bolesti a dalších symptomů, stejně jako řešení psychologických, sociálních a duchovních problémů nemocných. Cílem paliativní medicíny je dosažení co nejlepší kvality života nemocných a jejich rodin. (WHO, In Haškovcová, 2007, s. 37)

mnohdy urychlený v závislosti na různých faktorech, kterými může být jedinec ovlivňován, převážně tedy životním stylem jedince, pod kterým si představujeme způsob stravování, dostatečnou pohybovou aktivitu, schopnost vyrovnávat se s náročnými životními situacemi a udržování sociálního kontaktu.

Ondrušová (2011, s. 13) pojímá stárnutí jako „*důležitou osobní zkušenost, se kterou se setká každý z nás. Stárnutí nelze chápat jen jako proces degradace, úbytku sil a opakovaných ztrát. Je to životní období, které má svou cenu – své radosti, ale i smutky, naděje i zklamání, hodnoty i trápení.*“ S uvedenou definicí se zcela ztotožňujeme a vnímáme ji jako jednu z mála, která pojímá stáří jako něco přínosného. Poukazuje na to, že stárnutí není něčím, co s sebou přináší pouze negativa, ale nese i spoustu pozitiv a zkušeností.

Benešová (2014, s. 42) vymezuje stárnutí jako „*souhrn změn ve struktuře a funkcích organismu, které podmiňují jeho vyšší zranitelnost, pokles schopností a výkonnosti jedince.*“

Ztotožňujeme se s přirovnáním stárnutí k plynutí vody podle Jara Křivohlavého (2011, s. 17). V rámci daného přirovnání chápeme stárnutí jako celoživotní proces, kterému se není možné bránit, a který nelze zastavit. Na základě uvedených definic můžeme konstatovat, že stárnutí je celoživotní proces a určitý biologický jev, který může být v průběhu života ovlivněn několika faktory, které mohou mít na proces stárnutí značný vliv a může tak docházet k jeho urychlení.

Neodmyslitelnou součástí života je **stáří**, které je důsledkem procesu stárnutí. Stáří můžeme definovat jako „*obecné označení pozdních fází ontogeneze. Jde o poslední vývojovou etapu, která uzavírá, završuje lidský život.*“ (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012, s. 19). Podobně se ke stáří staví také Mühlpachr, který stáří vymezuje jako „*obecné označení pozdních fází ontogeneze, přirozeného původu života. Je důsledkem a projevem geneticky podmíněných involučních procesů vzniklých dalšími faktory (chorobami, životním způsobem a životními podmínkami) a je spojeno s řadou významných sociálních změn (osamostatnění dětí, změna sociálních rolí, aj.).*“ (Mühlpachr, 2004, s. 18). V úvodu se definice zcela ztotožňují, dále ale Mühlpachr podává srozumitelné vysvětlení stáří a popisuje jej více konkrétně, než tomu bylo v první uvedené definici.

Kalvach a Onderková považují stáří jako „*obtížně definovatelnou poslední fázi života, v níž se nápadněji projevuje involuce, tedy určité zanikání, omezování, zhoršuje se zdatnost, odolnost a adaptabilita organismu.*“ (Kalvach, Onderková, 2006, s. 7). Ztotožňujeme se s názorem, že není snadné stáří definovat, protože ne všichni senioři se mohou cítit méně

zdatní, odolní či adaptabilní, ale i přesto souhlasíme s tím, že k určitým změnám, větším či menším, v průběhu stáří dochází, a je potřeba je přijmout za sobě vlastní a s danou skutečností se smířit.

Podle Jandourka je stáří „*fáze životního cyklu, jenž nastává převážně po skončení aktivní ekonomické činnosti a je doprovázena fyzickými a duševními změnami. Nelze vymezit pouze věkem, protože individuální rozdíly mezi jedinci jsou velmi výrazné. Stáří je obecně vnímáno společně se sníženou schopností adaptace, narůstající sociální izolovaností a postupnou ztrátou rodinných příslušníků, přátel a spolupracovníků.*“ (Jandourek, 2001, s. 237 - 238). K uvedené definici se nepřikláníme, protože není pravidlem, aby ve stáří vznikla sociální izolovanost jedince, a nesouhlasíme s tvrzením, že ve stáří dochází k postupné ztrátě rodinných příslušníků.

Matoušek (2008, s. 214) upozorňuje na to, že „*ne každý starý člověk je bezmocný, nemocný, depresivní, trpící poruchami paměti a pohybovým ústrojím, a proto je lepší popisovat psychické a tělesné změny ve stáří obecně jako změnu schopností než jako jejich úbytek.*“ Ztotožňujeme se s názorem Matouška, který klade důraz na to, abychom nepohlíželi na starého člověka jako na nemohoucího, a nesnižovali jeho schopnosti v rámci tělesných a psychických změn.

Haškovcová tvrdí, že „*stáří je „jen“ závěrečnou etapou před koncem života a o kvalitě svého stáří rozhodujeme a spolurozhodujeme po celý život.*“ (Haškovcová, 2010, s. 10)

Na základě vymezených definic můžeme konstatovat, že na stáří je pohlíženo spíše z negativního úhlu pohledu, kdy se zaměřujeme na to, co je na samotném stáří negativní a postrádáme určité pozitivní znaky. Z uvedeného důvodu se proto nejvíce ztotožňujeme s definicí stáří od Haškovcové (2010), která popisuje stáří jako určitou životní etapu, v níž můžeme o svém životě rozhodovat, a záleží pouze na nás samotných, jak se s ní vyrovnáme.

### **Periodizace a dělení stáří**

Stáří nejčastěji členíme na stáří kalendářní, biologické a sociální. **Kalendářní stáří** je vymezeno na základě dosažení určitého věku, od něhož můžeme pozorovat určité přirozené změny v procesu stárnutí. Kalendářní stáří počítáme již ode dne narození. (Benešová, 2014, s. 19). V rámci vymezení kalendářního stáří je výhodou „*jednoznačnost, jednoduchost a snadná komparace.*“ (Mühlpachr, 2004, s. 20)

Stáří můžeme vymezit také jako „*konečnou etapu geneticky vyměřeného trvání života.*“ Hartl a Hartlová se opírají o patnáctiletou periodizaci stáří podle Světové zdravotnické organizace, a to v následujícím uspořádání. Stáří členíme na rané stáří, které je charakteristické věkem od 60 do 74 let. Dále vlastní stáří, které se vymezuje od 75 do 89 let a nakonec dlouhověkost, pro kterou je typický věk 90 a více let. (In Hartl, Hartlová, 2015, s. 562). V současné době je pro stáří spíše typické členění na mladé stáří, které probíhá v období od 65 do 74 let, staré stáří, které se vymezuje od 75 do 84 let a velmi staré stáří, do něhož zařazujeme osoby starší 85 let. (Benešová, 2014, s. 20). Osoby starší 65 let můžeme také rozdělit na „kategorii třetího věku“, pro kterou je typický aktivní nezávislý život, a kategorii čtvrtého věku, kdy již může docházet k určitým funkčním deficitům a jedinec se stává závislým na pomoci druhých. Upozorňujeme však na to, že zmíněný tzv. čtvrtý věk je součástí pokročilého stáří a nenavazuje tak přímo na třetí věk. (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012, s. 25 – 26)

**Biologické stáří**, na rozdíl od stáří kalendářního, nelze jednoznačně vymezit, a proto se jeho stanovení nepoužívá. (Mühlpachr, 2004, s. 19). Biologické stáří je stanoveno „*dosažením určitých involučních změn a poklesem zdraví. Jde o souhrn nevratných biologických změn. Mezi involuční změny můžeme zařadit pokles výkonnosti, změnu postavy, chůze, vlasů, pokožky, chrupu, atd. Za významný faktor biologického stáří považujeme subjektivní vnímání věku, které souvisí s úbytkem či naopak dostatkem sil.*“ (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012, s. 25). Podle Benešové (2014, s. 20) můžeme říci, že biologické stáří je označením pro věk našich orgánů a fyzické kondice.

Jako poslední typ stáří uvádíme **stáří sociální**. Za sociální stáří považujeme určité sociální změny, mezi něž můžeme zařadit např. změnu sociálních rolí nebo postojů, změnu životní úrovně, odchod dětí z domova, ztrátu milovaného partnera a přijetí sebe sama za starého člověka v závislosti na vzniku fyzických či psychických problémů. Sociální stáří chápeme jako opuštění života mladých a vstup do života stáří. „*Za počátek sociálního stáří se obvykle považuje odchod do důchodu či věk vzniku nároku na starobní důchod.*“ (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012, s. 26)

Mühlpachr (2004, s. 19 - 20) uvádí sociální stáří do souvislosti se sociální událostí. Tvrdí, že „*sociální stáří je dáno změnou rolí, životního způsobu i ekonomického zajištění.*“ V rámci sociálního stáří rozlišujeme život do určitých etap, které popisujeme na základě prvního, druhého, třetího a čtvrtého věku. První věk je charakteristickým obdobím dětství a mládí, v němž probíhá samotný vývoj dítěte, dítě se vzdělává a získává znalosti a zkuše-

nosti a připravuje se na povolání. Druhým věkem označujeme období dospělosti, kdy jedinec vstupuje do zaměstnání a orientuje se na zakládání vlastní rodiny. Třetí věk považujeme za postproduktivní, kdy se jedinec dostává do období stáří, které představuje pokles určité zdatnosti, což může vést k podceňování a diskriminaci starších osob. Čtvrtý věk označujeme jako období závislosti, avšak takové pojmenování není vhodné. Upozorňujeme tak na nesoběstačnost jako na něco, čemu se nelze ve stáří vyhnout a co je jeho typickým znakem.

## 2.2 Aspekty stáří

V průběhu stáří prochází jedinec určitými **fyzickými, psychickými i sociálními změnami**, kterými rozumíme aspekty stáří. Marie Vágnerová (2007) rozlišuje období raného stáří a období pravého stáří. V rámci bakalářské práce se zaměřujeme především na období raného stáří, které vymezujeme věkem od 60 do 75 let, a charakterizujeme jej jako „*období života, v němž dochází k evidentním změnám daným stárnutím, které ale nemusí být ještě tak velké, aby staršímu člověku znemožnily aktivní a nezávislý život.*“ (Vágnerová, 2007, s. 299). S uvedenou definicí se ztotožňujeme. Upozorňujeme na to, že i přesto, že jedinec prochází určitými změnami, nemusí být jeho život příliš ovlivněn a způsobit jeho nesoběstačnost.

V raném stáří se jedinec ještě nemusí potýkat s různými omezeními, většina jedinců si udržuje fyzické i psychické zdraví, které jim umožňuje žít spokojeně a nezávisle na druhých. Spousta jedinců v období raného stáří žije mnohem spokojenější život, než tomu bylo dříve, protože již nejsou zatěžováni povinnostmi týkajícími se např. zaměstnání či péči o děti. (Vágnerová, 2007, s. 302)

Ve stáří se setkáváme s různými **fyzickými změnami**, které jsou u každého jedince velmi individuální. V rámci raného stáří dochází také k fyzickým změnám týkajících se vzhledu stárnoucího člověka. Na základě těchto změn můžeme začít jedince vnímat jako starého, což může ovlivnit i chování společnosti vůči němu. Mezi nejčastější fyzické změny, které u stárnoucích jedinců pozorujeme, patří šedivění vlasů, vráscitá kůže na obličeji, ale i na těle, změna tělesných proporcí, shrbení postavy, snižuje se pohyblivost jedince, dochází ke zhoršení zraku a sluchu, jsme vystaveni většímu riziku vzniku úrazu a ztížené rekonvalescence nebo většímu riziku vzniku srdečních onemocnění, aj. (Vágnerová, 2007, s. 314)

Mlýnková (2011, s. 21) hovoří o tělesných změnách, které ve stáří nejčastěji postihují orgánové soustavy a jejich orgány. Tělesné změny se nejvíce projevují na kůži a na pohybovém systému, čímž jsou pro nás dobře viditelné. Dále se setkáváme se změnami, které se týkají kardiovaskulárního systému, jehož součástí je onemocnění srdce a cév, dále pak trávicího systému, pohlavního a vylučovacího systému, nervového systému a smyslového vnímání.

Na fyzické změny mají vliv jak genetické předpoklady, tak i exogenní vlivy, které se v průběhu života jedince nashromáždily. I přesto, že dědičnost má na život jedince jednoznačný vliv, není jediným faktorem, který by ovlivňoval rychlost stárnutí a jeho kvalitu. Rychlost stárnutí ovlivňují především vnější faktory, které mohou podmiňovat délku života, jíž se jedinec může dožít. Vnější vlivy působí na lidské orgány a na celkový organismus. A to je důvodem toho, proč se potýkáme s nejrůznějšími chorobami, aniž by je jakkoliv ovlivnila dědičnost. Ve stáří se může projevit stres, který jsme v průběhu celého života ve svém těle nashromáždili, a může být příčinou mnoha onemocnění, které nás ve stáří potkávají. (Vágnerová, 2007, s. 311 – 312)

Jako další aspekty stárnutí uvádíme **psychické změny**, které mohou mít mnohokrát horší dopad na osobnost jedince, nežli změny fyzické, protože mohou ovlivnit a narušit jeho osobnost, jeho citění, prožívání a chápání smyslu života. Domníváme se, že v důsledku psychických změn se jedinec uzavírá do sebe, čímž může docházet k jeho izolaci od okolí a ztrátě sociálních kontaktů. O psychických změnách hovoříme v souvislosti se změnou *„prožívání, uvažování a chování starších lidí, které mohou být pouhým projevem stárnutí, a proto je můžeme považovat za normální.“* (Vágnerová, 2007, s. 315)

Psychické změny mohou být ovlivněny určitým životním stylem a různými návyky jedinců. Na rozvoji psychických změn u starších osob se může podílet společnost, jejímž cílem je manipulovat staré lidi, aby se chovali určitým způsobem chování, a aby přijímali určité postoje. (Vágnerová, 2007, s. 317)

K psychickým změnám dochází především v oblasti kognitivních funkcí, mezi něž zařazujeme zpomalení poznávacích procesů, změny ve fungování mozku, ve vnímání a pozornosti, změny v rozumových schopnostech a v uvažování starých lidí, a především v paměti. Percepce, neboli vnímání, je podmiňováno zhoršením zrakových a sluchových funkcí. Starší lidé se musí více soustředit na to, co jim druhá osoba říká, a to způsobuje větší una-

vitelnost, napětí, úzkost či deprese. V důsledku zhoršeného zraku či sluchu se mohou starší jedinci vyhýbat okolí, což může vést k sociální izolaci. (Vágnerová, 2007, s. 319 – 320)

Ve srovnání s psychickými změnami, které popisuje Mlýnková (2011, s. 24), usuzujeme určitou podobnost ve vymezení psychických změn. Mlýnková popisuje změny v rámci vnímání, pozornosti, paměti, představ a myšlení. Na rozdíl od Vágnerové (2007) dále tvrdí, že slovní zásoba, určité jazykové dovednosti, způsob vyjadřování či intelekt starších jedinců se nemění a naopak se jedinci potýkají s větší vytrvalostí, trpělivostí a rozvahou.

Domníváme se, že nezbytnou kognitivní funkcí, která je pro život jednou z nejdůležitějších, je paměť. Pro stáří je typická spíše paměť dlouhodobá, nežli krátkodobá. Starší lidé si pamatují více, co se stalo před několika lety, v době jejich mládí, než to, co se událo v rámci posledních dní, mnohdy i hodin. S poruchou paměťových funkcí se mohou objevit také obtíže v učení a problémy s koncentrací. Nejčastějším důsledkem je somatické omezení nebo postižení centrálního nervového systému. (Vágnerová, 2007, s. 321)

Za velmi důležitou součást psychických změn, ke kterým dochází v průběhu stáří, považujeme přizpůsobení se životním změnám, které mohou být pro seniory těžkou situací. Většina seniorů ráda žije stereotypním životem a vůči změnám jsou mnohdy nepřizpůsobiví. V důsledku psychických změn neopomíjíme ani emoční stránku seniorů. Seniori se často mohou cítit více emočně labilní, a mohou se projevovat plačtivým či úzkostným chováním, zejména v případě vzniku sociální události týkající se ztráty životního partnera, kdy se seniori mnohdy cítí osamocení. (Mlýnková, 2011, s. 24 – 25)

V rámci **sociálních změn** uvádíme především odchod jedince do starobního důchodu, který považujeme za životní sociální událost, která může mít na jedince pozitivní či negativní dopad. Odchodem do důchodu ztrácí jedinec přímý sociální kontakt se spolupracovníky, což může vést k jeho izolaci. Seniori se mnohou cítit bezvýznamně, protože již nemohou aktivně přispívat našemu společenství a neví, jak naplnit volný čas. (Mlýnková, 2011, s. 25). S podobným přístupem přichází také Jarošová (2006, s. 29), která tvrdí, že „s ukončením profese se snižuje autorita a společenská prestiž. Senior bývá společností akceptován jako méněhodnotný, méněcenný až zbytečný.“

Na druhou stranu jsou seniori, kteří se na období důchodu těší. Vnímají tento čas k naplnění svých životních snů, např. v rámci cestování, nebo se těší na čas, kdy se mohou více věnovat rodině. Sociální život může být ovlivněn také vznikem nemocí, které mohou

seniora omezovat ve vykonávání běžných denních činností a v důsledku toho ztrátou soběstačnosti. I to ale považujeme za velmi individuální. (Mlýnková, 2011, s. 25 – 26)

Vágnerová (2007, s. 350) uvádí další sociální změny, ke kterým může v průběhu stáří docházet zejména v oblasti socializace. Po odchodu do starobního důchodu se někteří senioři upínají na vlastní rodinu a nepřekračují její hranice. Senioři se hůře adaptují na změny, které mohou změnit jejich dosavadní životní situaci, např. nutnost stěhování z vlastního bytu do domácnosti potomků, čímž může senior ztratit pocit bezpečí, který pociťoval v teritoriu vlastního bytu. Senioři své stáří prožívají nejčastěji v rámci rodiny, která zahrnuje jak soužití s partnerem, tak i kontakty s dětmi, vnoučaty nebo sourozenci. Dále jsou pro socializaci seniora důležití přátelé, kteří udržují seniora v kontaktu se společností především prostřednictvím společných aktivit, a v neposlední řadě také instituce, např. domov pro seniory, ve kterém si senior vytváří určitý způsob života a udržuje hlubší vztahy s ostatními uživateli.

Součástí sociálních změn je i komunikace, tedy vzájemné dorozumívání se, která je pro seniory důležitým prostředkem k udržování sociálního kontaktu. Efektivita komunikace může být často narušována změnami v oblasti percepční nebo paměťové. Mezi **percepční problémy** související s komunikací zařazujeme nedoslýchavost, která velmi ovlivňuje porozumění mluvené řeči. Pokud trpí senior nedoslýchavostí, je pro něj komunikace nepříjemná a více unavující, protože neslyší každé slovo a sdělení se pro něj může stát nesrozumitelné. To může být příčinou vyhýbání se sociálního kontaktu. V rámci komunikace se setkáváme také s určitou pomalostí v souvislosti se zpracováním sdělené informace. Problém nastává v případě, kdy senior hovoří s jedincem mladší generace, který nemá dostatek času a je netrpělivý. **Paměťové problémy** značí další komplikace při komunikaci. Senioři ve většině případů trpí krátkodobou pamětí, a proto mají tendenci svoje sdělení opakovat. (Vágnerová, 2007, s. 351 – 352)

Starší lidé většinou chtějí žít stereotypním způsobem života, ulpívají na zažitých pravidlech a novým pravidlům se nechtějí přizpůsobovat. Generace seniorů byla a vždy bude nositelem tradice. Identitu seniorů však naplňují především sociální role, které zaujímají ve vztahu k rodině a mezi něž patří např. role rodiče a prarodiče. V průběhu stáří se musí člověk vyrovnávat s úmrtím partnera, čímž tak nedobrovolně přijímá roli vdovy či vdovce. (Vágnerová, 2007, s. 354 – 355)



### 2.3 Cévní mozková příhoda

Mezi zdravotní aspekty stáří, které mohou u seniora způsobit změny jak fyzické, tak psychické, zařazujeme cévní mozkovou příhodu. Cévní mozková příhoda, dále jen CMP, je označení pro akutní cévní poškození mozku. Můžeme se setkat s názvy iktus nebo mrtvice, které jsou synonymy pro cévní mozkovou příhodu. K cévní mozkové příhodě dochází nejčastěji z důvodu „ucpání cévy krevní sraženinou, zúžením krevních cév, popřípadě kombinací těchto zmíněných jevů, anebo prasknutím cévy. Všechny uvedené projevy vedou k nedostatečnému krevnímu zásobení.“ Cévní mozková příhoda se nemusí vždy projevit určitými příznaky. V takovém případě hovoříme o tzv. bezpříznakové mrtvici. Nejčastějšími projevy cévní mozkové příhody jsou příznaky tělesné, duševní anebo v závislosti na změně chování. K typickým příznakům mozkového iktu řadíme „ochrnutí či celkovou slabost těla, ztrátu citlivosti na tváři nebo horních a dolních končetinách převážně jedné strany těla a problémy s mluvením nebo porozuměním řeči. Setkáváme se také s problémy při polykání nebo s poruchou vidění, kdy se vidění stává jednostranné.“ Pokud některé z uvedených příčin přetrvávají déle než 24 hodin, můžeme hovořit o cévní mozkové mrtvici. Mezi nejčastější varovné příznaky mozkového iktu patří např. „*ztráta svalové síly nebo náhlý vznik nemotornosti projevující se převážně na jedné polovině těla, znecitlivění v některých částech těla, úplná nebo částečná ztráta vidění, neschopnost produktivně mluvit nebo rozumět mluvené řeči, ztráta rovnováhy, polykací obtíže, náhlý vznik zmatenosti a poruchy paměti, silná bolest hlavy, porucha vědomí a křeče.*“ Při podezření na jakýkoliv z uvedených příznaků je důležité neprodleně zavolat rychlou lékařskou pomoc. (Feigin, 2007, s. 39 - 42)

Nejvíce ohroženou skupinou, kterou často cévní mozkové příhody postihují, jsou senioři. Nejsou však výjimkou ani u mladších osob v období dospělosti. Avšak v období stáří mají cévní mozkové příhody nepříznivý vliv především na psychickou stránku jedince. Jedinci po prodělání cévní mozkové příhody se stávají ve většině případů apatičtí, hůře se soustředí a mohou mít zpomalené reakce. Často se setkáváme také s jedinci, kteří jsou podráždění a citově nevyrovnaní. V závislosti na místě zasažení cévní mozkovou mrtvicí může dojít k poškození řeči, tzv. afázii. Hovoříme o poruše zahrnující produkci, ale i porozumění mluvené řeči. Mimo neschopnost vyjadřování se či porozumění mluvenému slovu se setkáváme také s neporozuměním psanému slovu a v důsledku uvedených problémů se může jedinec izolovat a přestat zcela komunikovat s okolím. (Vágnerová, 2007, s. 404)

Na základě uvedených poznatků se ztotožňujeme s názorem Feigina, který tvrdí, že „zotavování po mozkové příhodě je dlouhodobý proces, který může trvat i několik let. Větší část procesu zotavování však probíhá už během prvních 2–3 let, především pak v prvních 2–6 měsících.“ (Feigin, 2007, s. 109). Naším cílem není soustředit se na zcela imobilní či nekomunikující jedince. Zabýváme se především jedinci, kteří po utrpení cévní mozkové příhody trpí afázií, což může způsobit jejich pocit méněcennosti a neschopnosti. Proto je důležité podporovat každý jejich pokrok a udržovat jedince v dobré náladě a v pozitivním myšlení, které má neskutečný vliv na jejich resocializaci do společnosti.

### 2.3.1 Příčiny cévní mozkové příhody

Příčiny cévní mozkové příhody jsou velmi individuální. U každého jedince je riziko vzniku cévní mozkové příhody jiné, domníváme se však, že nejdůležitější je dbát na zdravý životní styl, do něhož spadá zdravá životospráva, dostatek aktivního pohybu a vyvarování se stresovým situacím nebo schopnost účinně se vyrovnávat se stresem a jinými životně náročnými situacemi. Prevence, která snižuje rizika vzniku cévní mozkové příhody, je důležitá již v době produktivního věku.

Podle Feigina (2007, s. 49 – 63) vzniká cévní mozková příhoda na základě zdravotnické příčiny a příčiny návykové. Pod zdravotnickými příčinami si představujeme určité zdravotní problémy, např. „*vysoký krevní tlak, vysoká hladina cholesterolu v krvi, ateroskleróza (tvrdnutí tepen), různé srdeční poruchy, cukrovka, a jiné. Pod příčinou návykovou nejčastěji shledáváme kouření, zvýšenou konzumaci alkoholu, nezdravou stravu, užívání antikoncepčních pilulek, sedavý způsob života a s ním spojenou nadváhu.*“ Cévní mozková příhoda je onemocnění typické pro osoby staršího věku. Nejvíce ohroženou skupinou jsou jedinci starší 65 let.

Příčiny cévní mozkové příhody, neboli mozkového iktu, můžeme rozdělit na příčiny ovlivnitelné a neovlivnitelné. Jak již název napovídá, ovlivnitelné příčiny jsou takové, které můžeme určitým způsobem změnit nebo na nich v rámci života pracovat. Řadíme mezi ně např. již zmíněné kouření, nadměrnou konzumaci alkoholu, nedostatek aktivního pohybu, nezdravou stravu, stres, ale také různá onemocnění, jako je hypertenze (vysoký krevní tlak), srdeční onemocnění či cukrovka, které si většinou způsobujeme sami na základě špatného životního stylu. Mezi příčiny, které jsou neovlivnitelné, tedy které nemůžeme nijak změnit, patří např. stárnutí jako takové, dědičnost, a překvapivě také etnické skupiny

či osoby mužského pohlaví, u nichž je vyšší riziko vzniku cévní mozkové příhody. (Feigin, 2007, s. 65)

### 2.3.2 Důsledky cévní mozkové příhody

Důsledkem cévní mozkové příhody může být „úmrtí, nebo trvalé či dočasné postižení.“ (Feigin, 2007, s. 99). Uvedené následky jsou závislé na době, kterou jedinec přečkává bez poskytnutí zdravotnické pomoci. Tuto dobu vymezujeme 6 hodinami. Pokud se jedincům postiženým cévní mozkovou mrtvicí dostane v rámci uvedených hodin odborná zdravotnická péče, můžeme konstatovat, že se jedinci nemusí potýkat s žádnými následky, a jsou schopni vrátit se zpět do běžného života. Důsledky cévní mozkové mrtvice jsou velmi individuální a vždy záleží na tom, která část mozku, pravá nebo levá hemisféra, je zasažena.

Feigin uvádí určité následky cévní mozkové příhody, se kterými se můžeme po mozkovém iktu potýkat. Nejčastěji se tak setkáváme s problémy spojenými s „částečnou či úplnou ztrátou hybnosti, můžeme trpět zmateností nebo mít problém při myšlení a vzpomínání, a při komunikaci s okolím, převážně hovoříme o neschopnosti mluvit nebo rozumět mluvené či psané řeči (jedná se o tzv. afázii). Dále se můžeme setkávat také s problémem polykání, dvojitého vidění, s poruchami koordinace při sezení, stání a chůzi, problémy s pravou či levou orientací, s poruchami nálady, bolestmi hlavy, a špatnou schopností kontroly močového měchýře nebo tlustého střeva.“ (Feigin, 2007, s. 103 – 104)

Na základě uvedených důsledků cévní mozkové příhody se ztotožňujeme v rámci postižení námi zkoumaného seniora s určitou zmateností, s problémem při komunikaci s rodinnými příslušníky, především s neschopností mluvit a porozumět mluvené řeči, a taktéž s poruchou psaní.

### 3 SOCIÁLNÍ POMOC

Sociální pomoc tvoří třetí pilíř sociálního zabezpečení. Ve třetím pilíři sociálního zabezpečení se orientujeme především na řešení sociální nouze nebo na řešení pomoci v hmotné nouzi. Arnoldová (2015, s. 61) definuje sociální nouzi jako „*situaci, kdy se člověk o sebe nemůže nebo nedokáže postarat. Cílem je vrátit člověka do stavu sociální suverenity.*“ Pod pojmem suverenity si představujeme určitou nezávislost. V případě, že se jedinec nachází v sociální nouzi, je naším cílem utvořit z jedince nezávislou osobnost, která bude schopná zajistit své životní potřeby. Následovně uvádíme význam hmotné nouze, kterou Arnoldová (2015, s. 61 – 62) považuje za „*situaci, kdy člověk žije pod hranicí životního minima a nemůže si přlžem zvýšit zejména vlastní práci.*“ Zákon č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi vymezuje konkrétní dávky pomoci v hmotné nouzi, mezi něž spadá příspěvek na živobytí, doplatek na bydlení a mimořádná okamžitá pomoc. (ČESKO, 2006). Podle Kahouna (2009, s. 29) je „*sociální pomoc poskytována ve dvou základních formách, z nichž jednu formu tvoří sociální dávky a druhou formou jsou sociální služby.*“ Výše uvedené dávky pomoci v hmotné nouzi však nejsou předmětem práce. Orientujeme se tedy především na pojem sociální péče a na sociální služby, které souvisí s námi zkoumaným problémem.

Sociální péče, dříve označována jako „chudinská péče“ a v současnosti známá pod pojmem sociální pomoc, tvoří tzv. záchrannou sociální síť. Kahoun a kolektiv uvádí, že sociální péče se zabývá „*osobami, které se ocitly v určité obtížné životní situaci (zejména v sociální či ekonomické) a nedokážou ji řešit samy, a to ani s pomocí své rodiny a nemají nárok na pomoc ze systému státní sociální podpory.*“ V rámci sociální péče se zaměřujeme na osoby v hmotné nouzi, ale také na osoby zdravotně postižené a staré osoby, které jsou závislé na pomoci jiné fyzické osoby. (Kahoun a kol., 2009, s. 28 – 29)

Potřeba sociální péče je životním rizikem týkající se každého jedince. V průběhu života se můžeme dostat do situace, kdy budeme potřebovat pomoc rodiny nebo profesionálů. Taková situace může nastat v jakémkoli životním období, zejména se s ní ale setkáváme v období stáří. Sociální péči chápeme tedy jako pomoc, která je poskytovaná občanům, kteří nejsou dostatečně zabezpečeni pro uspokojování svých životních potřeb, ale také občanům, kteří potřebují sociální pomoc z důvodu zdravotního stavu nebo věku, a která jim pomůže překonat náročnou životní situaci. (Arnoldová, 2015, s. 66 - 67)

### 3.1 Sociální služby

Sociální služby upravuje zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. *„Tento zákon upravuje podmínky poskytování pomoci a podpory fyzickým osobám v nepříznivé sociální situaci prostřednictvím sociálních služeb a příspěvku na péči, podmínky pro vydání oprávnění k poskytování sociálních služeb, výkon veřejné správy v oblasti sociálních služeb, inspekci poskytování sociálních služeb a předpoklady pro výkon činnosti v sociálních službách.“* (ČESKO, 2006)

Kahoun hovoří v souvislosti se sociálními službami o *„určitém souboru činností, jejichž prostřednictvím je zajišťována pomoc a podpora osobám za účelem sociálního začlenění nebo jako prevence sociálního vyloučení. Sociální začlenění vnímáme jako proces, který umožňuje jedincům zapojit se do ekonomického, sociálního a kulturního života a žít tak, jak společnost uznává za vhodné. Sociálním vyloučením rozumíme vyčlenění osoby ze života společnosti a nemožnost zapojení se zpět z důvodu nepříznivé životní situace.“* (Kahoun, 2009, s. 354)

Sociální služby dělíme na druhy a formy. Mezi druhy sociálních služeb zařazujeme sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence. Dále rozlišujeme také tři základní formy sociálních služeb, mezi něž patří pobytové, ambulantní a terénní služby. Na základě zkoumaného problému se zaměřujeme především na služby sociální péče.

**Služby sociální péče** definujeme jako *„služby, které napomáhají osobám zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost, s cílem umožnit jim v nejvyšší možné míře zapojení do běžného života společnosti a v případech, kdy toto vylučuje jejich stav, zajistit jim důstojné prostředí a zacházení.“* (ČESKO, 2006)

Na základě zkoumaného problému uvádíme vybrané služby sociální péče, které považujeme za přínosné pro seniory po cévní mozkové příhodě. Mezi nejdůležitější z nich řadíme osobní asistenci, pečovatelskou službu, průvodcovské a předčitatelské služby, odlehčovací služby, centra denních služeb, denní a týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením a domovy pro seniory. Následně popisujeme některé z nich.

**Osobní asistence** je *„terénní služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba se poskytuje bez časového omezení, v přirozeném sociálním prostředí osob a při činnostech, které osoba potřebuje.“* (ČESKO,

2006). **Průvodcovské a předčitatelské služby** jsou „*terénní nebo ambulanti služby poskytované osobám, jejichž schopnosti jsou sníženy z důvodu věku nebo zdravotního postižení v oblasti orientace nebo komunikace, a napomáhá jim osobně si vyřídit vlastní záležitosti.*“ Cílem služby je zprostředkovat kontakt se sociálním prostředím a pomoc při vyřizování osobních záležitostí. (ČESKO, 2006). V rámci pomoci rodině seniora po cévní mozkové příhodě poskytujeme **odlehčovací služby**, které jsou „*terénní, ambulanti nebo pobytové služby poskytované osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, o které je jinak pečováno v jejich přirozeném sociálním prostředí. Cílem služby je umožnit pečující fyzické osobě nezbytný odpočinek.*“ (ČESKO, 2006)

Mezi jednotlivými službami sociální péče pozorujeme určité podobnosti z důvodu poskytování pomoci při zvládnání běžných úkonů o své tělo, pomoc při hygieně, při poskytnutí stravy, při zprostředkování kontaktu se sociálním prostředím nebo zajištění terapeutické a aktivizační činnosti.

### 3.1.1 Příspěvek na péči

„*Příspěvek na péči se poskytuje osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby. Nárok na příspěvek má osoba, která z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje pomoc jiné fyzické osoby při zvládnání základních životních potřeb v rozsahu stanoveném stupněm závislosti. Nárok na příspěvek nemá osoba mladší jednoho roku.*“ (ČESKO, 2006)

Jak jsme již zmínili, poskytnutí a výše příspěvku závisí na věku osoby, která vyžaduje pomoc, a na stupni závislosti, která udává, nakolik je osoba závislá na pomoci jiné fyzické osoby. Podle věku členíme osoby na mladší 18 let a osoby starší 18 let. V rámci výzkumného problému vymezujeme stupně závislosti u osoby starší 18 let věku. Rozlišujeme čtyři stupně závislosti:

- **Stupeň I**, lehká závislost, znamená, že osoba závislá na pomoci jiné fyzické osoby z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat tři nebo čtyři základní životní potřeby.
- **Stupeň II**, středně těžká závislost, znamená, že osoba závislá na pomoci jiné fyzické osoby z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat pět nebo šest základních životních potřeb.

- **Stupeň III**, těžká závislost, znamená, že osoba závislá na pomoci jiné fyzické osoby z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat sedm nebo osm základních životních potřeb.
- **Stupeň IV**, úplná závislost, znamená, že osoba závislá na pomoci jiné fyzické osoby z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat devět nebo deset základních životních potřeb a vyžaduje tak každodenní pomoc, dohled a péči. (ČESKO, 2006)

Při posuzování stupně závislosti u osoby vyžadující pomoc jiné fyzické osoby hodnotíme schopnost zajistit si určité životní potřeby, které jsou důležité pro naplnění hodnotného života. Mezi tyto životní potřeby zařazujeme schopnost a úroveň mobility, orientace, komunikace, stravování, oblékání a obouvání, schopnost tělesné hygieny a výkonu fyziologické potřeby, péči o zdraví, osobní aktivitu a v neposlední řadě také péči o domácnost. (ČESKO, 2006)

V rámci příspěvku na péči uvádíme také jeho výši za kalendářní měsíc. V srpnu roku 2016 došlo k novelizaci výše příspěvku na péči. Stejně jako u posuzování stupňů závislosti, i zde rozlišujeme výši příspěvku pro osoby do 18 let a osoby starší 18 let. Osoby starší 18 let, které jsou závislé na pomoci jiné fyzické osoby, mají v případě závislosti na stupni I (lehká závislost) nárok na 880 Kč. Jedná-li se o osoby se stupněm závislosti II (středně těžká závislost), mají tyto osoby nárok na 4 400 Kč. V případě stupně III (těžká závislost) je osobě vyplácena částka 8 800 Kč a při závislosti na stupni IV (úplná závislost) má osoba nárok na 13 200 Kč. (ČESKO, 2006)

### 3.2 Pomoc poskytovaná senioru po CMP

Pro úspěšnou resocializaci seniora po cévní mozkové příhodě je nejdůležitější pomoc, kterou můžeme senioru poskytnout, a pomocí níž se snažíme seniora navrátit do běžného života společnosti. Jak jsme již zmínili v předešlé kapitole, v mnoha případech se setkáváme s jedinci, kteří zůstanou po prodělání mozkového iktu bez následků, ale častěji se setkáváme s případy, kdy jedinci po prodělání cévní mozkové příhody získávají částečné či úplné ochrnutí nebo problémy při komunikaci, především neschopnost mluvit nebo rozumět mluvené či psané řeči. Abychom byli úspěšní v uvedených úkonech, je důležité seniora neustále motivovat, podporovat a chválit i za nejmenší pokrok.

Pomoc může být senioru poskytnuta také ze strany sociálního pracovníka, který pro práci se seniorem využívá konkrétní metody, mezi které můžeme zařadit pozorování, základní i odborné poradenství, nejčastěji však rozhovor, pomocí něhož získává velké množství informací o životě seniora, např. jak se vyrovnává s onemocněním, jak vnímá rodinné příslušníky a na koho se může spolehnout, a ověřuje, zda senior porozuměl instrukcím lékaře či fyzioterapeuta. Staří lidé mohou odmítat sociální služby, protože se bojí změn a raději spoléhají na pomoc své rodiny. Proto je důležité, aby sociální pracovník získal důvěru seniora a umožnil mu lépe porozumět situaci. (Matoušek, Kodymová, Koláčková, 2005, s. 170 – 171)

### 3.2.1 Tělesné postižení

Tělesné postižení je jedním z nejčastějších následků cévní mozkové příhody, a proto se zaměřujeme na možnosti pomoci, kterou můžeme senioru poskytnout. Po prodělání mozkového iktu učíme seniora činnostem, které jsou součástí každodenního života. V důsledku tělesného postižení je velmi důležitá včasná rehabilitační péče, mobilizace nemocného a nácvik soběstačnosti, jejíž součástí je opětovný nácvik hygieny, vyprazdňování, příjmu tekutin a potravy, a další. (Mlýnková, 2011, s. 123)

Podle Arnoldové se tělesné postižení projevuje „*v poruše hybnosti a s ní souvisejících poruchách fyziologických, psychických a sociálních funkcí, v kognitivní oblasti a ve vytváření sociálních vztahů.*“ (Arnoldová, 2015, s. 118). Na základě uvedené definice potvrzujeme, že tělesné postižení má vliv na socializaci či resocializaci jedince. Tělesné postižení se nedotýká pouze fyzické stránky, ale souvisí především s psychikou jedince a jeho schopností navazovat sociální vztahy s okolím, a to i přes své postižení.

Jedinec trpící tělesným postižením, způsobeným v důsledku cévní mozkové příhody, má nárok na poskytnutí dávek pro osoby se zdravotním postižením. Uvedenými dávkami se zabývá zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů. „*Tento zákon upravuje poskytování peněžitých dávek osobám se zdravotním postižením určených ke zmírnění sociálních důsledků jejich zdravotního postižení a k podpoře jejich sociálního začleňování a průkaz osoby se zdravotním postižením.*“ (ČESKO, 2011)

Osobám se zdravotním postižením poskytujeme dávky formou příspěvku na mobilitu a příspěvku na zvláštní pomůcku. V rámci příspěvku na mobilitu hovoříme o opakující se peněžité dávce ve výši 400 Kč za kalendářní měsíc, která slouží osobám se zdravotním



postižením pro uspokojení jejich životních potřeb. Na příspěvek na mobilitu má nárok „osoba starší 1 roku, která má nárok na průkaz osoby se zdravotním postižením označeným symbolem „ZTP“ nebo „ZTP/P“, který byl přiznán podle předpisů účinných od 1. ledna 2014, opakovaně se v kalendářním měsíci za úhradu dopravuje nebo je dopravována a nejsou jí poskytovány pobytové sociální služby podle zákona o sociálních službách v domově pro osoby se zdravotním postižením, v domově pro seniory, v domově se zvláštním režimem nebo ve zdravotnickém zařízení ústavní péče.“ (ČESKO, 2011)

Příspěvek na zvláštní pomůcku napomáhá osobám se zdravotním postižením zlepšit jejich pohybové možnosti a může vést k vyšší úrovni soběstačnosti při zvládání každodenních činností. (Arnoldová, 2015, s. 209). Nárok na příspěvek na zvláštní pomůcku má „osoba, která má těžkou vadu nosného nebo pohybového ústrojí nebo těžké sluchové postižení anebo těžké zrakové postižení charakteru dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu, a její zdravotní stav nevylučuje přiznání tohoto příspěvku.“ (ČESKO, 2011). Za dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav považujeme takový zdravotní stav, který trvá déle než 1 rok.

### 3.2.2 Afázie

Afázie je dalším závažným důsledkem cévní mozkové příhody a může pro jedince znamenat určitý psychický a sociální problém, který může velmi znesnadnit jeho resocializaci. O afázii hovoříme jako o poruše zahrnující produkci, ale i porozumění mluvené a psané řeči. Neubauer a Skákalová vymezují afázii jako „získanou poruchu individuálních jazykových schopností na bázi traumatu cévního nervového systému. Jedná se o jev ovlivňující percepci mluvního projevu.“ Mezi nejčastější potíže zařazujeme nemožnost srozumitelně se vyjádřit a správně porozumět mluvené řeči. V projevu jedinců trpících afázií se setkáváme se špatným porozuměním, pojmenováním a zpočátku neuvědoměním si vlastní poruchy řeči. U jedince trpící afázií nemusíme shledávat problémy s uvažováním, zapamatováním či dezorientací. (Neubauer, Skákalová, 2015, s. 90 – 91)

Pokud senioru po cévní mozkové příhodě diagnostikujeme afázii, je nezbytně nutné poskytnout mu logopedickou péči, a to jak ze stran odborníků, především logopedů, tak i ze strany rodiny, která se podílí na rozvoji mluvené i psané řeči a na jeho porozumění. Osoba po cévní mozkové příhodě trpící afázií by se měla co nejdříve dostavit k logopedovi, který „zhodnotí poruchy komunikačního procesu a stanoví stupeň poruchy především ve vztahu k praktické realizaci sociálního kontaktu s okolím a sestaví plán logopedické intervence.“ (Neubauer, Skákalová, 2015, s. 91)

Vymezujeme několik pravidel, jak bychom měli mluvit s osobou trpící afázií v rámci logopedické péče. Zásadním pravidlem je zajištění klidného prostředí bez rušivých elementů, stresu a nátlaku. Před začátkem projevu je důležité získat si pozornost jedince a mluvit pomalu, jasně, srozumitelně, používat krátké věty nebo využívat pouze slova a doplnit je gestikulací. Při nepochopení opakujeme sdělení tak dlouho, dokud je to potřebné, nesečkáme-li se však s porozuměním, je lepší přejít k jinému tématu. Jedním z dalších pravidel je nemluvit za nemocného a mít velkou trpělivost při vyjadřování jedince. Často se setkáváme s jedinci, kteří nedokážou porozumět i nejjzákladnějším dotazům. I přesto je ale důležité uvědomit si, že jedinec má stále své myšlení a city, a proto je důležité vyvarovat se mluvení s jedincem jako s dítětem či osobou, která není schopna myslet. Výkony jedinců s afázií jsou velmi kolísavé, tzn., že pokud řekne jedinec nějaké slovo, neznamená to, že jej bude schopný vyslovit vždy. (Neubauer, 2007, s. 127 – 128)

V rámci logopedické péče se zabýváme komunikačními pomůckami, které napomáhají jedinci obnovit mluvený i psaný projev. Mezi pomůcky můžeme zařadit afatický slovník, který obsahuje kartičky s obrázky a slovy, např. zelenina, ovoce, hodiny, ale i kartičky s přídavnými jmény. Dalšími pomůckami jsou různé pracovní listy s úkoly, které napomáhají senioru uvědomovat si základní znalosti. Nejlepším pomocníkem pro osobu trpící afázií je vytvoření tzv. „komunikační tabule“, kterou tvoří obrázky různých předmětů, potravin nebo i členů rodiny, a která senioru napomáhá komunikovat s rodinou a okolím tím způsobem, že ukáže na danou věc. (World Health Organization, 2004, s. 180). Pro obnovu psané řeči je vhodné opisování různých článků z novin či časopisů, opisování slov nebo krátkých vět, a především dbáme na to, abychom seniora naučili psát své jméno, příjmení a adresu. K obnově mluvené i psané řeči dochází postupně za pomoci neustálého opakování.

Nejdůležitějším úkolem je ale udržet sociální kontakt. Je třeba, aby rodina a okolí věděli, že jedincovo chápání a intelekt je nezasazený, a problémy se vyskytují pouze v rámci mluvené řeči. Proto je důležité, aby byl senior s afázií zapojován do komunikace a necítil se izolovaný. Dáváme mu dostatečný čas a prostor pro jeho vyjádření a komunikujeme s ním trpělivě, pomalu a zřetelně. (World Health Organization, 2004, s. 180)

### **3.3 Pomoc poskytovaná rodině seniora po CMP**

V rámci práce se seniorem po cévní mozkové příhodě a jeho pomoci se zabýváme také pomocí poskytovanou rodině, která se o seniora stará a pečuje o něj. Rodina by měla být

součástí diagnostického a terapeutického procesu, a měla by se podílet na sestavování plánu propuštění seniora z nemocnice do domácího prostředí. Proto, aby mohl být senior umístěn do domácí péče, musí být rodina obeznámena s jeho zdravotním stavem a způsobem péče o něj. Úkolem sociálního pracovníka je rozpoznat, zda je rodina schopná a ochotná se o seniora adekvátně postarat a zajistit mu potřebnou péči. V dnešní době se setkáváme s nemocnicemi, které umožňují tzv. řízené návštěvy, v rámci nichž přichází rodina do nemocnice a učí se s pacientem, tedy jejich blízkým rodinným příslušníkem, pracovat, komunikovat a podávat mu léky a stravu. Dalším úkolem je podporovat jeho zachované schopnosti a rozvíjet to, co senior z důvodu onemocnění zapomněl. Rodina se učí provádět rehabilitaci, tedy jednoduchá cvičení, aby ulehčili senioru návrat do domácího prostředí a zvládli se o seniora postarat sami. V průběhu řízených návštěv učíme rodinu poskytovat senioru emoční podporu, která je jedním z nejdůležitějších faktorů vedoucí k rychlému a úspěšnému zotavení. Na základě uvedených požadavků se domníváme, že musíme respektovat nejenom potřeby pacienta, ale i potřeby pečující rodiny. Rodina musí být dobře fyzicky i psychicky připravena na péči o seniora, a musí mít připraveno domácí prostředí, do něhož senior z nemocnice přichází tak, aby odpovídalo jeho současným možnostem. (Matoušek, Kodymová, Koláčková, 2005, s. 168)

Při umisťování seniora do domácího prostředí musí mít rodina dostatek informací o zdravotním stavu seniora a jeho možném vývoji. Dále rodině poskytujeme nabídku podpůrných zdravotních a sociálních služeb. Seznamujeme rodinu s konkrétními službami, které pomáhají rodině při péči o nemocného seniora, které slouží k tomu, aby si rodina odpočinula a ulevila od každodenní péče. Mezi tyto formy pomoci řadíme např. *„respitní (úlevové) péče, jakou může být služba osobních asistentů, kteří pohlídají nemocného seniora na základě dohody po určitou dobu (od několika hodin po několik dní v týdnu). Formou respitní péče je i denní stacionář, který nabízí různé aktivity, stravování a umožňuje sociální kontakt nemocného seniora s jinými.“* Respitní péči využíváme za účelem odpočinku, např. odjezd na dovolenou, nebo za účelem péče o svůj zdravotní stav, např. plánovaná operace. Pokud se rodina rozhodne pečovat o seniora v domácím prostředí, poskytujeme jí informace také o možné finanční podpoře, na kterou má nárok buď senior, nebo pečující osoba. Jedná se o příspěvek na péči o blízkou osobu, zvýšení důchodu pro bezmocnost, nebo jednorázové příspěvky na kompenzační pomůcky, na úpravu bytu, na zakoupení či speciální úpravu motorového vozidla, příspěvek na dopravu a jiné. Zde doporučujeme obrátit se na

sociálního pracovníka, který je povinen poskytnout rodině kompletní balíček informací o službách a možných zdrojích pomoci. (Matoušek, Kodymová, Koláčková, 2005, s. 169)

## II. PRAKTICKÁ ČÁST

## 4 METODOLOGIE VÝZKUMU

Praktická část bakalářské práce se zabývá samotným výzkumem k tématu, jímž je význam sociální pomoci při resocializaci seniora po cévní mozkové příhodě. Pojetí výzkumného šetření je kvalitativní, není tedy možné zobecnit jej na celou populaci, ale umožňuje podrobně nahlédnout do zkoumané problematiky. Švaříček a Šed'ová (2007, s. 24) tvrdí, že *„jde o to do hloubky prozkoumat určitý široce definovaný jev a přinést o něm maximální množství informací.“* Kvalitativní výzkum je svým způsobem velmi subjektivní. V kapitole se zaměřujeme na vymezení výzkumného problému, uvedení designu výzkumného šetření, vymezení výzkumných cílů, otázek a výzkumného souboru včetně způsobu jeho výběru, a v neposlední řadě je součástí kapitoly technika sběru dat a metody jejich analýzy.

### 4.1 Vymezení výzkumného problému

Výzkumným problémem bakalářské práce je zjištění procesu resocializace u seniora po cévní mozkové příhodě. Resocializace je nejvíce spojována s lidmi ve výkonu trestu odnětí svobody, proto považujeme toto téma za přínosné a chceme upozornit na to, že resocializace v jiných situacích, především tedy po úraze či těžkém onemocnění, je velice opomíjená. Dané téma považujeme za neprobádané a domníváme se, že je důležité zabývat se resocializací jedinců, zvláště pak resocializací seniorů, pro něž může být nově vzniklá situace velmi náročná, a pro opětovné začlenění mohou mít ztížené podmínky. Aktuálně nejsou provedeny výzkumy týkající se resocializace seniorů po cévním onemocnění, a proto jsme se rozhodli tímto tématem zabývat a uvést ho do spojitosti se sociální pedagogikou.

### 4.2 Design výzkumného šetření

Jako design výzkumného šetření byla zvolena případová studie. *„V případové studii jde o detailní studium jednoho případu nebo několika málo případů. V případové studii sbíráme velké množství dat od jednoho nebo několika málo jedinců. V případové studii jde o zachycení složitosti případu, o popis vztahů v jejich celistvosti.“* (Hendl, 2005, s. 104). Případovou studii jsme zvolili na základě možnosti hluboce proniknout do problematiky a zaměřit se na podrobný výzkum a souvislosti s ním spojené, tedy zaměřit se na podrobný popis životního příběhu seniora po cévní mozkové příhodě z pohledu rodinných příslušníků.

#### 4.2.1 Vymezení výzkumných cílů

Cílem bakalářské práce je zaměřit se na proces resocializace seniora po cévním onemocnění a popsat, jak může být pro seniora obtížné začlenit se zpět do společnosti. Dále se snažíme prozkoumat, jak se může změnit osobnost člověka a celkový život jeho i rodinných příslušníků. Na základě stanoveného tématu práce jsme si zvolili hlavní výzkumný cíl, z něhož vychází dílčí výzkumné cíle.

##### **Hlavní výzkumný cíl:**

Popsat proces resocializace u seniora po cévní mozkové příhodě pohledem respondentů.

##### **Dílčí výzkumné cíle:**

- Popsat příčinu vzniku cévní mozkové příhody u seniora pohledem respondentů.
- Popsat životní změny u seniora po cévní mozkové příhodě pohledem respondentů.
- Zjistit povědomí respondentů o možných poskytovaných službách sociální pomoci pro seniora po cévní mozkové příhodě.
- Zhodnotit potřebnost resocializace seniora po cévní mozkové příhodě pohledem respondentů.
- Popsat spolupráci se seniorem po cévní mozkové příhodě pohledem respondentů.

#### 4.2.2 Vymezení výzkumných otázek

Na základě výzkumných cílů byla stanovena hlavní výzkumná otázka a následně dílčí výzkumné otázky. Výzkumné otázky jsou nastaveny tak, abychom si na ně pomocí získaných informací dokázali odpovědět a dospěli jsme ke stanovenému cíli.

##### **Hlavní výzkumná otázka:**

Jaký je proces resocializace u seniora po cévní mozkové příhodě pohledem respondentů?

##### **Dílčí výzkumné otázky:**

- Jaká je příčina vzniku cévní mozkové příhody u seniora pohledem respondentů?
- Jaké změny nastaly u seniora po cévní mozkové příhodě pohledem respondentů?
- Jaké služby v rámci sociální pomoci mohou být senioru po cévní mozkové příhodě poskytnuty pohledem respondentů?

- Jaký je význam resocializace seniora po cévní mozkové příhodě pohledem respondentů?
- Jaká je spolupráce se seniorem po cévní mozkové příhodě pohledem respondentů?

#### 4.2.3 Výzkumný soubor a způsob jeho výběru

Výzkumný soubor představují rodinní příslušníci seniora, jenž utrpěl cévní mozkovou příhodu. Požádali jsme nejbližší rodinné příslušníky seniora, zda by nám pomohli se zpracováním výzkumného šetření a na základě položených otázek popsali, jakým způsobem probíhá resocializace po cévní mozkové příhodě u jejich člena rodiny, tedy již zmíněného seniora. Samotný senior se výzkumu neúčastnil z důvodu jeho omezených řečových schopností. Pro zachování anonymity seniora jsme zvolili označení „*pan A.*“, pod nímž senior vystupuje v následné analýze a interpretaci dat.

Jako způsob výběru výzkumného souboru jsme zvolili záměrný výběr úsudkem, neboli účelový. Záměrný výběr podle Miovského (2006, s. 136) „*spočívá v tom, že mezi potenciální účastníky výzkumu vybíráme ty, kteří jsou pro účast ve výzkumu vhodní, a zároveň s ním také souhlasí.*“ Jak jsme již zmínili, výzkumný soubor tvoří pět nejbližších rodinných příslušníků seniora, mezi které patří manželka, dcera, syn, zeť a vnučka. Respondenty jsme vybrali na základě možnosti získání velkého množství informací, které mají o stavu seniora, dále na základě jejich ochoty spolupracovat a v neposlední řadě také z důvodu věkového rozdílu respondentů, což nám umožňuje vnímat situaci seniora z pohledu různých věkových skupin. Níže uvádíme přehled o respondentech.

*Tabulka 1 Přehled respondentů*

<b>Respondent</b>	<b>Zkratka pro respondenta</b>	<b>Věk respondenta</b>	<b>Délka rozhovoru</b>
<b>Manželka</b>	RM	69 let	20 minut
<b>Dcera</b>	RD	45 let	15 minut
<b>Syn</b>	RS	42 let	35 minut
<b>Zeť</b>	RZ	51 let	27 minut
<b>Vnučka</b>	RV	25 let	20 minut



Jak můžeme pozorovat, některé rozhovory nejsou příliš dlouhé. Je to především z toho důvodu, že respondenti byli nervózní z pocitu, že jsou nahráváni, i přesto, že s nahráváním rozhovoru souhlasili a nedokázali se úplně uvolnit. Z toho důvodu si také nemohli vzpomenout na všechny informace, které by k situaci mohli sdělit. Avšak domníváme se, že nejdůležitější informace, které jsme potřebovali k vyhodnocení výzkumu, nám byly poskytnuty.

### 4.3 Technika sběru dat

Sběr dat probíhal za pomoci hloubkového polostrukturovaného rozhovoru. Tato technika je nejčastějším způsobem získávání dat v kvalitativním výzkumu, a byla vybrána z důvodu možnosti proniknout co nejvíce do podstaty věci. Švaříček a Šed'ová (2007, s. 159) definují hloubkový rozhovor jako „*nestandardizované dotazování jednoho účastníka výzkumu zpravidla jedním badatelem pomocí několika otevřených otázek.*“ Pro výzkum jsme zvolili polostrukturovaný rozhovor, který vychází z předem připraveného seznamu otázek.

Respondenti byli dopředu krátce seznámeni s otázkami, které jim byly pokládány, aby si mohli promyslet, o čem budou mluvit. Rozhovory probíhaly v přirozeném prostředí respondentů. Snahou bylo navodit příjemnou a uvolněnou atmosféru, aby respondenti odbourali strach a stres, a dokázali tak bez větších komplikací odpovídat na dané otázky. Respondenti byli dále upozorněni, že rozhovor je zcela anonymní a slouží pouze pro účely zpracování praktické části bakalářské práce. Samotný rozhovor se skládal ze tří částí, úvodní, stěžejní a závěrečné. Úvodní část zahrnovala představení, objasnění podstaty výzkumného šetření a poskytnutí souhlasu o nahrávání. Následovala stěžejní část, v jejímž průběhu došlo k získávání potřebných dat sloužících pro vyhodnocení výzkumu. V závěrečné části rozhovoru se konalo poděkování ze strany badatele a následné rozloučení s respondentem.

### 4.4 Metody analýzy dat

Po uskutečnění rozhovorů s respondenty, které byly nahrávány na mobilní telefon, a následně uloženy do počítače, bylo hlavním úkolem jednotlivé rozhovory přepsat. Rozhovory jsou přepsány doslovně tak, jak respondenti hovořili, aniž bychom cokoli upravovali. Jako metodu analýzy dat jsme si zvolili otevřené kódování. Švaříček a Šed'ová (2007, s. 211) považují otevřené kódování za univerzální a velmi efektivní způsob, který je vhodný využít v rámci analýzy dat a tvrdí, že „*otevřené kódování představuje operace, pomocí nichž*

*jsou údaje rozebrány, konceptualizovány a složeny novým způsobem.*“ Následný postup spočívá ve vytváření určitých jednotek, které představují konkrétní výroky respondentů, a k nimž připisujeme na základě subjektivního vnímání kódy, které jsou zdrojem pro vytvoření kategorií.

## 5 ANALÝZA DAT

V následující kapitole se budeme věnovat samotné analýze dat. Na základě již zmíněného otevřeného kódování, pomocí něhož jsme získali jednotlivé kódy, jsme vytvořili pět kategorií. Kategorie vychází ze stanovených dílčích cílů práce a v následující analýze budou rozpracovány tak, aby na sebe navazovaly a umožnily nám detailně nahlédnout do zkoumané problematiky. V textu pracujeme s jednotlivými výroky respondentů, které jsou uvedeny v citované formě, tedy přesně tak, jak respondenti uváděli, aniž by byla upravena jejich stylistická podoba. Odpovědi respondentů jsou v textu rozlišeny uvozovkami a kurzívou, což vypovídá o jejich přímé citaci. Níže uvádíme tabulku s přehledem vytvořených kategorií a k nim příslušných kódů.

*Tabulka 2 Schéma kategorií a kódů*

KATEGORIE	KÓDY
<p style="text-align: center;"><b>CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA</b></p>	<p>Vznik CMP (věk seniora, doba postižení, první pomoc)</p> <p>Nerozpoznatelnost CMP</p> <p>Příznaky</p> <p>Příčina</p> <p>Prevence</p>
<p style="text-align: center;"><b>ZMĚNY</b></p>	<p>Následek CMP</p> <p>Změna pro pečující osobu</p> <p>Fyzická změna</p> <p>Psychická změna</p> <p>Osobnost seniora před CMP</p> <p>Osobnost seniora po CMP</p> <p>Situace po CMP</p>

	Pochybení lékařů První kontakt
<b>SLUŽBY</b>	Povědomí o službách Další služby Hodnocení Vliv na seniora Finanční podpora Ústavní péče Péče rodiny
<b>RESOCIALIZACE</b>	Potřeba Potřeba pro rodinu Závislost na rodině Podíl rodiny Psychická odolnost Navázání kontaktu Komunikace s okolím Podpora od přátel Překážky Pokroky Zájem seniora Aktivita seniora Motivace Proces

<b>SPOLUPRÁCE</b>	Komunikace Komunikační pomůcky Snaha seniora Vyrovnanost seniora Nevyrovnanost manželky Podpora rodiny Jistota seniora
-------------------	--

### 5.1 Kategorie č. 1 – Cévní mozková příhoda

První kategorie se zaměřuje na samotný vznik cévní mozkové příhody, do něhož jsme zařadili věk seniora, ve kterém k mozkovému iktu došlo, dobu postižení, a také poskytnutí první pomoci. V rámci uvedené kategorie si odpovídáme na otázku týkající se příčiny vzniku cévní mozkové příhody a možností prevence.

Kategorie vznikla na základě uvedených kódů:

#### **Vznik CMP, nerozpoznatelnost CMP, příznaky, příčina a prevence.**

Z výpovědí respondentů vyplývá, že pan A. utrpěl cévní mozkovou příhodu v necelých 69 letech a v současné době je to téměř rok od události. V době, kdy k cévní mozkové příhodě došlo, se respondenti shodují na tom, že postihnutí danou nemocí nebylo rozpoznatelné z důvodu nejasných příznaků spojených s chřipkovým obdobím a domnívají se, že k postižení došlo v nočních hodinách. RM uvádí: „Pamatuji si, že večer usnul a pořád spal, a my jsme měli za to, že bylo období chřipek, a že je nějak nemocný jenom. Neuvědomili jsme si, že by to mohlo být něco tak vážného.“ RZ, RD a RS se shodují na tom, že nerozpoznatelnost cévní mozkové příhody zapříčinilo onemocnění seniora, které bylo spojené s chřipkou. RS tvrdí: „Tady tu informaci mám jen zprostředkovaně, protože nežiju ve stejném bydlíšti se svým otcem. Bohužel se to zkomplikovalo tím, že dotyčný měl v daném čase obtíže s nachlazením, tudíž přikládali jeho stav nějaké té indispozici spojené s chřipkou nebo s tím respiračním onemocněním.“ RV upozorňuje na to, že vždy, když byl pan A. naštvaný nebo nemocný, tak byl rád sám a neměl touhu s nikým komunikovat: „Bylo to tak, že děda

*před CMP byl spíše méně komunikativní, hlavně pokud se stalo něco, čím ho babička nějak naštvála, tak si lehl, spal a nekomunikoval. A právě babička si myslela, že je to zase jeden z těch jeho dnů, dokonce byl v tu dobu nějaký nachlazený, tak tomu nepřikládala velkou váhu, protože si myslela, že je jen unavený.“*

Z výzkumu také vyplynulo, že pan A. se neprojevoval žádnými zřetelnými příznaky, které značí postižení mozkového iktu. Respondenti uvádí, že chtěl být sám. RM uvedla: *„Když jsme ho budili, tak ho to obtěžovalo.“* Rozpoznání přišlo ve chvíli, kdy nastal u pana A. problém s indikací léků, které užívá z důvodu diabetu. RV řekla: *„Když si pak měl brát léky, tak už byl takový zmatený, moc nereagoval, tak babička přiběhla pro naši mamku a zavolali společně pomoc.“* Z odpovědí RZ a RD můžeme vyzorovat, že k pomoci došlo až druhý den. RZ uvádí: *„Když už to potom druhý den přetrvávalo a jeho manželka na něm pozorovala nějaké změny, tak jí to přišlo divné a řekla si, že to asi není normální a došla to vlastně říct k nám domů.“* RD se ve své výpovědi obrací na svou matku a tvrdí: *„Až vlastně druhý den zjistila, že přestává si dobře píchat inzulin, a tak jsme zavolali záchranku.“* Na otázku, zda si respondenti myslí, že byla panu A. včas poskytnuta pomoc, se jasně všichni respondenti shodli, že pomoc mohla být poskytnuta dříve a mohla tak být rychlejší, ale z důvodu nejasných příznaků a jejich spojení s respiračním onemocněním došlo k pomoci až druhý den. RZ ve své odpovědi uvedl: *„Myslím, že ne, nebo určitě to nebylo tak brzké, jak by to bylo možné, protože, jak jsem říkal, trvalo to už druhý den, kdy se, řekněme, tato událost zaspala, dalo by se říci, a tím pádem vlastně ty následky celkově mohly být, já nevím, menší, protože kdyby se to chytlo hned ten první den, tak by to bylo určitě lepší.“*

V rámci uvedené kategorie jsme se respondentů dotazovali také na příčiny vzniku cévní mozkové příhody a možnosti prevence. V případě příčin, na základě kterých došlo ke vzniku mozkového iktu, všichni respondenti uvádí a zároveň se shodují na tom, že hlavní příčinou vzniku byl celkový životní styl pana A., nadváha, nedostatek pohybu, špatná životospráva a také jiná onemocnění, jimiž pan A. trpí. RS se k dané otázce vyjádřil: *„Myslím si, že u mého tatínka to bylo nejvíce... ehm... jeho způsob života. Sedavý, málo pohybu a špatná strava. Což plynulo k nadváze, vysokému krevnímu tlaku, cukrovce. Kombinací tady těch negativních vlivů podle mě došlo tady k tomu, protože už asi před, já nevím, 12 lety, někdy kolem 57 – 58 let měl tenkrát částečně infarkt, což už mělo být důrazné varování k tomu, aby tu svoji životosprávu a způsob života, který byl spíše sedavý a neaktivní, změnil.“*

RZ a RD se dokonce přiklání k názoru, že se cévní mozková příhoda dala očekávat. RZ řekl: „*Tak mezi hlavní příčiny určitě se dá zahrnout jeho tehdejší styl života. Jak jsem říkal, tak byl to člověk, který byl spíš domácího typu, toho pohybu měl málo, trpěl nadváhou, a jelikož byl vlastně i myslím po třetím infarktu, současně je diabetik, tak když se sečtou všechny tyto, řekněme, příčiny dohromady, tak to k tomu vedlo.*“ Podobně se vyjádřila i RD: „*No tak určitě nadváha a špatný životní styl. Vlastně tatínek už je po dvou nebo třech infarktech a byl dost obézní, takže se to dalo předpokládat, že se něco takového může stát.*“

Na otázku prevence vzniku cévní mozkové příhody u pana A. můžeme pozorovat opět stejné názory respondentů. Nejčastěji respondenti uvádí více pohybu a dodržování diety. RM a RZ vidí prevenci především v oblasti stravy. RZ se vyjádřil: „*Tak v jeho případě by se určitě mezi prevenci, když už vlastně byl nemocný s tím srdcem a byl diabetik, tak určitě by bylo více toho pohybu, řekněme, zdravější životní styl, stravování, protože i to stravování, které si tak úplně nehlídal, tomu částečně přispělo*“ . RM odpověděla podobným stylem: „*No, kdyby se třeba víc pohyboval, víc toho pohybu a méně jídla třeba, aby nebyl obézní tolik, tak by to možná bylo lepší. (smích)*“ RD, RS a RV se v rámci prevence obrací spíše na fyzickou stránku života pana A. a ve svých odpovědích se obrací také na domácího mazlíčka, který mohl být pro pana A. určitou motivací. RV na otázku prevence odpověděla: „*Tak prevence především ten dostatečný pohyb, mohl například dříve chodit na pravidelné procházky s jeho psem...*“ Stejně tak se k prevenci vyjadřuje i RS: „*Určitě tam mělo být daleko více pohybu. Když měl tatínek 60, tak jsem mu pořídil psa jenom s tím, že jsem doufal, že ten pes, který byl v té době jím prezentován jako nějaký splněný sen, ho donutí k tomu, aby třeba podnikal nějaké středně dlouhé nebo delší procházky, a aby došlo ke zlepšení kardiovaskulárního systému v těle. A co se týče té stravy, tak bohužel v tomhle je tatínek takový revolucionář, že si dá grahamový rohlík, ale se škvarkem... (smích).*“

## 5.2 Kategorie č. 2 – Změny

Tato kategorie se zaměřuje na změny, které nastaly po cévní mozkové příhodě jak u pana A., tak i u rodinných příslušníků. Zabýváme se také srovnáním osobnosti pana A. před a po události a popisujeme, jaká byla situace v rámci nemocniční péče, a jak proběhl první kontakt s rodinou.

Kategorie vznikla na základě uvedených kódů:

**Následek CMP, změna pro pečující osobu, fyzická změna, psychická změna, osobnost seniora před CMP, osobnost seniora po CMP, situace po CMP, pochybení lékařů, první kontakt.**

Na základě změn, které u pana A. nastaly, jsme se nejprve zajímali, jaký následek cévní mozkové příhody pana A. postihl. Z odpovědí RM, RZ, RV, RD a RS vyplývá, že následkem cévní mozkové příhody je u pana A. narušení komunikační schopnosti. RS uvádí: „*Myslím si, že následkem toho je hlavně, že má postižené centrum vnímání řeči. Řekl bych, že jmenovaný ztratil tak 80 až 90% slovní zásoby. Myslím si, že uvažovací pochody má naprosto v pořádku, jenom není schopný věcem rozumět, anebo je vyjádřit. Problém je v tom, že má velké problémy s vnímáním okolního světa, pokud jde o komunikaci, takže rozumět sdělovacím prostředkům, rozumět rádiu, televizi, přečíst si noviny a podobně.*“ RD vzpomíná na počáteční stav svého otce a přesně vymezuje poruchu, kterou je pan A. postižen: „*Tak na to, jak to vypadalo špatně, tak se zdá, že má jen problémy s řečí, tomu se říká afázie. Slova si zaměňuje, i když okamžitě ví, že to řekl špatně. Mozek mu to okamžitě řekne, že je to špatně, ale nemůže si vzpomenout na to správné slovo.*“ RZ a RV se shodují v tom, že vnímají následky cévní mozkové příhody u pana A. z pozitivní i negativní stránky. RV: „*Následky si myslím, že jsou jak negativní, tak i pozitivní. Mezi negativní patří především, že asi zapomněl většinu slovní zásoby a musí se učit znovu, to se týká i písemné formy, kdy se třeba učil znovu podepisovat. Co je překvapivé, tak pokud něco nemůže pochopit, a napíšeme mu to na papír, tak si to většinu dokáže přečíst. A mezi pozitivní patří to, že je děda více fyzicky aktivní a s nejbližší rodinou se snaží komunikovat a trénovat mluvu.*“ Z odpovědí respondentů vyplývá, že pan A. po fyzické stránce není nijak postižen a má problémy pouze v rámci komunikace.

Cévní mozková příhoda není pouze problémem samotného jedince, ale může mít dopad na život celé rodiny. V případě, že je rodina stabilní, můžeme hovořit i o změnách, se kterými se potýkají její členové. V odpovědích respondentů můžeme pozorovat určitou rozmanitost odpovědí, dá se říct, že pro každého člena rodiny se v životě změnilo něco jiného. RM chybí nejvíce vzájemná komunikace: „*No změnil se tak, že prostě chybí nám ta komunikace, nemůžeme si promluvit, o čem bychom asi tak chtěli a... je toho víc, co bychom chtěli, aby bylo jiné, ale... už to musíme brát tak, jak to půjde.*“ RD popisuje osobní změnu následovně: „*Pro mě osobně se změnilo, že musím tatínka doprovázet k lékařům, protože není schopný se sám domluvit, špatně ještě rozumí. A musíme se mu víc věnovat, snažíme se mu*



*pomoci. “ RZ nepozoruje změnu na vlastní osobě, ale vidí ji z dopadu na svou vlastní rodinu: „Tak... mě osobně to zase tak moc nepostihlo, ale když to vezmu... já nevím... z hlediska třeba mé manželky, anebo mých dcer, které k němu vlastně začaly pravidelně chodit, stalo se to víceméně jedenkrát dennodenní potřebou, tak to dřív určitě nebývalo. Dřív tam zašla manželka, já nevím, dvakrát, třikrát do týdne, ale teď je to pravidelně, je to každodenní, takže určitě to je nějaké takové, řekněme částečné... ani ne tak narušení, jak prostě nějaká změna toho zaběhnutého rytmu, který probíhal.“ RV a RS se shodují na tom, že se snaží pana A. navštěvovat častěji, i přesto, že nebydlí v jeho blízkosti, a na návštěvách věnují největší pozornost právě jemu. RS: „Osobně se pro mě změnilo hlavně to, že teďka sem víc dojíždím, protože chci rodičům víc pomoci a nechci, aby všechno zbývalo na mamince. Navíc bych jim chtěl ještě jakoby ten pozdní život nějakým způsobem vylepšit.“*

Za výraznou fyzickou změnu, která u pana A. nastala, považují všichni respondenti zlepšení fyzické kondice a mobility. RM vnímá fyzickou změnu pana A. následovně: „No... fyzicky je na tom právě moc dobře, protože dřív byl spíš pomalejší, a teď má takové rychlejší reakce na všechno.“ RZ také pozoruje, že došlo naopak ke zlepšení po stránce fyzické: „Z hlediska té fyzické stránky, to by se dalo spíše brát, že byl posunutý k lepšímu, protože vlastně pan A. od té doby je, řekněme, fyzicky aktivnější, začal se více pohybovat, chodit na vycházky nebo provádět různé drobné pracovní činnosti ve zvýšené míře.“ Změnu po psychické stránce respondenti vnímají odlišně. Zatímco u RM můžeme pozorovat, že žádné psychické problémy u svého manžela nepozoruje: „A tak psychicky je celkem s tím takový vyrovnaný, dá se říct.“, naopak RV a RS hovoří o tom, že od počátečního stavu se psychika pana A. zlepšila, ale stále pozorují rozpoložení v případě, pokud má komunikovat nebo se zapojit do dění kolem sebe. RS: „Po psychické stránce, myslím si, že došlo ke změně v tom, že je občas podrážděný, což způsobuje právě to, že se neorientuje v tom ději, co se kolem něho děje.“

Abychom více mohli pozorovat rozdíl v životě pana A. před a po cévní mozkové příhodě a následně tak poukázat, jaké změny může taková událost zapříčinit, ptali jsme se respondentů, zda mohou srovnat osobnost jejich blízkého před a po mozkovém iktu. Respondenti se shodují na tom, že pan A. před danou událostí trávil život velmi pasivním způsobem a upozorňují na jeho fyzickou pohodlnost a špatné stravování. RM uvádí: „No před tou příhodou byl spíš takový pomalejší, neměl tolik pohybu a měl rád víc to pohodlí, a možná se to proto i tak odrazilo, a špatná životospráva.“ RZ, RV, RS a RD vyjadřují stejný názor, že nejoblíbenější činností pana A. před cévní mozkovou příhodou bylo sledování tele-

vize a trávení volného času doma. RZ: „*Tak jeho život vlastně do té doby byl, řekněme, založen na tom, že většinu času trávil doma, byl to spíš, dalo by se říct, domácí typ, který se samozřejmě podílel na nejnmutnějších pracích kolem domu, ale pak už trávil čas u televize nebo v domácnosti.*“ Podobně se k osobnosti pana A. vyjadřuje i RS, který se obrací i na komunikační stránku: „*Tatínek byl v podstatě spíš nemluva. Děda má, a měl i před cévní mozkovou příhodou, daleko větší odstup vůči cizím lidem. Nikdy to nebyl člověk, který by nějakým způsobem táhl společnost nebo podobně, spíš byl takový tichý přisedící.*“ A k fyzické stránce: „*Můj tatínek před cévní mozkovou příhodou byl spíš typ pohodlného člověka, který nevyznával nějakou extra aktivitu. Největší záliby byly opravy kolem domu, práce na zahrádce, sledování televizních seriálů, poslouchání rádia.*“ RV: „*Po té fyzické stránce byl před mozkovou příhodou takový pohodlnější, nejraději ležel u televize.*“ Rozdíly v osobnosti pana A. po cévní mozkové příhodě můžeme pozorovat v současné době především ze strany fyzické, komunikační a také z hlediska stravování. K fyzické kondici se respondenti vyjadřují velmi podobně. RD: „*ted' je hyperaktivnější*“, RV: „*nyní je aktivní až moc*“ nebo RS: „*tím, jak vlastně přišel o tu možnost komunikace, je daleko víc aktivnější. Když chce něco sdělit, nelení vstát, člověka přivést, naznačit mu co po něm chce, co by chtěl udělat. Je daleko aktivnější.*“ Z hlediska komunikace respondenti uvádí, že se dokonce snaží více mluvit, než dříve. RM: „*Komunikace by byla velice dobrá, rád by si ted'... nebyl nikdy tak... aby tak moc mluvil, a ted' by rád mluvil a zase to nejde (smích)... jinak je celkem soběstačný, umí se o sebe dost ještě postarat*“ RS: „*Je daleko komunikativnější, než byl před tady tou událostí.*“ Respondenti se zaměřili také na změnu stravování, kdy RM popisuje: „*No ted' víc dává si pozor i na tu stravu, aby tolik nejedl.*“ RV uvádí: „*Z počátku, když byl třeba v nemocnici, nebo ho i pustili domů, tak odmítal jídlo a dodržoval pevně dietu, kterou mu jakože teda dali, to se ale časem změnilo a ted' mu chutná stejně jako dřív (smích).*“

RS a RV hovoří o situaci, která nastala po cévní mozkové příhodě, tedy v době, kdy byl pan A. v nemocnici. V té době, kdy k události došlo, respondenti uvádí, že v nemocnici byly zakázány návštěvy, a tak nebylo snadné se za panem A. dostat. RV uvádí: „*Myslím, že nějakou dobu, nevím, jestli týden, nebo tak, tak to jsme tam za ním vůbec nemohli jít. Mě se teda podařilo tam pak dostat, protože tam pracuje přítelova mamka, tak mě tam vlastně protáhla.*“ Podobně se vyjadřuje také RS a hovoří o stavu pana A: „*Když jsem se prvně setkal s otcem já, byl jsem k němu puštěný jenom na krátkou chvíli, protože v té době v nemocnici probíhala karanténa, což ještě komplikovalo ten stav. Umím si představit, že*

*když se otec probudil v nemocnici, tak nikoho neznal, nevěděl, co se stalo, byl asi totálně dezorientovaný jak v situaci, tak v čase. Ze začátku byl na tom otec velice špatně. Byl nácvkovaný, nechtěl přijímat potravu, nedošel si na záchod... ani nevěděl, co vlastně ten záchod je.“*

RS se dále k situaci vyjadřuje a upozorňuje na neprofesionální přístup nemocnice jak k pacientovi, tedy k panu A., tak k rodině. RS se domnívá, že došlo k pochybení ze strany lékařů, protože předávali informace, které se nezakládaly na pravdě. *„Komunikace s nemocnicí nám uváděla, že tatínek absolutně nespolupracuje, nekomunikuje, nijak jim nepomáhá a nedělá žádné pokroky, a že se vlastně nehýbe, prostě je absolutně apatický, a já z té návštěvy, kterou jsem tam vlastně udělal nějakých 10 dní předem, jsem věděl, že to tak jako úplně není pravda, tak jsme se snažili se k tatínkovi i přes tu zmíněnou karanténu nějakým způsobem dostat.“* Na základě přístupu nemocnice se rodina rozhodla vzít si pana A. na revers do domácího ošetřování. RS dodává: *„Co se týče nemocnice, myslím si, že tatínek měl velkou smůlu na ošetřující lékařku, která v té době, dle mého názoru, osobně jo...nemůžu... řešila nějaké svoje vlastní psychické problémy, a z těch zpráv, které dávala, mi připadalo, jakoby snad tatínka ani neviděla. Dostával jsem informace např., že je ochrnutý, což nebyla pravda. Tatínek chodil už v době, kdy k té události došlo, sám došel do sanitky.“*

Na základě výzkumu jsme se také respondentů dotázali na otázku týkající se průběhu prvního kontaktu po tom, co pan A. utrpěl cévní mozkovou příhodu. Respondenti RS, RV a RM hovořili o prvním kontaktu v nemocničním prostředí. RS uvádí: *„Já, když jsem se za ním dostal na pokoj prvně, tak jsem si stoupl k posteli, natáhl jsem k němu ruku, protože mi doktorka tvrdila, že otec je ochrnutý... natáhl jsem ruku, ale otec mi ji podal. Opětoval, takže ruku jsme si podali, takže jsem viděl, že s tím ochrnutím to asi nebude zase tak úplně pravda. Nemohl si vzpomenout, jak se jmenuju, ale naprosto jsem si jistý, že věděl, že patří do jeho života, že jsem jakoby někdo blízký a tenkrát mi řekl asi jenom dvě věty... že neví nic, jakože tím chtěl vyjádřit, že si nic nepamatuje, že je dezorientovaný, a pak, protože je věřící, tak mi řekl, ať se za něho modlíme, takže si určitě naplno uvědomoval, že se něco vážného v jeho životě stalo.“* RV také vzpomíná na první kontakt se svým dědečkem: *„Děda mě na první pohled poznal, dokonce jsem mu nesla nějaké jídlo, protože jsem věděla, že vlastně odmítá v nemocnici cokoliv sníst, ale děda mě jenom řekl, že nemá nic rád. Ale jakože úspěch byl to, že mě poznal... snažil se něco říkat, ale já jsem mu moc nerozuměla.“* RM řekla: *„Když byl v nemocnici, poznával, kdo za ním přišel. Hlavně ta řeč mu*

nešla, ale jinak poznával všechny.“ RS se také vyjádřil k prvnímu setkání pana A. s nejmladší vnučkou, čímž chtěl poukázat na bezprostřednost malého dítěte. Jelikož v té době, kdy byl pan A. v nemocnici, měl narozeniny, pokusili se za ním dostat i přes již zmíněnou karanténu. „*Jela tam moje manželka s dcerkou, a když je tam pustili chvilinku na pokoj, tak vlastně malá vyběhla a nečekala, jestli ji dědeček pozná nebo nepozná. Skočila za ním do postele, dala mu hubánka a děda řekl okamžitě její jméno a hned věděl jako... šlo vidět prostě, že je rád, že ji vidí, a že je to prostě někdo, kdo je mu velice blízký a reagoval na ni výborně. Na základě tady toho podnětu pak i ta doktorka nám umožnila i ty návštěvy častěji... i přes tu karanténu, protože viděla, že tohle má na něho jakoby daleko lepší vliv, a že ho to okamžitě nějakým způsobem burcuje k aktivitě.*“

### 5.3 Kategorie č. 3 – Služby

Třetí kategorii tvoří služby. V uvedené kategorii se zaměřujeme na to, zda má rodina povědomí o tom, jaké služby v rámci sociální pomoci mohou být lidem po cévní mozkové příhodě poskytnuty, a jakých služeb využívali či využívají. Dále zkoumáme, zda byly poskytnuté služby přínosem či nikoliv, a jaký vliv měly na seniora.

Kategorie vznikla na základě uvedených kódů:

**Povědomí o službách, další služby, hodnocení, vliv na seniora, finanční podpora, ústavní péče, péče rodiny.**

Často se můžeme setkávat s případy, kdy lidé neví, jakých služeb mohou v případě utrpení nějakého postižení využívat. Nikdo jim informace neposkytne, nebo sami nemají zájem. Na základě výzkumu jsme zjistili, že respondenti většinou nemají povědomí o sociálních službách. RD a RM se jednoznačně vyjádřily: „*Povědomí o tom zatím žádné nemáme*“ nebo „*po pravdě, nevím*“. RZ se ke službám vyjádřil: „*Tak tady tuto otázku, abych řekl pravdu, jsem teda nějak nezjišťoval nějak moc. Vím, že prostě jsou nějaké služby, kdy jsme třeba potřebovali nějaké medicínské pomůcky nebo něco takového, že tyto možnosti existují, řekněme z oblasti charity nebo něčeho takového, ale že bychom konkrétně zjišťovali tu stránku, jestli ten člověk má zdarma nebo za nějaký poplatek nějaké takové možnosti, tak to nemám tady takové informace.*“ Podobně odpovídá také RS: „*Myslím si, že v mém povědomí je jenom, že by mohly být nějaké logopedické možnosti, jak člověka po této události rozmluvit, popřípadě pokud dojde k zasažení center pohybových, tak nějaký ten rozvoj toho pohybu. Jinak o tom velké povědomí nemám.*“ Z odpovědí respondentů vyplývá, že mož-

nosti poskytování sociálních služeb neznají, ale ani se o ně nezajímali. Hovoří spíše o dalších službách, které mohou být lidem po cévní mozkové příhodě poskytnuty, konkrétně o logopedické péči, protože jak již bylo zmíněno, pan A. trpí afázií. Všichni respondenti se ve svých výpovědích shodují na navštěvování logopedie. RZ: *„Určitě to byla ta pomoc ohledně vlastně té logopedie, toho mluvení, protože ho to vlastně postihlo po této stránce. Tam vlastně docházel, nevím teď teda přesně jak často, takový přehled já nemám, ale určitě vlastně na tu logopedii chodil.“* V odpovědi RD můžeme pozorovat určité nespokojení a vlastní úsilí rodiny o napravení řeči pana A.: *„Využili jsme logopedku, jenomže tam se nám to moc neosvědčilo, tak jsme s tatínkem pracovali doma, a myslím, že jsme ho posunuli hodně dopředu a pořád se to zlepšuje.“* Vypozorovali jsme, že respondenti nebyli s poskytovanou logopedickou péčí spokojeni z důvodu přístupu logopedky, která údajně ne zvolila správnou metodu práce s panem A., a proto efekt pomoci nebyl takový, jak očekávali. Na základě toho respondenti hodnotí logopedickou péči záporně. RV: *„Zdálo se mi, že paní doktorka na něj šla velmi rychle a měla dost náročné úkoly. Jak zjistila, že se mu moje sestra doma tímto směrem věnuje sama, tak veškeré úkoly směřovala směrem k ní. Pak nám vlastně na dva měsíce sezení dokonce zrušila s tím, že se ordinace bude stěhovat, a ozvala se myslím až po 4 měsících, kdy už děda odmítal k ní jít, myslím, že ho ta práce víc bavila s mojí sestrou. S paní logopedkou právě moc nespolečně pracoval, protože on nerozuměl těm zadáním, která ona mu vlastně dávala. Osobně mě přišlo, že s ním komunikuje stejně jako s námi. Nezpomalila v řeči a nesnažila se mu to podat jiným způsobem, když viděla, že to nechápe.“* RM upozornila, že pan A. *„potřeboval pomalejší přístup.“* RS vyzdvihuje rodinu, která panu A. v rozvoji řeči pomohla nejvíce: *„Myslím si, že ten efekt nebyl takový, jako když se do toho zapojili rodinní příslušníci, protože můj otec má takovou částečnou bariéru vůči cizím lidem. Daleko lépe komunikuje a spolupracuje s lidmi, kteří jsou mu blízcí a známí. Myslím si, že ten přístup neodpovídal jednotlivým úspěchům mého otce, jak se mu to dařilo. Zkrátka mám pocit, že logopedka jela stálým tempem bez ohledu na to, jak to otec zvládal.“* Respondenti se také shodují na tom, že návštěvy logopedie měly na pana A. negativní dopad a nepříznivě tak ovlivňovaly jeho psychický stav. *„Byl z toho podrážděný, nešťastný, protože paní logopedce nerozuměl, a já si myslím, že si zvolila na něho špatnou metodu“* uvedla RD. RV vnímá situaci velmi podobně a ve své odpovědi zdůrazňuje podceňování pana A.: *„Já si myslím, že k ní chodil s takovým strachem a nervozitou. Dokonce si myslím, že tyto hodiny na něj působily dost negativně. Když jsme se vrátili domů, byl z toho špatný, říkal, že je hloupý a trvalo nějakou dobu ho dostat zpět*

*do pohody. “ RZ na druhou stranu porovnává, že pokud se panu A. při návštěvách logopedie dařilo, tak odcházel v dobré náladě, avšak v případě, kdy neměl svůj den, tak odcházel z návštěvy logopedie „zklamáný, zarmoucený a určitě bylo vidět, že byl celkově nespokojený, nebo z těch návštěv otrávený.“*

Dále jsme se zabývali otázkou finanční podpory, kdy jsme se zajímali, zda respondenti mají ponětí o poskytování příspěvku na péči, jestli byli informováni, nebo zda je pan A. příjemcem tohoto příspěvku. Zjistili jsme, že pan A. není příjemcem příspěvku na péči a rodina se o tento příspěvek nezajímala. RD, RM a RZ jednoznačně odpovídají, že se o žádný příspěvek nezajímali a ani nebyli informováni. RD: *„Informováni jsme nebyli a nezajímali jsme se.“* RV se taktéž o příspěvek na péči nezajímala, avšak v jejím původním zájmu bylo vyřízení průkazu ZTP pro pana A. Odpověděla: *„Já sama jsem informována nebyla, zajímala jsem se jen o možnost výhody parkování s průkazem ZTP, protože jsem právě dědu vozila na ty hodiny logopedie, a v té době bylo město vždy hrozně plné. Ale nějak z toho sešlo a průkaz jsme nevyřizovali.“* Překvapivá může být odpověď RS, který byl připravený rodinu a všechny ostatní okolnosti finančně zajistit a kompenzovat tak sestře péči o pana A. *„Já jsem se o tento příspěvek nezajímal, pouze v prvních měsících, kdy došlo k tady k té události, tak jsme zvažovali se sestrou, že kdyby bylo postižení otce tak vážné, že by vyžadovalo celodenní péči, tak že by na určitý čas odešla z práce. Pak bychom hledali cesty, jak tady ten příspěvek vyřešit, a já jsem byl připravený, že bych to finančně kompenzoval... tu ztrátu, rozdíl mezi tím příspěvkem a platem.“* Na základě následku cévní mozkové příhody u pana A., jímž je afázie, se domníváme, že by pan A. neměl na příspěvek na péči nárok z důvodu nesplnění určitých kritérií pro získání tohoto příspěvku.

Zajímali jsme se, zda rodina na základě informací, které měli od lékařů z nemocnice, uvažovali o umístění pana A. do ústavní péče. Na danou otázku RM a RV odpověděly záporně. Pociťovali jsme určitý důraz, se kterým obě respondentky odpověď vyjádřily, z čehož vyplývá, že se rodina chtěla o pana A. postarat sama. RM: *„V žádném případě bychom ho nikam nedali.“* RV: *„Tak o tom jsme neuvažovali ani na chvíli.“* RS upozorňuje na to, že jim v začátku bylo doporučeno, aby se jako rodina snažili umístit pana A. do ústavní péče i s manželkou, která by se o něj starala. RS to popisuje následovně: *„Dokonce byly ty nejčernější scénáře, že máme hledat nějaký dům s pečovatelskou službou, kde by případně mohla být i moje maminka, aby se tam o tatínka starala a podobně, což se pak ukázalo, že vůbec neodpovídá tomu stavu a navíc si myslím, že v jeho případě by to bylo to nejhorší.“*

Rodina pečuje o pana A. sama. Nepotřebuje využívat žádné speciální služby, protože pan A. je zcela samostatný, pouze má problém s komunikací. RV uvádí: „*Ze začátku se o něj starala moje mamka, ale já si myslím, že děda teď nějakou speciální péči vůbec nepotřebuje. A co se týká té komunikace, tak on komunikoval vlastně od propuštění nejvíce s mamkou mojí, která vlastně se o něj starala. Dokonce, že si vzala volno s práce a věnovala se mu.*“ Rodina je odhodlaná a přesvědčená, že péči o pana A. zvládají bez potíží a shodují se na tom, že je to pro něj to nejlepší. „*Ano, my se sami o něho postaráme*“ uvedla RM.

#### 5.4 Kategorie č. 4 – Resocializace

Čtvrtá kategorie pojednává o resocializaci, která je stěžejním tématem výzkumu. Jedná se tedy o nejrozsáhlejší kategorii, v níž se budeme zabývat především významem resocializace seniora po cévní mozkové příhodě a zároveň jeho osobním podílem na začleňování.

Kategorie vznikla na základě uvedených kódů:

**Potřeba, potřeba pro rodinu, závislost na rodině, podíl rodiny, psychická odolnost, navázání kontaktu, komunikace s okolím, podpora od přátel, překážky, pokroky, zájem seniora, aktivita seniora, motivace, proces.**

Resocializace, neboli opětovné začlenění jedince do společnosti, může být pro jedince po cévní mozkové příhodě velmi těžkým úkolem. Respondenti se shodují na tom, že resocializace v takové situaci je nutností. RV a RZ hovoří o potřebnosti opětovného začlenění z pohledu postiženého. RV: „*Myslím si, že začlenění do běžného života je velmi důležité, a že se dědeček opravdu snaží.*“ RZ dává potřebu začleňování do souvislosti se zlepšením celkového zdravotního stavu: „*Tak já si myslím, že důležité to je u všech lidí, a už jenom vlastně z té příčiny, že ten člověk sám o sobě, když vlastně vidí, že mu, řekněme, konkrétně pan A., že nám začíná rozumět, lepší se s námi dorozumí, tak se mu tím pádem automaticky zlepšuje jeho psychika a ruku v ruce s tím jde vlastně celkově zlepšení jeho zdravotního stavu.*“ Na druhou stranu, RS a RD spojují nutnost resocializace s potřebou celé rodiny. RD: „*Já si myslím, že je to důležité pro nás všechny.*“ RS svou odpověď upřesňuje: „*Tak já si myslím, že pro nás je to nezbytné. Čím víc selepší stav toho nemocného, tím líp bude fungovat jakoby celá rodina, protože jsme na sebe blíže navázání.*“

Z výzkumu vyplývá, že pan A. je závislý na své rodině a rodina je pro něj tím nejdůležitějším. Proto zdůrazňujeme, že podpora rodiny má pro pana A. velký význam a pomáhá mu v jeho začleňování do společnosti. „*Tatínek si vždycky hodně zakládal na rodině a byl na*

*nás hodně závislý, tak si myslím, že mu hodně pomáhá, že jsme ho v tom nenechali samotného, a že se mu snažíme pomoci všichni“* uvedla RD. Podobným způsobem se k otázce podpory rodiny vyjadřuje také RM: *„On je strašně závislý na rodině, a mu to hrozně pomáhá, když se mu ta rodina hodně věnuje. Je velice rád, když za ním chodí a mají ho rádi.“* V odpovědích RZ a RS můžeme pozorovat, že se obrací na manželku pana A., která má pro jeho život velký význam, a soužití jednoho bez druhého by bylo obtížné. *„Tatínek jako manžel je pro ni životní parták a jejich způsob života je na sebe tak úzce navázán, že jeden bez druhého by nemohli asi nějak dobře fungovat“* uvedl RS a dodává: *„Nejbližší rodina je de facto celý jeho svět, ty okolní věci ho nijak moc neoslovovaly oproti tomu dění v té rodině. Takže myslím, že z toho čerpá pozitivní energii i tu motivaci.“*

To, jak se rodina podílí na začleňování pana A. do společnosti považujeme za jeden z nejdůležitějších bodů. Můžeme pozorovat velkou snahu rodiny, která je pro pana A. oporou a snaží se ulehčit mu jakékoli životní situace, především z oblasti komunikace, a zapojit ho do společenského dění. *„Jako rodina se s ním snažíme trénovat komunikaci, aby se neustále zlepšoval a dokázal se vlastně i s cizími lidmi lépe domluvit. Jezdíme s ním na různé akce, které ho zajímají, např. teď to bylo, kdy dřív pracoval v pivovaru, který se znovu otevírá, tak se mu snažíme dovést třeba pivo, což mu udělá radost a ... taky s ním jezdíme na lékařské prohlídky, na návštěvy rodiny a tak dále“* uvedla RV. RD poukazuje na to, že se zapojuje celá rodina a snaží se o celkový rozvoj seniora: *„Každý nějak po svém (smích). Dcera mu hodně pomáhá s řečí, já, jako jeho dcera ho doprovázím na veškeré lékařské vyšetření, můj bratr ho zase bere na procházky, na výlety, a tak dále.“* RZ vnímá podíl rodiny především v pravidelných návštěvách a v tvorbě různých komunikačních pomůcek a RS se snaží dopřát panu A. častější kontakt s nejmladší vnučkou, která má na pana A. velmi dobrý vliv. Z odpovědí respondentů vyplývá, že se snaží pro pana A. udělat co nejvíce, aby mu usnadnili danou situaci a udržovali ho v psychické pohodě. *„Tož, jako pomáháme mu, jak se dá, co potřebuje, prostě mu posloužíme“* uvedla RM.

Aby mohla resocializace probíhat úspěšně, je zapotřebí, aby byl postižený v psychické pohodě. Na základě toho hovoříme o psychické odolnosti, kterou si musel pan A. utvořit, aby zvládl tlak okolí. Je pochopitelné, že zpočátku pro něj nebyla situace jednoduchá. RD se k situaci vyjadřuje následovně: *„Po psychické stránce na tom ze začátku nebyl dobře, protože se s tím nějak nemohl srovnat, nerozuměl, ale teď je po psychické stránce v pohodě.“* Odlišný názor pozorujeme u RZ, který říká: *„Tak já si myslím, že to přijal stylem, že se to stalo. Myslím si, že ho to nějak... ne netrápí, ale že nad tím nepřemýšlí tak, že by to*



*mělo mít nějaký vliv na jeho psychický stav.*“ RS odpověděl: *„Pokud s ním člověk komunikuje pomalu a vlivným způsobem, tak to zvládá, si myslím, docela dobře.“* Zde pozorujeme, jak je pro psychickou pohodu pana A. důležitý přístup rodiny a okolí z hlediska komunikace.

Navázání kontaktu s okolím bylo pro pana A. z počátku náročné. RD, RV a RS hovoří o počáteční izolaci, kdy se spíše kontaktu vyhýbal, ale v současné době dochází spíše k vyhledávání společnosti, což všichni považují za velký úspěch. *„Ze začátku s tím měl velký problém. Nechtěl vůbec, aby za ním někdo chodil, aby ho někdo cizí viděl, ale teď se sám zapojuje a chce chodit dokonce na různé akce. Chce pořádat oslavy a lidé se teď už vůbec nestraní“* uvedla RD. Podobně odpovídá také RV, avšak upozorňuje, že stále je pro pana A. nejjistějším teritoriem rodina. *„Řekla bych, že se izoloval spíše dříve, teď na základě toho, že se sám věnuje tomu trénování a plnění těch domácích úkolů se to mnohem více zlepšilo. Samozřejmě nejkliďnější je, když je v blízkosti svých nejbližších, rodiny, není tak nervózní a komunikuje téměř neustále. Když je pak zase naopak ve skupině, kde je někdo cizí, tak spíše jen poslouchá.“* Z odpovědi RS jasně vyplývá, že největším problémem, který byl příčinou izolace pana A., byl komunikační problém: *„Myslím si, že zpočátku se izoloval. Právě tím, že cítil, že nemá žádné komunikační schopnosti, tak si snažil lidem vyhýbat, a to třeba tak, že šel na procházku se psem, ale chodil pouze do odlehlých míst, kde byla minimální šance, že někoho potká, s kým bude muset komunikovat.“* Podle RZ se v současné době snaží obnovit komunikaci s lidmi, se kterými se bavil i před cévní mozkovou příhodou.

Na otázku, zda se pan A. brání kontaktu s druhými lidmi, se respondenti shodují na záporné odpovědi. *„Kontaktu se nebrání. Je velice rád, když je s lidmi“* odpověděla RM. *„Zapojuje se, ale ne tak často“* uvádí RV. RD upozorňuje na podceňování pana A., ke kterému dochází, když má s někým navázat kontakt: *„Tatínek má trošičku problém, když se s někým potká nebo tak, že těm lidem nerozumí, proto jim hned říká, že je hloupý, že nemůže mluvit.“* RV a RZ se shodují na názoru, že na pana A. není možné rozpoznat, že prošel cévní mozkovou příhodou, což může často vést k tomu, že pokud se s ním lidé snaží komunikovat, musí jim vysvětlit, že nemůže dobře mluvit. *„Nerozumí, a tak se stydí, nebo když potká nějakého známého, který právě neví, že měl cévní mozkovou příhodu, tak občas má slzy v očích, když mu to musí říct.“* Na druhou stranu RZ se vyjadřuje následovně: *„... samozřejmě to dorozumění je o něco horší, ale jako určitě je to v takovém stavu, že ta komunikace s ním není jako už tak špatná, dá se domluvit.“* V uvedené situaci můžeme hovořit

také o značné podpoře ze strany přátel pana A., kteří jsou pro něj velkou oporou v těžké situaci. „*Myslím si, že ho jakoby chválí a sami vidí, že je daleko aktivnější, chovají se k němu velice přátelsky. Lidi se k tatínkovi chovají dobře a uvědomují si, že se snaží s nimi komunikovat. Takže přijali ten stav a vidí prostě tu snahu, že se komunikovat snaží. A když vidí, že se nejsme schopni domluvit, tak s klidným svědomím a s nějakým poplácáním po rameni opustíme to téma a prostě se pustíme do něčeho, v čem se domluvíme*“ uvedl RS. RM hovoří o určité vstřícnosti, kterou přátelé k panu A. projevují a RD a RV se shodují v názoru, že „*lidé ho začnou, jakože ihned podporovat, že je šikovný, že je to dobré, a že komunikuje dobře.*“

Na základě zkoumání významu resocializace se zajímáme také o to, zda měl nebo má pan A. určité zábrany vůči rodině, či okolí. Setkáváme se s odpověďmi, v nichž respondenti porovnávají stav seniora po návratu z nemocnice a stav seniora v současné době. „*Tak vlastně zpočátku, když nám ho z nemocnice pustili na plnách, tak si myslím, že se styděl, že to nedokázal pochopit prostě proč to tak je*“ vzpomíná RV. RD uvádí: „*Ze začátku samozřejmě neměl zábrany přede mnou, neměl před manželkou, ale před zbytkem rodiny ano, protože se cítil takový méněcenný, ale teď už vůbec nemá problém.*“ RZ a RS vnímají největší překážku, se kterou se pan A. potýkal a potýká do současnosti, v komunikační oblasti. RS: „*... Teď prostě cítím, že to stojí jenom na té hovorové bariéře.*“ RZ pozoruje, že i přes počáteční zábrany dochází k postupnému zlepšování a překážky pomalu mizí: „*Ze začátku, v tom prvním období, kdy se vrátil z nemocnice dom, byl nemocný, tak určitě takové zábrany by se daly brát... ne, že by byly velké, ale určitě neměl snahu se bavit s lidmi, kteří nebyli, řekněme, nejbližší rodina. Ale postupem času, až vlastně se mu ta slovní zásoba začala zlepšovat, tak tyto zábrany pomíjí, a myslím si, že poslední dobou je to čím dál lepší.*“

Abychom mohli posoudit, zda je resocializace seniora úspěšná, zabýváme se určitými pokroky, na jejichž základě pozorujeme, zda se pan A. určitým způsobem posunuje dopředu, a zda dochází ke zlepšování jeho stavu. Pan A. se musel učit vše od začátku, především co se týká zvládnání základních hygienických a fyziologických úkonů a psané a písemné formy řeči. Na základě toho respondenti považují za největší pokroky pana A. rozvoj slovní zásoby a způsob komunikace v možné formě, zvládnání fyziologické potřeby na toaletě, samostatnou indikaci léků a aktivní zapojování do společenského dění. „*No tak především to, že je tedy schopný se sám o sebe postarat, okoupat se, dojít si na záchod. A že se snaží komunikovat nejen s námi, ale i s cizími lidmi*“ uvádí RV. RS se k situaci vyjadřuje: „*Největší*

*pokrok je to, že se naučil záchod, že zvládá indikaci těch diabetických přípravků, a to jako si to dovede i spočítat. Navíc v dnešní době je třeba vidět, že sice vážne komunikací, ale má velkou zálibu, že luští sudoku, a je vidět, že vlastně logické pochody mu v hlavě naprosto fungují, že mu jenom chybí ta slovní zásoba.“* RS také popisuje, jakým způsobem naučil pana A. používat toaletu: *„Nemohl jsem ho vůbec nějakým způsobem donutit, anebo ošálit, abych ho třeba vůbec na ten záchod byl schopný přivést, protože vůbec nechápal, co vůbec záchod je a k čemu slouží. Nakonec jsme šli na to lstí, že jsem mu demontoval splachovadlo a předstíral jsem, že usilovně opravuju nějakou závadu, a když mě šel zkontrolovat a zjistit, co tam vlastně vyrábím, tak už jsem ho tam nějakým způsobem přinutil, a od té doby už potřebu vykonával na záchodě.“* RD vnímá největší pokrok v rámci komunikace s lidmi: *„Za největší pokrok asi považuju to, že už se vůbec nebojí prostě lidí, nebojí se mezi lidi vyjít, sám se jim snaží říct, že měl... že je nemocný, že měl cévní mozkovou příhodu, snaží se jim to vysvětlit, že jim špatně rozumí, a že musí na něho pomalu mluvit, a už se jim dokonce snaží odpovídat.“* Pokrok cítí také manželka pana A., která se zpočátku nedokázala se situací vyrovnat: *„A domluva už, aspoň nějaká, je. Nebyla skoro žádná, a už si celkem rozumíme v různých věcech.“*

Pro resocializaci považujeme za důležité, aby měl pan A. nějaké zájmy a aktivně se podílel na životě ve společnosti. Respondenti ve svých odpovědích uvádí, že největším zájmem pana A. je jeho pes, ale zajímá se také o dění kolem sebe a vyhledává kontakt s lidmi. RD a RV potvrzují zájem pana A. týkající se jeho psa: *„Také se teď věnuje více svému psovi, se kterým chodí na procházky.“* RV dále ještě doplňuje: *„Tak... dědeček především má zájem o návštěvy a výlety, sám se doma učí a trénuje si psaní, plní si vzorné úkoly, díky kterým se už vlastně nebojí tak komunikovat s tím okolím.“* Podobně odpovídá také RM: *„No, že rád vyhledává společnost, když někoho tak ... se mu nevyhýbá a rád je s lidmi. Když za ním někdo přijde, tak spíš je rád.“* Syn pana A., který nebydlí v místě jeho bydliště, vnímá zájem seniora z hlediska jeho zájmu o okolní dění, a říká: *„Když teď přijedu sem třeba po týdně, po 14 dnech na víkend na návštěvu, tak se mě snaží sdělit všechno, co se na vesnici odehrálo, kdo se s kým oženil, kdo zemřel, že se někde stala nějaká dopravní nehoda. Akorát k tomu využívá často manželku, babičku, moji maminku, protože on třeba jak mu chybí slovní zásoba, tak vysloví tři, čtyři slova, jakoby záchytné body, a prosí babičku, aby mi to jakoby dopověděla, co se vlastně stalo. Takže snaží se sdělovat to, co se v jeho životě děje.“*

Po cévní mozkové příhodě začal pan A. trávit svůj život podstatně aktivněji, než tomu bylo před vznikem této události. Je více fyzicky aktivní a sám se podílí na tom, aby se jeho zdravotní stav zlepšoval, a neustále má snahu posouvat se dopředu. Z hlediska fyzické stránky popisuje aktivitu seniora RZ: „... je vidět, že pokud trochu počasí dovolí nebo něco, tak opravdu z hlediska fyzického má snahu něco dělat, anebo aspoň chodit na procházky a trávit čas, řekněme, člověk by řekl fyzicky aktivněji.“ RD na druhou stranu vnímá největší aktivitu pana A. z hlediska rozvoje slovní zásoby a procvičování myšlení: „Je velice snaživý. Sám se snaží učit, co mu dcera dá, nějaké zadání, co se týká psaní, počítání, tak se snaží plnit takové ty domácí úkoly od ní. Velice ho baví luštit sudoku, to mu jde velice.“ RS ve své odpovědi poukazuje na uvědomělost seniora a snahu kompenzovat své postižení: „Já si myslím, že dědeček, respektive otec, zjistil, že v tomto čase, v této době, daleko víc dokáže manuální práci, než komunikací, takže od té doby, co vlastně je zpátky, dostal se nějakým způsobem do dobrého fyzického stavu, tak v jednom kuse jakoby pracuje a vylepšuje, jak práce na domu, tak na zahradě. Prostě je vidět, že opravdu ten dům a zahrada má teďka moc dobrou péči. Takže myslím si, že si uvědomuje, že ty komunikační možnosti jsou omezené a o to víc se věnuje té manuální práci.“

V rámci úspěšné resocializace je pro pana A. velmi důležitá motivace. Z odpovědí respondentů vyplývá, že největší motivací pro pana A. je rodina. Názory respondentů se shodují v tom, že rodina dodává panu A. velké množství energie, a jak popisuje RV: „... podpora rodiny je pro dědečka dle mého názoru úplně nejdůležitější, protože mu to dodává spoustu energie a takovou chuť do života, když nás kolem sebe má, nebo když se nám něco podaří, tak z toho má hroznou radost. Řekla bych, že má radost z každého úspěchu a zajímá se o dění kolem sebe. Po osobní stránce se raduje z každé maličkosti, těší se na každou návštěvu, rád i cestuje na návštěvy k rodině. Myslím si, že teď si chvilku s rodinou užívá více než předtím.“ RS vnímá za největší a nejlepší motivaci pro pana A. nejmladší vnučku, protože má na nemocného velmi dobrý a pozitivní vliv. Upozorňuje tedy na naprostou bezprostřednost dítěte, které nemá vůči nemocnému žádný odstup, a popisuje: „...malé děti ten distanc vůči tomu nemocnému nedrží. Tudíž se neptají, jestli rozumí nebo nerozumí, přímo ho vtahují do hry nebo do nějaké své aktivity, což si myslím, že je pro dědu dobře. Navíc děda je i motivovaný, zase když vidí, že... já nevím... vypěstuje ředkvičku, vyrostou mu jahody, a ta malá to tam někde obírá na zahrádce, tak vidí, že to, co dělá, má pořád smysl, a že je pořád důležitý a užitečný, jak pro tento svět, tak pro tu rodinu.“ Považujeme za potřebné ujistovat nemocného o tom, že pro rodinu je stále potřebný a vyvarovat se tak

pocitům méněcennosti. RS se dále uvádí, že velkou motivací jsou pro pana A. úspěchy rodiny, a především úspěchy vnuček: „... *můj tatínek je asi opravdu rád dědečkem a má prostě radost z úspěchů, jak svých potomků, tak svých vnuků, anebo vnuček, potažmo u mého tatínka, takže fakt se dokáže těšit, když se prostě jeho blízkým něco podaří, ať už je to prostě upečená buchta, anebo prostě hezky nakreslený obrázek, nebo pěkně přednesená básnička. Prostě tady ty úspěchy mu přináší do života radost a motivují ho k dalšímu zlepšení a k té práci na sobě... A kupodivu mě překvapuje, že opravdu má o spoustu věcí možná větší zájem, jakoby dostal jako... přijde mi to, jakoby fakt dostal životní lekci a uvědomil si, že prostě, že ten život je nějaká příležitost, a že teďka si ho víc váží a opravdu pracuje na tom, aby ještě ty dny, které má, prostě byly nějak rozumně využité a smysluplné.“*

Na základě výzkumu jsme zkoumali otázku, jak respondenti hodnotí proces resocializace u pana A. Všichni respondenti odpovídají kladně a tvrdí, že samotný proces začleňování probíhá velmi dobře. Vidí, že jejich tatínek, manžel, dědeček, tchán má neustálou snahu na sobě pracovat a zlepšovat se a jako rodina se ho snaží ve všem podpořit, což má na pana A. dobrý vliv. Radují se z každého malého úspěchu, který se panu A. podaří. RD: „*Já to hodnotím teď momentálně velice úspěšně, protože ať už to vlastně bude rok, doktoři nám řekli, že co neuděláme do roka, tak nebude, tak vidíme, že se tatínek pořád sune dopředu, krůček po krůčku.*“ RS vnímá úspěch resocializace na základě vlastních zásluh: „... *já to hodnotím úspěšně, ale přikládám opravdu 90% toho úspěchu té rodině a osobnímu přístupu k tomu postiženému.*“ ... „*Já si myslím, že to vede k lepšímu*“ potvrzuje úspěch resocializace RM.

## 5.5 Kategorie č. 5 - Spolupráce

Tato kategorie hovoří o kooperaci mezi rodinou a seniorem po cévní mozkové příhodě. Zaměřujeme se jak na způsob komunikace, tak i na komunikační pomůcky, které jsou nezbytné pro rodinnou domluvu. Pro jedince, který utrpěl cévní mozkovou příhodu, může být velmi těžké vyrovnat se s nastalou situací. Proto považujeme za důležitou podporu rodiny, která by měla pro jedince představovat určitou jistotu, i když vyrovnanost může být problémem i pro ně samotné.

Kategorie vznikla na základě uvedených kódů:

**Komunikace, komunikační pomůcky, snaha seniora, vyrovnanost seniora, nevyrovnanost manželky, podpora rodiny, jistota seniora.**

Pro rodinu s postiženým členem je důležité najít si cestu ke společnému způsobu komunikace, která bude přijatelná pro všechny členy domácnosti. RD, RM, RV, RZ a RS se shodují na konkrétních znacích, které jsou pro jejich komunikaci s panem A. typické. Jako nejčastější znaky uvádí pomalou mluvu, pouhá slova nebo krátké věty, správnou artikulaci, upoutání pozornosti na vlastní osobu a především trpělivost. Respondenti se dále shodují na tom, že pan A. si dokáže informace vizuálně přečíst, avšak pouze pokud se jedná o jednoduchá slova a krátká slovní spojení. „*My už v rodině víme, jak máme na tatínka vlastně jít, takže nepoužíváme žádné dlouhé věty, spíš slova, hodně nám pomáhá sešit, že mu píšeme, protože on si to vlastně vizuálně přečte, i když to třeba nechápe, ale očima si přečte a okamžitě ví, jak má na to odpovědět a jinak... říkám, snažíme se s ním mluvit pomalu, srozumitelně, a když ta mu to víckrát opakujeme*“ uvádí RD. „*Tak určitě se snažím, nebo všichni se snažíme správně artikulovat... a naopak, když se nám snaží on sám něco sdělit, tak musíme pozorně naslouchat a neskákat mu do řeči, protože on vždy potřebuje dokončit tu svoji myšlenku*“ upozorňuje na ohleduplnost k panu A. RV. RZ poukazuje na oboustrannou trpělivost, která je důležitá jak ze strany rodiny, tak ze strany pana A.: „*... z naší strany to je o tom vlastně mít trpělivost a řekněme trochu pomalejší mluva, a když tak mu tu otázku zopakovat. No a na druhé straně on má snahu nám odpovědět, akorát si je vědom toho, že třeba neodpovídá hned poprvé úplně srozumitelně, takže on sám se nám to snaží taky zopakovat. Takže je to takové o oboustranné trpělivosti a o tom, že si člověk částečně rukama na něco ukáže.*“ RS ve své odpovědi shrnuje jednotlivé kroky komunikace, které napomáhají lepšímu porozumění: „*S tatínkem se snažím komunikovat tím způsobem, že nejdřív upoutám pozornost na vlastní osobnost, že mu chci něco říct, protože tatínek někdy nepobírá vlastně ten děj kolem sebe, když se baví víc lidí, tak vlastně neví, kdy směřuje hovor k němu a kdy se bavíme my spolu. Takže když začínám s tatínkem komunikovat, tak nejdříve upoutám pozornost na svou osobu, pak se snažím mluvit pomalu, v jednoduchých větách, výrazně artikulovat a doplňovat ten hovor gestikulací. Naznačit mu fyzicky rukama, co chci. Pokud vidím, že není schopný pochopit, o čem mluvím, tak se snažím napsat na papír nějaké slovo, protože čtené slovo vnímá líp, než mluvené a většinou se od toho odpíchne. Když vidím, že ani to slovo nemůže pobrat, snažím se najít jinou alternativu k tomu slovu, abychom se k tomu problému, o čem chceme mluvit, nějakým způsobem dostali, aby to pochopil. Takže myslím si, opravdu, pomalé mluvení, upoutání pozornosti na vlastní osobu, jednoduchá slovní zásoba a vyhýbám se nějakým složitým slovům, snažím se to říct jednoduše. Pokud je to dostupné blízko, v dosahu, a nemůžeme se domluvit... třeba*

*když se ho zeptám, jestli si dáme kávu a nerozumí tomu, tak ho prostě vezmu za ruku, jdem do kuchyně, ukážu mu kávu, hrníček, on řekne ano, dám si, nebo řekne ne, a... takže vždycky najdeme nějakou cestu, jak se domluvit.“* RS ještě dodává, že na základě uvedených kroků komunikace se pan A. snaží více zapojit do hovoru a je rád, že lidi kolem sebe má.

Úspěšná komunikace a následné dorozumění je závislé na komunikačních pomůckách, které mohou být pro rodinu velkým pomocníkem. Na základě těchto pomůcek si pan A. rozvíjí slovní zásobu, což mu pomáhá při jeho resocializaci. Čím bude vyjadřování a porozumění pana A. lepší, o to více pro něj bude jednodušší začlenit se. Za jednu z nejlepších pomůcek považují respondenti založení katalogu, v němž má pan A. vytisknuté jednotlivé položky, např. jídlo, nápoje, členy rodiny, ovoce, zeleninu a další. *„Jedny z nejlepších pomůcek, které vlastně vytvořila dcera, bylo, že mu udělaly, řekněme, nějaký katalog, nebo nějaký přehled, obrázkový katalog různých slov, kde... protože on vlastně věděl, co nám chce říct, ale nebyl schopný to vyslovit, tak mu to pomáhalo. On si to nalistoval, otevřel a ukázal na ten obrázek, čímž vlastně potom byl schopný to téma, o kterém jsme se bavili, nám více přiblížit a to dorozumívání se stávalo vlastně podstatně jednodušším z naší strany na pochopení a z jeho strany na vyjádření“* potvrzuje RZ. Mezi další pomůcky, které napomáhají panu A. v rozvoji řeči, vnímání a myšlení patří např. vytisknutá písmena abecedy, čísla, písanky, a jiné. *„Hned na začátku jsme mu vlastně založili sešit, kde měl třeba obrázky zeleniny, ovoce, nářadí, taky fotky rodiny vlastně s popisky, a když si nemohl na dané slovíčko vzpomenout, tak si ho vždycky v daném sešitě vyhledal a ukázal. Tím jsme spolu ze začátku tak lépe komunikovali. Dále mu moje sestra vytvořila lístečky s písmeny a číslicemi, kdy trénoval jejich poznávání, později i počítání, to mu šlo celkem dobře. Nebo měl zase obrázek postavy, a říkali jsme mu jednotlivé části těla a on měl ukazovat, kde se nachází. Naopak čtení a pochopení textu se cvičilo zase pomocí vět, kdy po přečtení měl na konci zakroužkovat ANO či NE a my jsme tak poznali, jestli danému textu rozumí“* uvádí RV. RD i přes všechny vytvořené pomůcky a snahu rodiny rozvíjet u pana A. řeč vnímá komunikační situaci tak, že není do současné doby taková, jak by si představovala: *„... a tak jsme ho pozvolna rozmlouvali, i když do teďka ta řeč není úplně dobrá.“*

Spolupráci se seniorem hodnotíme na základě jeho osobní snahy, kterou v dané situaci projevuje. Aby se mohl pan A. úspěšně resocializovat, je zapotřebí, aby se na zlepšení svého zdravotního stavu sám podílel. RS pozoroval snahu již v době, kdy se pan A. vrátil z nemocnice: *„... když se tatínek vrátil, tak šlo třeba vidět, že má naprostý zájem jako dia-*

*betik a člověk, který se léčí s vysokým tlakem... bral hodně léků, poměrně, když jsme přišli domů, tak okamžitě se o ty léky zajímal, začal si zase rozdělovat, tak jak to bral. Problém byl v tom, že dostal novou indikaci a měli jsme docela obtíž mu vysvětlit, že tak, jak bral ty léky předtím, před tou událostí, tak je bude muset teď brát v jiném množství, v jiném čase. Nicméně pochopil to.“ Respondenti se ve svých odpovědích shodují, že pan A. má velkou snahu zlepšit svůj zdravotní stav, především tedy v oblasti komunikační bariéry, která je jediným následkem cévní mozkové příhody. „Snaží se opravdu sám pro to něco dělat, aby se zlepšoval“ uvádí RD. RZ hovoří o tom, že se snaží plnit různé úkoly, které slouží k rozvoji jeho jazykových schopností. Jedná se o úkoly zaměřené na procvičení psaní, čtení a poznávání, které pro něj vytvořila vnučka: „Má různé úkoly, které má plnit. Jelikož mu jich kontroluje, tak vlastně má snahu se o to on zapříčinit, aby je splnil co nejlépe, protože se na to dívá tak, aby ji nezklamal. Ale zase na druhou stranu se musí říct, že sám o sobě on má snahu dělat různé věci a domluvit se s okolím. Takže i když k nim dojde třeba někdo, kdo není úplně nejbližší rodině a je to známý, kterého už zná, tak se nestydí, má snahu se s ním bavit, domluvit se a tak podobně. Takže myslím, že se dá říci, že i vlastně pan A. má snahu si rozšiřovat a zlepšovat svůj zdravotní stav.“ Podle RS se pan A. velmi snaží i přes omezenou slovní zásobu vydatně komunikovat a zapojit se tak do společenského dění. „Teď opravdu by komunikoval rád a rád by sděloval to, co se v jeho životě děje nebo co se odehrálo. Hledá všechny možné příležitosti, jak prostě ty svoje zážitky a prožitky sdělit. Musím říct, že podle mě až tatínek překvapuje, jak poctivě se tady k tomu problému staví, a jak se snaží zlepšovat ten svůj komunikační stav.“*

Cévní mozková příhoda může obrátit život jedince úplně jiným směrem. Na základě výzkumu jsme se zajímali, jak se pan A. vyrovnal s novou životní situací. RV, RS, RZ a RD vyzorovali na panu A. počáteční potíže s přijímáním nového života, avšak v současné době si myslí, že se pan A. se situací vyrovnal. „No svůj nový život... myslím si, že se s tím vyrovnal celkem dobře, i když zpočátku to pro něj jakože nebylo úplně lehké. Třeba se jako dost rozčiloval, když se mu nedařilo říct to, co chtěl, nebo jsme mu nesprávně porozuměli a byl z toho smutný. A vlastně jediné omezení, co teď má, je ta mluva, ale já věřím, že se to časemlepší“ uvádí RV. RS poukazuje na počáteční emoce, ale také na uvědomění seniora o svém zdravotním stavu: „Někdy vidím na tátovi, že ho mrzí, že nepobírá, nestačí tomu tempu, aby pobral okolní děj. Ze začátku to nesl asi těžko a měl takové lítostivé, melancholické nálady. Nicméně teď už si jakoby asi uvědomuje, že ten stav je neměnný, a že vlastně může být asi i vděčný svým způsobem, že to dopadlo, jak to dopadlo, protože když si vez-



*meme počáteční stav, kdy jsme ho viděli v nemocnici, nebo když jsme si ho přivezli domů, tak jsme udělali veliký kus cesty. Takže myslím si, že smířil se s tím, že už nikdy nebude ten stav takový, jako před tou mozkovou příhodou, ale zároveň ještě si připouští, že by mohlo dojít k určitému zlepšení.“ Z odpovědí respondentů vyplývá, že pan A. je již v současné době vyrovnaný se svým zdravotním stavem, ale stále má snahu na sobě pracovat a zlepšovat se. RD: „V této době si myslím, že už je s tím smířený.“ Do rozporu s odpověďmi ostatních respondentů uvádíme odpověď RM, která projevuje názor, že pan A. je se situací smířený již od začátku: „... ne vůbec. Když se vrátil, byl docela jako... vůbec mu to nevadilo jako, že prošel takovým... Já si myslím, že na to, co ho postihlo, velice dobře to ještě snáší. Myslím, že se dovede dost smířit s osudem.“*

Cévní mozková příhoda může ovlivnit také životy rodinných příslušníků, kteří se o postiženého starají. RD a RV se shodují na tom, že celou situaci zpočátku nezvládla RM, která je manželkou pana A. „Ze začátku s tím měla velký problém, protože se s tím nemohla srovnat a nedovedla pochopit, že tatínek je nemocný“ uvedla RD. Podobně se vyjadřuje také RV, z jejíž odpovědi vyplývá, že manželka pana A. zpočátku situaci nezvládala a nedokázala pro něj být oporou: „No, myslím si, že babička to nezvládla moc dobře. Ta jak kdyby nedokázala moc pochopit, co se to stalo, a že vlastně děda je teď nemocný, a že už to asi nebude jako dřív. Byli taková dvojka – jeden pro druhého. Ale po té cévní mozkové příhodě jakoby ta babička opravdu nedokázala pochopit, v jakém stavu se děda ocitl, a situaci zprvu prostě vůbec nezvládla.“

Pokud jeden z rodinných příslušníků selže, je důležité, aby se rodina spojila a byla tak oporou jak pro postiženého jedince, tak pro osobu, která se nedokáže sama vyrovnat s nastalou situací. RZ vnímá největší význam podpory v rámci narušené komunikační schopnosti a tvrdí: „Bez toho procvičování by to nešlo. Takže... říkám, já konkrétně ne, ale vím, že manželka, jak za ním pravidelně docházela, a hlavně dcera, která vlastně se tomu věnovala, řekněme, ještě víc, než ta manželka, která to vzala opravdu důsledně a snažila se mu prostě vycházet vstříc a pomáhat mu v tom, aby se mu ta slovní zásoba obnovovala, a aby se ta komunikace s okolím, s námi v rodině, s nejbližšími ze začátku zlepšovala.“ RS považuje podporu rodiny za velmi důležitou, a poukazuje na fakt, že rodina by v těžkých situacích měla držet pohromadě: „My jsme jako rodina fungující celek a semkli jsme se k tomu takovým způsobem, že opravdu táhneme všichni jedním směrem a toho dědu každý svým způsobem postrkujeme nějak, jak umíme, dopředu. A myslím si, že v tomto má štěstí.“

Na závěr jsme se respondentů dotazovali, kdo si myslí, že je pro pana A. jistým bodem v životě, tedy na koho se může spolehnout, a kdo mu je největší oporou. Respondenti se shodují v tom, že největší oporou je mu dcera, a poté následně vnučka a manželka. „*Tak mezi takové jisté body určitě bude patřit jeho manželka a taky jeho dcera, tedy moje žena. Určitě je to proto, že od začátku s ním tráví nejvíc času, chodila s ním na všechny ty návštěvy k lékaři, které potřebuje, ať je to z hlediska, řekněme, té cévní mozkové příhody, anebo jak už chodil dříve ohledně kontrol diabetu, anebo srdce. No a potom vlastně hned v pořadí bude dcera, která se mu dennodenně věnuje a řeší s ním takové ty věci, jak mu pomoci, jak mu ulehčit přemýšlení, v čem ho procvičit a tak podobně.*“ RS tvrdí: „*Já si myslím, že teď momentálně takovým majákem je dcera Jana... často ho navštěvuje, a navíc tráví s ním, když pomínu manželku, nejvíc času, a na rozdíl od manželky, babičky, má podstatně... s ním dokáže dovedněji komunikovat, než babička. Má takový flexibilnější přístup a asi větší trpělivost, než má babička. Pak si myslím, že jsou to neteře, každá svým přístupem.*“ V otázce, na koho se může pan A. spolehnout odpovídají respondenti shodně, tedy tak, že pan A. se může spolehnout na celou rodinu. Avšak v případě jistoty, kterou členové rodiny představují pro pana A. odpovídá RD stejně jako ostatní, a za největší jistotu pokládá sama sebe: „*No... (smích), dovolím si říct, že asi nejjistějším bodem jsem teď já, protože s ním všude jezdím po doktorech a hodně mě věří (dojetí).*“

## 6 INTERPRETACE DAT

V následující kapitole se zabýváme interpretací jednotlivých dat, které byly v rámci kvalitativního výzkumu zjištěny. Švaříček a Šed'ová (2007, s. 244) hovoří o interpretaci dat jako o „*systematickém rozboru toho, co kategorizovaná data a nalezená spojení vlastně znamenají.*“ Na základě rozhovorů, které byly provedeny s respondenty účastnicími se daného výzkumu, byly zjišťovány a posléze získány odpovědi, pomocí nichž můžeme zodpovědět dílčí výzkumné otázky. Hlavním cílem výzkumu je popsat proces resocializace u seniora po cévní mozkové příhodě.

### **Dílčí otázka č. 1: Jaká je příčina vzniku cévní mozkové příhody u seniora pohledem respondentů?**

Pan A. utrpěl cévní mozkovou příhodu v necelých 69 letech. K samotnému incidentu došlo nejspíše v nočních hodinách, kdy nebylo možné postižení rozpoznat, a proto byla první pomoc poskytnuta až na druhý den. Pan A. však neměl žádné typické příznaky, které by značily utrpění cévní mozkovou příhodou. V té době stav komplikovala chřipková epidemie, s čímž si nemluvnost pana A. rodina spojovala. Dříve, když byl nemocný, se nijak neprojevoval, pouze odpočíval a byl rád o samotě. Jeho manželka pozorovala problém až ve chvíli, kdy ztratil schopnost píchnout si inzulin a vzít si potřebné léky. Na základě toho manželka pana A. usoudila, že něco není v pořádku, a společně s dcerou přivolaly pomoc. Mezi hlavní příčiny, které vedly ke vzniku cévní mozkové příhody, podle respondentů patří nezdravý způsob života, špatný životní styl, nedostatek pohybu, nadváha a nedodržování diety spojené s diabetem. Za další příčiny však respondenti považují nemoci, jimiž pan A. ve svém životě prošel. Pan A. je diabetik a v současné době je již po třetím infarktu. V případě pana A. bychom mohli za prevenci dle respondentů považovat aktivnější způsob života, více pohybu, procházky se psem a správné stravování.

### **Dílčí otázka č. 2: Jaké změny nastaly u seniora po cévní mozkové příhodě pohledem respondentů?**

Následkem cévní mozkové příhody u pana A. je narušení komunikační schopnosti, konkrétně afázie. Pan A. má postižené centrum vnímání řeči a vykazuje se problémy s porozuměním a vyjadřováním. Především ztratil slovní zásobu a není schopný úplně rozumět okolnímu dění. Po fyzické stránce pan A. žádné postižení neutrpěl, ale naopak došlo k vel-

kému zlepšení. Pan A. je po události více fyzicky aktivní, až hyperaktivní, což postupně vede ke zlepšení jeho fyzické kondice. Také se více věnuje svému psovi, s nímž pravidelně za pěkného počasí podniká procházky do přírody, věnuje se práci na zahradě a vykonává práci okolo domu a v domácnosti ve zvýšené míře. Z hlediska psychiky je pan A. v současné době v psychické pohodě, avšak zpočátku se projevoval velkou lítostí a podrážděností, která se pojila s neporozuměním mluvenému slovu, neschopnosti se vyjádřit, či zapamatovat si nové informace. Mezi změny patří také častější kontakt pana A. s rodinou, která se snaží panu A. ve všem vyjít vstříc a podporuje ho v jeho neustálých pokrocích. Pan A. před utrpěním cévní mozkové příhody byl typ pohodlného člověka, který se projevoval velmi pasivním způsobem života. Jeho největšími zájmy bylo sledování televize, ležení v posteli, jídlo a práce na zahradě. Po komunikační stránce byl spíše tichý, příliš nemluvil, držel vůči cizím lidem odstup a neměl zájem účastnit se společenského dění. Nyní je pan A. aktivní povahy, stále musí něco dělat, věnuje se různým zájmům, snaží se komunikovat s lidmi, rád chodí a přijímá návštěvy, zajímá se o dění kolem sebe a z hlediska stravování se snaží dodržovat dietu.

Počáteční situace a stav pana A. po cévní mozkové příhodě byly komplikované. Pan A. se potýkal nejen s komunikačními problémy, ale také byl napojen na katétr, byl na plenách, a odmítal přijímat stravu. Nepamatoval si, k čemu se používá toaleta, toaletní papír, nebo si nepamatoval, jaké jídlo má rád, tvrdil, že mu nic nechutná. Situace, kdy byl pan A. v nemocnici, byla ztížena tím, že kvůli chřipkovému období byly zakázány návštěvy. Na základě nekomunikativnosti pana A. s personálem nemocnice jeho ošetřující lékařka sdělovala rodině informace, které se nezakládaly na pravdě. Pan A. měl být údajně ochrnutý, totálně apatický, nekomunikující a nespolupracující. Na základě těchto nepravdivých informací rodina požádala o revers a vzala si pana A. do domácího ošetřování, kde se viditelně zdravotní stav pana A. zlepšil.

### **Dílčí otázka č. 3: Jaké služby v rámci sociální pomoci mohou být senioru po cévní mozkové příhodě poskytnuty pohledem respondentů?**

Z teorie vychází, že lidem po cévní mozkové příhodě mohou být poskytnuty služby sociální péče, mezi které zařazujeme např. osobní asistenci, pečovatelskou službu, odlehčovací služby, denní a týdenní stacionáře, domovy pro seniory a další. Na základě výzkumu jsme se respondentů dotazovali, zda mají povědomí o možnosti využití konkrétních služeb, které

by jim mohly v dané situaci pomoci, avšak z odpovědí respondentů jasně vyplývá, že nemají o těchto službách ponětí, a ani se o ně blíže nezajímali. Respondenti uváděli např. služby z oblasti charity, která umožňuje zapůjčení určitých medicínských pomůcek, nebo rehabilitační kliniky, které napomáhají postiženému jedinci obnovit pohybový aparát. Zpočátku bylo rodině ze strany lékařů doporučeno umístit pana A. do ústavní péče, avšak to rodina zásadně odmítla. Zvládli se o pana A. postarat sami v jeho přirozeném prostředí. Respondenti neměli taktéž žádné informace o poskytnutí příspěvku na péči, a necítili potřebu se o něj zajímat. Domníváme se, že na základě kritérií, jež se posuzují při žádosti o příspěvek na péči, by rodina neměla na tento příspěvek nárok, jelikož pan A. je mobilní a zvládá všechny úkony s výjimkou komunikace. V rámci narušené komunikační schopnosti pana A., však respondenti hovoří o logopedické péči, kterou pan A. určitou dobu navštěvoval. Se službami logopedie nebyla rodina ani pan A. spokojeni z důvodu nevhodné volby metody paní logopedky, kterou si na pacienta zvolila. Pan A. potřeboval pomalejší přístup, více času, větší trpělivost a lepší vysvětlení úkolů, které po něm byly vyžadovány. Na základě toho pan A. na logopedické sezení nechodil rád, byl z něj smutný, podrážděný a psychicky rozladěný, často byl na něm viditelný strach, nervozita a pocity méněcennosti, tudíž posléze přestala rodina logopedických služeb využívat a věnovali se rozvoji jeho komunikačních schopností doma za pomoci vlastních sil.

#### **Dílčí otázka č. 4: Jaký je význam resocializace seniora po cévní mozkové příhodě pohledem respondentů?**

Rodina pana A. vnímá resocializaci, tedy proces znovu začleňování do společnosti, jako určitou nutnost, která je důležitá jak pro pana A., tak i pro celou rodinu. Význam spočívá především ve zlepšení zdravotního stavu pana A., protože čím víc je vtahován do kontaktu s okolím, tím víc je jeho začleňování podporováno a psychický stav je stabilní. Podle respondentů, rodina představuje pro pana A. důležitou součást jeho života a je na ní závislý. Proto se na ni může kdykoliv obrátit a ví, že mu vždy se vším pomůže. Je pro něj zdrojem pozitivní energie a motivace. Právě rodina se musí podílet na začleňování pana A. do společnosti, protože sám by to jistě nezvládl. Pomoc přichází především z hlediska podpory komunikace, což zahrnuje obnovu slovní zásoby, trénování řeči a znovu učení se základním denním úkonům, které představují schopnost postarat se samostatně o vlastní osobu. To je pro resocializaci také velmi důležité. Zpočátku nebyla situace pro pana A. jednoduchá. Potýkal se s pocity méněcennosti, styděl se za svoji neschopnost komunikovat, což

bylo jeho největším problémem, a tak docházelo k izolaci vůči okolí. V současné době si pan A. již vytvořil určitou psychickou odolnost, což lze považovat za další význam resocializace. Pan A. se pomalu začíná zajímat, v důsledku rozvoje slovní zásoby, o okolní dění. Má zájem o různé akce, chce pořádat oslavy, jezdit na výlety, chodit na procházky a vyhledává kontakt s lidmi. I přesto se ale můžeme setkat s určitým podceňováním u pana A. v situacích, kdy potká někoho, jenž neví o jeho postižení, a začne mu říkat, že je hloupý, protože nemůže dobře mluvit. V takovém případě jsou k němu přátelé velmi ohleduplní a vyjadřují mu značnou podporu. Po návratu z nemocnice se pan A. vrátil na plnách, v psychickém rozpoložení a s velkou komunikační bariérou. Proto za největší pokroky, které mají velký význam v rámci jeho resocializace, považují respondenti rozvoj slovní zásoby a určitý způsob vzájemné domluvy, zvládnutí fyziologických a hygienických návyků, samostatnou indikaci léků a aktivní zapojování do společenského života. To spočívá především v rozvoji různých zájmů. Pan A. si své postižení kompenzuje manuální prací. Proto se jeho velkými zájmy stala práce na zahradě a kolem domu, věnuje se svému psovi, luští sudoku, zajímá se o události, které se kolem něj dějí a snaží se o nich mluvit. Pozorovatelná je jeho snaha zlepšit svůj zdravotní stav a posouvat se stále dopředu, ať už z hlediska fyzické aktivity nebo rozvoje řeči. Další význam spočívá v ujišťování pana A. v tom, že je pro rodinu stále důležitým a nenahraditelným členem. Nejvíce mu v počátcích pomohla překonat stydlivost nejmladší vnučka, která se nezajímala, jak na tom dědeček je, ale okamžitě ho vtáhla do hry. Pan A. projevuje radost ze své rodiny a dokáže se radovat z jejich úspěchů, ať už se jedná o maličkosti, jako je upečená buchta či namalovaný obrázek, nebo velké životní úspěchy. Z pohledu respondentů pan A. svůj stav vnímá jako jistou životní lekci a pracuje na tom, aby zbytek jeho života využil rozumným a smysluplným způsobem. Na základě výše uvedených informací proces resocializace probíhá u pana A. velmi dobře a lze jej považovat za úspěšný.

#### **Dílčí otázka č. 5: Jaká je spolupráce se seniorem po cévní mozkové příhodě pohledem respondentů?**

Již od počátku vzniklé události bylo možné pozorovat snahu pana A. navázat kontakt se svou rodinou. Aby došlo k vzájemnému porozumění, musela si rodina s panem A. vytvořit určitá pravidla pro komunikaci. Jedná se především o upoutání pozornosti na vlastní osobu, pomalou mluvu, používání krátkých slov či vět, výraznou artikulaci, doplnění vyjadřování gestikulací a trpělivost. Pro usnadnění komunikace vytvořily vnučky pro pana A. katalog,

v němž má různé složky, např. zeleninu, ovoce, hlavní jídla, květiny, rodinu a další. Pod jednotlivými obrázky jsou popisky, což pomáhá panu A. vyjádřit své myšlenky a umožňuje to lepší porozumění mezi ním a rodinou. Největší spolupráce probíhala v době po návratu z nemocnice. Hlavním úkolem bylo, aby se pan A. vyrovnal se svým stavem. Počátky byly velmi těžké. Byl smutný, když se mu nedařilo něco říct, a když mu rodina neporozuměla. Projevoval se lítostivými až melancholickými náladami, avšak postupem času se s nastalou situací pomalu vyrovnal a nyní je s ní smířený, ale stále si připouští, že by se mohl dále zlepšovat. Pan A. se učil vše od začátku a velmi dobře spolupracoval s vnučkou, která se starala o rozvoj jeho mluvené i písemné formy řeči, tedy o slovní zásobu, rozvoj myšlení, porozumění, ale také psaní a trénování vlastního jména, příjmení, adresy a podpisu. Na základě toho byly pro pana A. vytvořeny různé komunikační pomůcky (viz přílohy), pomocí nichž se jeho stav neustále zlepšoval a nyní se snaží vyjadřovat své myšlenky a sdělovat informace jak z přítomnosti, tak z minulosti. Pan A. velmi rád mluví o svém dětství a vzpomíná na svůj život. Problém ve spolupráci nastal pouze v nemocnici, a to z hlediska jeho spolupráce s lékaři, kdy odmítal komunikovat s pro něj cizími lidmi. Po návratu z nemocnice však respondenti pozorovali zájem pana A. o své léky, které užíval z důvodu diabetického onemocnění. Pan A. si vše pamatoval, ale musel si nechat vysvětlit novou indikaci léků, což bylo jedním z důležitých úkolů spolupráce. Zajímá se také o své návštěvy u lékařů a kontroluje si lékařské zprávy. Největší oporu pro pana A. představuje celá jeho rodina, ale nejlépe spolupracuje s jeho dcerou, která se o něj celodenně starala již v počátcích dané události, kdy manželka nebyla schopná tuto pomoc panu A. poskytnout. Nedokázala pochopit, že její manžel je nemocný a situaci si nepřipouštěla, neuměla s ním dobře komunikovat, a proto s ní zpočátku nechtěl příliš spolupracovat a obracel se pouze na svou dceru, v níž cítil jistotu a vnímal ji jako určitou autoritu.

### **Hlavní výzkumná otázka: Jaký je proces resocializace u seniora po cévní mozkové příhodě pohledem respondentů?**

O procesu resocializace můžeme hovořit od doby, kdy došlo ke vzniku cévní mozkové příhody. V počáteční situaci, kdy se pan A. ocitl v nemocnici, ničemu nerozuměl, byl zmatený a nevěděl, co se s ním stalo, neměl velkou snahu zapojovat se do života a komunikovat. Hlavním důvodem bylo narušení komunikační schopnosti, která znemožňovala panu A. porozumět a produkovat mluvenou řeč. Dalším důvodem bylo nošení plen a napojení na katétr, za což se pan A. styděl. Pan A. se projevoval pocity méněcennosti, lítosti a často

měl až melancholické nálady. Zlepšení bylo možné pozorovat až při návratu do domácího prostředí, kam si ho rodina vzala na revers, protože nebyla spokojená s přístupem lékařů v nemocnici, kteří poskytovali o zdravotním stavu pana A. nepravdivé informace. Zpočátku se pan A. izoloval, neměl zájem stýkat se s přáteli a odmítal chodit ven. Čas trávil pouze se svou nejbližší rodinou, v níž se setkal s pochopením a respektováním jeho zdravotního stavu. Z hlediska sociální pomoci nevyužila rodina seniora žádné služby sociální péče. Respondenti se o tyto možnosti nezajímali a nemají o nich žádné povědomí. Taktéž se nezajímali o poskytnutí příspěvku na péči, protože byli finančně schopni se o pana A. postarat. Na základě narušené komunikační schopnosti začal pan A. navštěvovat logopedii, která mu měla pomoci s rozvojem řeči. Se službami logopedie nebyla rodina ani pan A. spokojeni. Pan A. nezvládal tempo logopedky a nerozuměl jejím pokynům. Důsledkem toho bylo, že pan A. byl smutný, psychicky rozladěný a neustále se podceňoval, proto se rodina rozhodla věnovat se rozvoji řeči u pana A. sama na základě vlastnoručně vyrobených komunikačních pomůcek. Již od vzniku události se pan A. snažil navázat kontakt se svou rodinou, a proto si rodina utvořila určitá pravidla, která jim pomohla k vzájemnému porozumění. Postupem času a především díky pravidelnému trénování řeči se pan A. zlepšoval, jeho řeč a porozumění bylo na přijatelné úrovni, ale ne úplně dokonalé. I přesto ale pan A. získal větší sebedůvěru a přestal se izolovat od okolí, vycházel ven, přijímal návštěvy a pomalu se začal se svým stavem vyrovnávat. Čím víc byl pan A. vtahován do kontaktu s okolím a byla mu poskytnuta podpora od přátel, tím více byl jeho psychický stav stabilní. V současné době se pan A. velmi zajímá o společenský život. Chce pořádat oslavy, jezdit na výlety, chodit na procházky se svým psem a lidí se již vůbec nestraní. Nejdůležitější je pro něj ale pravidelný kontakt s rodinou, na níž je závislý, a která mu velmi pomáhá při jeho resocializaci, a neustále mu dává na vědomí, že je potřebným a nenahraditelným členem rodiny. Pan A. je se svým stavem vyrovnaný, již netrpí melancholickými náladami, neprojevuje se lítostí a smutkem, ale dokáže svůj život brát s určitým nadhledem a humorem. Stále věří, že se může posunovat dál.

Z odpovědí respondentů vyplývá, že i přes nedokonalé vyjadřování a porozumění řeči u pana A., hodnotí proces jeho resocializace po cévní mozkové příhodě velmi úspěšně. Důležité je pouze mít velkou trpělivost, radovat se s maličkostí, podporovat každou činnost, která pomáhá při seniorově začleňování, ujišťovat ho o jeho důležitosti, projevovat mu lásku a porozumění, a poskytnout pomoc a podporu v situacích, které jsou pro seniora náročné.



## 7 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

V následující kapitole se v rámci zkoumané problematiky zaměřujeme na možnosti doporučení pro praxi, které považujeme za přínosné pro využití v reálném životě. Vycházíme z výpovědí respondentů, jejichž zkušenosti byly podnětem pro návrh níže uvedených doporučení pro praxi.

Jak jsme již zmínili, resocializace jako taková je nejčastěji spojována s osobami ve výkonu trestu odnětí svobody. Na základě toho se domníváme, že by bylo vhodné zabývat se více resocializací osob, jež se v životě setkaly s vážným onemocněním, či prošly vážnou chorobou, a rozšířit tak literaturu, která by mohla těmto lidem, a také jejich rodinám, poskytnout dostatečné množství informací a rad, a pomoci jim tak s jejich opětovným začleňováním do společnosti. Lidé po cévní mozkové příhodě se mohou potýkat s různými následky, ať už tělesnými, psychickými, nebo jak vyplývá z uvedeného výzkumu, také z oblasti narušené komunikační schopnosti. V důsledku vzniklých následků cévního onemocnění může docházet k sociální izolaci. Postižení jedinci se cítí méněcenní, neschopní a nepotřební. V takové situaci by mohla být pro tyto jedince přínosem společná terapie, na níž by se jedinci, kteří utrpěli cévní mozkovou příhodu, setkávali, mohli by si navzájem vyprávět své životní příběhy, nebo pouze poslouchat, a vnímat, že je spousta jiných lidí, kteří jsou na tom stejně jako oni, nebo jsou často ještě v horší situaci. Smysl terapie pozorujeme v tom, že by byla podporovaná jejich resocializace, docházelo by k pravidelnému kontaktu s lidmi, kteří jim projeví porozumění, a mohlo by to mít pozitivní vliv na zlepšení jejich zdravotního stavu.

Pokud bychom se měli konkrétně zaměřit na osobu po cévní mozkové příhodě trpící afázií, uvítali bychom lepší dostupnost komunikačních pomůcek, které jsou určeny přímo pro afatiky. I přesto, že některé pomůcky jsou přístupné, např. afatický slovník, stále to považujeme za velmi nedostatečné.

Na základě výsledků výzkumu, v nichž se respondenti prokazují neznalostí o možnostech poskytovaných sociálních služeb, převážně tedy služeb sociální péče a poskytnutí příspěvku na péči, které mohou být osobám po cévní mozkové příhodě poskytnuty, považujeme za potřebné zvýšit informovanost rodin s postiženým členem o možnostech těchto služeb a o podmínkách jejich využití. Proto bychom doporučili určitou osvětovou činnost, jejímž cílem by bylo rodinu o těchto možnostech využití služeb informovat.

## ZÁVĚR

V bakalářské práci, jejímž tématem je „Význam sociální pomoci při resocializaci seniora po cévní mozkové příhodě“, jsme se zaměřili především na to, jak proces resocializace u seniora po cévním onemocnění probíhal. Senioři jsou jednou z cílových skupin sociální pedagogiky, což bylo jedním z podnětů, které vedly k napsání této práce. Dalším důvodem bylo dosavadní neprobádání uvedeného tématu. Neexistují autoři, kteří by se konkrétně danou problematikou zabývali. S resocializací se setkáváme nejčastěji ve spojení s osobami ve výkonu trestu odnětí svobody, proto jsme chtěli ukázat, že tento proces může být důležitý pro kohokoliv z nás. Snahou bylo upozornit na potřebnost a důležitost resocializace u seniorů postižených určitou nemocí, konkrétně cévní mozkovou příhodou.

V teoretické části, která byla rozdělena do tří kapitol, jsme se nejprve zabývali procesem socializace, která je součástí života každého jedince, a následně procesem resocializace, která je stěžejním tématem bakalářské práce. Následná kapitola pojednávala o vymezení základních pojmů jako je senior, stárnutí, stáří a cévní mozková příhoda. Poslední kapitola hovořila o službách sociální péče, příspěvku na péči a možnostech pomoci pro seniora po cévní mozkové příhodě a zároveň o možnostech pomoci pro jeho rodinu.

Praktická část byla zaměřena na samotný výzkum, pro jehož zpracování jsme zvolili kvalitativní pojetí výzkumného šetření. Technikou sběru dat byl hloubkový polostrukturovaný rozhovor, pomocí něhož jsme docílili podrobného nahlédnutí od zkoumané problematiky. Rozhovory byly uskutečněny s pěti respondenty, kteří byli ochotní podílet se na realizovaném výzkumu a otevřeně hovořit o problému.

Hlavním cílem bakalářské práce bylo popsat proces resocializace po cévní mozkové příhodě z pohledu respondentů, tedy rodinných příslušníků, a poukázat na to, jak může být pro seniora těžké začlenit se znovu do společnosti, a jak se může změnit osobnost člověka a celý jeho život, včetně života rodinných příslušníků, kteří mu věnují péči. V dílčích cílech jsme se zajímali o změny, ke kterým po utrpění cévního onemocnění došlo, o příčiny a možnosti prevence, dále jsme zkoumali povědomí respondentů o možnostech sociálních služeb a jejich využití, zjišťovali jsme potřebnost resocializace u seniora po cévní mozkové příhodě a způsob spolupráce, která je důležitou součástí pro začleňování.

Z výzkumu vyplývá, že resocializace je složitý proces, pro jehož úspěšnost je důležitá spolupráce mezi rodinou a postiženým členem. Pro úspěšnou resocializaci je důležitá psychická pohoda seniora. Podle odpovědí respondentů můžeme pozorovat počáteční nevyrovnanost seniora se svým stavem, což se projevovalo značnou lítostí, melancholií, stydlivostí

a pocity méněcennosti. V současné době je senior se svým stavem vyrovnaný, přijal nový život, ale stále neztrácí naději a snaží se svůj zdravotní stav zlepšovat. Výsledky ukazují, že respondenti se potýkají z neznalostí sociálních služeb, avšak na základě jejich odpovědí můžeme usoudit, že péči o seniora zvládají sami. Zjistili jsme, že proces resocializace je závislý na motivaci seniora, jeho osobní aktivitě a snaze začlenit se zpět do společenského života. Dále také na podpoře, která přichází ze strany rodiny i přátel, záleží na ochotě seniora učit se výkonu základních činností, jež jsou součástí každodenního života, rozvíjet slovní zásobu a najít způsob komunikace, která se stala překážkou pro začleňování do společenského života. To vše je součástí procesu resocializace a značně se to podílí na jeho úspěšnosti.

**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**

- [1] PROCHÁZKA, Miroslav. *Sociální pedagogika*. Praha: Grada, 2012, 203 s. Pedagogika. ISBN 9788024734705.
- [2] KRAUS, Blahoslav a Věra POLÁČKOVÁ. *Člověk - prostředí - výchova: k otázkám sociální pedagogiky*. Brno: Paido, 2001, 199 s. ISBN 8073150042.
- [3] REICHEL, Jiří. *Kapitoly systematické sociologie*. Praha: Eurolex Bohemia, 2004, 260 s. Andragogika. ISBN 8086432807.
- [4] MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. Vyd. 2., přeprac. Praha: Portál, 2008, 272 s. ISBN 9788073673680.
- [5] NAKONEČNÝ, Milan. *Sociální psychologie organizace*. Praha: Grada, 2005, 225 s. Psyché. ISBN 802470577X.
- [6] KNOTOVÁ, Dana. *Úvod do sociální pedagogiky: studijní texty pro studenty oboru sociální pedagogika*. Brno: Masarykova univerzita, 2014, 115 s. ISBN 9788021070776.
- [7] KELLER, Jan. *Úvod do sociologie*. 5. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 2004, 204 s. Studijní texty. ISBN 8086429393.
- [8] MAŘÍKOVÁ, Hana. *Velký sociologický slovník: P-Z*. Praha: Karolinum, 1996, s.749-1627. ISBN 8071843113.
- [9] JANDOUREK, Jan. *Slovník sociologických pojmů: 610 hesel*. Praha: Grada, 2012, 258 s. ISBN 9788024736792.
- [10] PETRUSEK, Miloslav. *Základy sociologie*. Praha: Akademie veřejné správy, 2009, 189 s. ISBN 9788087207024.
- [11] HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Sociální gerontologie, aneb, Seniori mezi námi*. Praha: Galén, 2012, 194 s. ISBN 9788072629008.
- [12] HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. Vyd. 2., podstatně přeprac. a dopl. Praha: Havlíček Brain Team, 2010, 365 s. ISBN 9788087109199.
- [13] HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. 2., přeprac. vyd. Praha: Galén, c2007, 244 s. ISBN 9788072624713.
- [14] MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál, 2005, 351 s. ISBN 807367002X.

- [15] HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Psychologický slovník*. Třetí, aktualizované vydání. Praha: Portál, 2015, 774 stran. ISBN 9788026208730.
- [16] ČEVELA, Rostislav, Zdeněk KALVACH a Libuše ČELEDVÁ. *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. Praha: Grada, 2012, 263 s. ISBN 9788024739014.
- [17] KALVACH, Zdeněk a Alice ONDERKOVÁ. *Stáří: pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. Praha: Galén, 2006, 44 s. Care. ISBN 8072624555.
- [18] MÜHLPACHR, Pavel. *Gerontopedagogika*. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 2004, 203 s. ISBN 8021033452.
- [19] KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie: možnosti, které čekají*. Praha: Grada Publishing, 2011, 141 s. Psyché. ISBN 9788024736044.
- [20] VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie II: dospělost a stáří*. Praha: Karolinum, 2007, 461 s. ISBN 9788024613185.
- [21] PRŮCHA, Jan a Jaroslav VETEŠKA. *Andragogický slovník*. 2., aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Grada, 2014, 320 s. ISBN 9788024747484.
- [22] FEIGIN, Valery L. *Cévní mozková příhoda: prevence a léčba mozkového iktu*. Praha: Galén, c2007, 207 s. ISBN 9788072624287.
- [23] MLÝNKOVÁ, Jana. *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada, 2011, 192 s. ISBN 9788024738727.
- [24] JAROŠOVÁ, Darja. *Péče o seniory*. Ostrava: Ostravská univerzita, 2006, 96, 12 s. ISBN 8073681102.
- [25] ONDRUŠOVÁ, Jiřina. *Stáří a smysl života*. Praha: Karolinum, 2011, 168 s. ISBN 9788024619972.
- [26] JANDOUREK, Jan. *Sociologický slovník*. Praha: Portál, 2001, 285 s. ISBN 8071785350.
- [27] ARNOLDOVÁ, Anna. *Sociální péče: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada Publishing, 2015, 240 s. ISBN 9788024751474.
- [28] KAHOUN, Vilém. *Sociální zabezpečení: vybrané kapitoly*. Praha: Triton, 2009, 445 s. ISBN 9788073873462.

- [29] NEUBAUER, Karel a Tereza SKÁKALOVÁ. *Poruchy komunikace u dospělých a stárnoucích osob*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2015, 229 stran. ISBN 9788074356407.
- [30] NEUBAUER, Karel. *Neurogení poruchy komunikace u dospělých: [diagnostika a terapie]*. Praha: Portál, 2007, 227 s., [16] s. obr. příl. ISBN 9788073671594.
- [31] WHO, *Rehabilitace po cévní mozkové příhodě: včetně nácviku soběstačnosti: průvodce nejen pro rehabilitační pracovníky*. Praha: Grada, 2004, 199 s. ISBN 8024705923.
- [32] ŠVARŤÍČEK, Roman a Klára ŠEĎOVÁ. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007, 377 s. ISBN 9788073673130.
- [33] HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005, 407 s. ISBN 8073670402.
- [34] MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006, 332 s. Psyché. ISBN 8024713624.

#### **Zákony a vyhlášky:**

- [1] ČESKO. Zákon č. 108/2006 ze dne 14. 03. 2006 o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. [online]. Dostupný také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>.
- [2] ČESKO. Zákon č. 329/2011 ze dne 13. 10. 2011 o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů. [online]. Dostupný také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-329>
- [3] ČESKO. Zákon č. 111/2006 ze dne 14. 03. 2006 o pomoci v hmotné nouzi, ve znění pozdějších předpisů. [online]. Dostupný také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-111>
- [4] ČESKO. Vyhláška 505/2006 ze dne 15. 11. 2006, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. [online]. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-505>

## SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

CMP Cévní mozková příhoda

Např. Například

Tzv. Takzvané

**SEZNAM OBRÁZKŮ**

<i>Obrázek 1 Úkol pro porozumění textu .....</i>	106
<i>Obrázek 2 Rozvoj slovní zásoby.....</i>	106
<i>Obrázek 3 Části obličeje.....</i>	107
<i>Obrázek 4 Ukázka z katalogu .....</i>	107



**SEZNAM TABULEK**

<i>Tabulka 1 Přehled respondentů</i> .....	48
<i>Tabulka 2 Schéma kategorií a kódů</i> .....	51

## SEZNAM PŘÍLOH

- P I Polostrukturovaný rozhovor
- P II Rozhovor s respondentem RS s ukázkou kódování
- P III Ukázka pomůcek pro rozvoj slovní zásoby

## **PŘÍLOHA P I: POLOSTRUKTUROVANÝ ROZHOVOR**

Dobrý den,

jmenuji se Pavla Vaňková a jsem studentkou 3. Ročníku Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, oboru Sociální pedagogika, a ráda bych Vás požádala o rozhovor, jehož cílem je zjištění procesu resocializace seniora, tedy znovu začlenění seniora do společnosti po cévní mozkové příhodě. Z rozhovoru bude zpracován zvukový záznam, který poslouží pouze pro účely zpracování mé bakalářské práce. Souhlasíte s nahráváním rozhovoru?

### **Jaká je příčina vzniku cévní mozkové příhody u seniora pohledem respondentů?**

- V jakém vztahu jste k panu A.?
- V kolika letech pan A. utrpěl CMP?
- Jak došlo k CMP?
- Byla panu A. poskytnuta včas pomoc?
- Co je podle Vás hlavní příčinou vzniku CMP u pana A.?
- Jaká mohla být prevence vzniku CMP u pana A.?

### **Jaké změny nastaly u seniora po cévní mozkové příhodě pohledem respondentů?**

- Jaký je následek CMP u pana A.?
- Změnil se Váš život po tom, co pan A. utrpěl CMP? Co se u Vás změnilo?
- Jaké změny nastaly u pana A. po CMP?
- Můžete srovnat, jak vypadal života pana A. před CMP a jak vypadá teď?

### **Jaké služby v rámci sociální pomoci mohou být senioru po cévní mozkové příhodě poskytnuty pohledem respondentů?**

- Máte povědomí o tom, jaké služby sociální péče mohou být lidem po CMP poskytnuty?
- Zajímali jste se o některé služby a využíváte (nebo využívali jste) některou sociální službu?
- Byli jste informováni o poskytnutí příspěvku na péči, nebo zajímali jste se sami o tento příspěvek?
- Jakou péči či pomoc jste na základě následku CMP využili?

- Jak jste byli spokojeni s poskytovanou logopedickou péčí? Můžete popsat, jak pan A. reagoval? Byl spokojený? Spolupracoval?

**Jaký je význam resocializace seniora po cévní mozkové příhodě pohledem respondentů?**

- Jaký je Váš názor na nutnost opětovného začlenění pana A. do běžného života?
- Proč je důležitá pro pana A. podpora rodiny?
- Jak se jako rodina podílíte na začleňování pana A. do společnosti?
- Můžete popsat, jak se pan A. podílí na svém začleňování do společnosti?
- Jak vnímá pan A. okolí? A jak vnímá okolí pana A.?
- Brání se pan A. kontaktu s druhými lidmi?
- Má nebo měl pan A. vůči rodině či okolí nějaké zábrany?
- Co považujete za největší pokroky pana A. v rámci jeho začleňování?

**Jaká je spolupráce se seniorem po cévní mozkové příhodě pohledem respondentů?**

- Můžete popsat, jak probíhá komunikace s panem A.?
- Můžete zmínit některé pomůcky, které napomohly panu A. s obnovou řeči?
- Jak přijal pan A. svůj nový život? Na koho se může spolehnout?
- Kdo je pro pana A. jistým bodem v nynějším životě a proč?
- Jak hodnotíte proces resocializace pana A.? Úspěšně či neúspěšně? Proč?

## PŘÍLOHA P II: ROZHOVOR S RESPONDENTEM RS S UKÁZKOU KÓDOVÁNÍ

Dobrý den,

jmenuji se Pavla Vaňková a jsem studentkou 3. Ročníku Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, oboru Sociální pedagogika, a ráda bych Vás požádala o rozhovor, jehož cílem je zjištění procesu resocializace seniora, tedy znovu začlenění seniora do společnosti po cévní mozkové příhodě. Z rozhovoru bude zpracován zvukový záznam, který poslouží pouze pro účely zpracování mé bakalářské práce. Souhlasíte s nahráváním rozhovoru?

RS: Ano, souhlasím.

T: Děkuji. Na úvod bych se zeptala, v jakém vztahu jste k panu A.?

RS: Pan A. je můj otec.

T: V kolika letech Váš tatínek utrpěl CMP?

RS: <sup>VĚNIK CMP</sup> Tatínek utrpěl cévní mozkovou příhodu v necelých 69 letech. <sup>CMP</sup>

T: A jak už je to dlouho od té doby, co k tomu došlo?

RS: <sup>VĚNIK CMP</sup> Teď 11. února to bude rok. <sup>CMP</sup>

T: Dobře....Jak došlo k CMP?

RS: Tady tu informaci znám jenom zprostředkovaně, protože nežiju ve stejném bydlíšti se svým otcem. <sup>VĚNIK CMP</sup> Nicméně zřejmě k té události došlo v nočních hodinách. Bohužel se to zkomplikovalo tím, že dotyčný měl v daném čase obtíže s nachlazením, tudíž přikládali jeho stav nějaké té indispozici spojené s chřipkou nebo s tím respiračním onemocněním. <sup>CMP</sup>

T: Myslíte, že byla panu A. poskytnuta včas pomoc?

RS: <sup>VĚNIK CMP</sup> To taky na dálku nejsem schopný posoudit. Nicméně z indicíí možná byla možnost zasáhnout dřív, ale jak říkám, díky té komplikaci, kdy to bylo spojené s tím nachlazením, nebyly ty příznaky tak jednoznačné. <sup>CMP</sup>

T: Takže nebylo to tak jednoduché to rozpoznat...

RS: Ano.

T: Jaký je následek CMP u pana A.?

#### NÁSLEDEK CMP

RS: Myslím si, že následkem toho je hlavně, že má postižené centrum vnímání řeči. Řekl bych, že jmenovaný ztratil tak 80 až 90% slovní zásoby. Myslím si, že uvažovací pochody má naprosto v pořádku, jenom není schopný věcem rozumět, anebo je vyjádřit. ZMĚNY

T: Dobře... Jak se změnil Váš život po tom, co pan A. utrpěl CMP? Co se osobně pro Vás změnilo?

ZMĚNY

#### ĚMĚNA PRO PEČUJÍCÍ OSOBU

RS: Osobně se pro mě změnilo hlavně to, že teďka sem víc dojíždím, protože chci rodičům víc pomoci a nechci, aby všechno zbývalo na mamince. Navíc bych jim chtěl ještě jakoby ten pozdní život nějakým způsobem vylepšit, jo... takže jim dopřát zpestření, dopřát jim hlavně hodně vnučku, protože ta taky byla výborná při těch prvních týdnech, kdy se tady ta událost stala, tak měla, myslím si, velice pozitivní vliv na nemocného. RESOCIALIZACE

T: Jaké změny nastaly u pana A. po CMP? Po fyzické, psychické nebo sociální stránce?

ZMĚNY

#### FYZICKÁ ĚMĚNA

RS: Po fyzické stránce bych kupodivu prohlásil, že si myslím, že došlo spíš ke zlepšení. Jmenovaný, si myslím, že má podstatně lepší fyzickou kondici a je daleko mobilnější, než byl před událostí. Problém je v tom, že má veliké problémy s vnímáním okolního světa, pokud jde o komunikaci, takže rozumět sdělovacím prostředkům, rozumět rádiu, televizi, přečíst si noviny a podobně. NÁSLEDEK CMP

T: Hm... to máme po té fyzické stránce. A po té psychické stránce?

#### PSYCHICKÁ ĚMĚNA

RS: Po psychické stránce, myslím si, že došlo ke změně v tom, že je občas podrážděný, což způsobuje právě to, že se neorientuje v tom ději, co se kolem něho děje. Nicméně, pokud s ním člověk komunikuje pomalu a vlivným způsobem, tak to zvládá, si myslím, docela dobře. PSYCHICKÁ ODOLNOST RESOCIALIZACE

T: A pozorujete třeba i nějaké změny v chování?

ZMĚNY

RS: Ehm... je daleko komunikativnější, než byl před tady tou událostí. Tatínek byl v podstatě spíš nemluva, a teďka se snaží, ač má velice omezenou slovní zásobu, tak se snaží komunikovat vydatně a snaží se zapojit do toho děje kolem sebe. <sup>OSOBNOST SENIORA PO CMP</sup> <sup>OSOBNOST SENIORA PŘED CMP</sup> <sup>SNÁHA SENIORA</sup> <sup>SPOLUPRÁCE</sup>

T: Můžete tedy ještě jednou srovnat, jak vypadal života pana A. před CMP a jak vypadá teď? Co se změnilo, co zůstalo stejné.

ZMĚNY

RS: Můj tatínek před cévní mozkovou příhodou byl spíš typ pohodlného člověka, který nevyznával nějakou extra aktivitu. Největší záliby byly opravy kolem domu, práce na zahrádce, sledování televizních seriálů, poslouchání rádia, zatímco teď, tím jak vlastně přišel o tu možnost komunikace, je daleko víc aktivnější. Když chce něco sdělit, nelení vstát, člověka přivést, naznačit mu jinými komunikativními prostředky, co po něm chce, co by chtěl udělat. Je daleko aktivnější. <sup>OSOBNOST SENIORA PŘED CMP</sup> <sup>OSOBNOST SENIORA PO CMP</sup>

T: Máte povědomí o tom, jaké služby sociální péče mohou být lidem po CMP poskytnuty?

POVĚDOMÍ O SLUŽBÁCH

RS: Myslím si, že v mém povědomí je jenom, že by mohly být nějaké logopedické možnosti, jak člověka po této události rozmluvit, popřípadě pokud dojde k zasažení center pohybových, tak nějaký ten rozvoj toho pohybu. Jinak o tom velké povědomí nemám. <sup>SLUŽBY</sup>

T: Zajímali jste se o některé služby a využíváte některou sociální službu?

RS: Využívali jsme, co se týče tatínka, tak po pohybové stránce není žádný problém, jak jsem říkal, tam je to lepší, než to bylo před tou událostí, ale co se týče té komunikace, tak se využívali služby logopedky, nicméně si myslím, že ten efekt nebyl takový, jako když se do toho zapojili rodinní příslušníci, protože můj otec má takovou částečnou bariéru vůči cizím lidem. Daleko lépe komunikuje a spolupracuje s lidmi, kteří jsou mu blízcí a známí. <sup>DALŠÍ SLUŽBY</sup> <sup>HODNOCENÍ</sup> <sup>SLUŽBY</sup>

T: Takže jste tedy využili na základě toho následku logopedickou péči. A byli jste spokojeni nebo ne?



### HODNOCENÍ

RS: Tady tohle můžu říct jenom z doslechu, nicméně si myslím, že jsme spokojeni nebyli, protože... myslím si, že ten přístup neodpovídal jednotlivým úspěchům mého otce, jak se mu to dařilo. Zkrátka mám pocit, že logopedka jela stálým tempem bez ohledu na to, jak to otec zvládal. SLUŽBY.

T: Hm, dobře. Byli jste informováni o poskytnutí příspěvku na péči, nebo zajímali jste se sami o tento příspěvek?

### FINANČNÍ PODPORA

RS: Já jsem se o tento příspěvek zatím nezajímal, pouze v prvních měsících, kdy došlo k tady k té události, tak jsme zvažovali se sestrou, že kdyby bylo postižení otce tak vážné, že by vyžadovalo celodenní péči, tak že by na určitý čas odešla z práce. Pak bychom hledali cesty, jak tady ten příspěvek vyřešit, a já jsem byl připravený, že bych to finančně kompenzoval... tu ztrátu, rozdíl mezi tím příspěvkem a platem. SLUŽBY

T: Dobře. Můžete zmínit některé pomůcky, které napomohly panu A. s obnovou řeči?

### KOMUNIKAČNÍ POMŮCKY

RS: Můžu, zejména to byly po domácí vyrobené katalogy, kde byly jednotlivé položky, ať už je to např. jídlo, členové rodiny... já nevím... mapa okresu, kde jsou i jednotlivé okolní vesnice, tak, aby byl schopen, když není schopný vyjádřit myšlenku řečí, aby nám mohl sdělit ukázáním na ten prvek, co po nás vlastně chce. SPOLUPRÁCE

T: Takže využívá pan A. tady tyto pomůcky.

### KOMUNIKAČNÍ POMŮCKY

RS: Ano, využívá... plus písanky a podobně. SPOLUPRÁCE

T: A aktivně se do toho zapojuje? Snaží se?

### SNÁHA SENIORA

RS: Musím říct, že podle mě až tatínek překvapuje, jak poctivě se tady k tomu problému staví, a jak se snaží zlepšovat ten svůj komunikační stav. SPOLUPRÁCE

T: Dobře... co je podle Vás hlavní příčinou vzniku CMP u pana A.?

### PŘÍČINY

CMP RS: Myslím si, že u mého tatínka to bylo nejvíc...ehm... jeho způsob života. Sedavý, málo pohybu a špatná strava. Což plynulo k nadváze, vysokému krevnímu tlaku, cukrovce.



Kombinací tady těch negativních vliv podle mě došlo tady k tomu, protože už asi před, já nevím, 12 lety, někdy kolem 57 - 58 let měl tenkrát částečně infarkt, což už mělo být důrazné varování k tomu, aby tu svoji životosprávu a způsob života, který byl spíš sedavý a neaktivní, změnil.

T: *A co si tedy myslíte, že mohlo být prevencí vzniku CMP u pana A.?*

#### PREVENCE

CMP

RS: Určitě tam mělo být daleko víc pohybu. Když měl tatínek 60, tak jsem mu pořídil psa, jenom s tím, že jsem doufal, že ten pes, který byl v té době jím prezentovaný jako nějaký splněný sen, ho donutí k tomu, aby třeba podnikal nějaké středně dlouhé nebo delší procházky, a aby došlo ke zlepšení kardiovaskulárního systému v těle. A co se týče té diety, tak bohužel v tomhle je tatínek takový revolucionář, že si dá grahamový rohlík, ale se škvarkem... (smích)

T: *...(smích)... Takže pak je těžké s tím něco udělat. Dobře... Jaký je Váš názor na nutnost opětovného začlenění pana A. do běžného života?*

#### POTŘEBA PRO RODINU

#### ZAVISLOST SENIORA NA RODINĚ

RS: Tak já si myslím, že pro nás je to nezbytné. Hlavně z důvodu babičky, protože tatínek jak manžel je pro ni životní „parták“ a jejich způsob života je na sebe tak úzce navázán, že jeden bez druhého by nemohli asi nějak dobře fungovat. Tudíž, čím víc se zlepši stav toho nemocného, tím líp nám bude fungovat jakoby celá rodina, protože jsme na sebe blízce navázáni.

#### RESOCIALIZACE

T: *Proč si myslíte, že je důležitá pro pana A. podpora rodiny?*

RESOCIALIZACE

RS: Protože, jak jsem říkal v předešlých otázkách, můj otec žil spíš... ne samotářským životem, nicméně se neúčastnil nikdy nějak moc toho společenského dění kolem, takže nejblíže rodina je „defakto“ celý jeho svět, tak ty okolní věci ho nijak moc neoslovovali oproti tomu dění v té rodině. Takže myslím, že z toho čerpá pozitivní energii, i tu motivaci.

T: *Jak se jako rodina podílíte na začleňování pana A. do společnosti?*

#### PODÍL RODINY

RS: Snážíme se podílet tím, že... protože pracuju v Prostějově, takže sem se snažíme co nejčastěji dojíždět, a protože dědeček už v samotných prvních dnech toho incidentu velice

#### RESOCIALIZACE

dobře reagoval na nejmladší vnučku Alinku, tak se mu ji snažíme dopřát. Těžíme z toho, že vlastně Alinka je ještě malé dítě, teďka v tomto čase sedmiletá holčička, a zatímco dospělý člověk má vůči tomu nemocnému jakýsi odstup, tak ty <sup>MOTIVACE</sup> malé děti ten distanc vůči tomu nemocnému nedrží. Tudíž se neptají, jestli rozumí nebo nerozumí, přímo ho vtahují do hry nebo do nějaké své aktivity, což si myslím, že je pro dědu dobře. Navíc děda je i motivovaný, zase když vidí, že... já nevím... vypěstuje ředkvičku, vyrostou mu jahody, a ta malá to tam někde obírá na zahrádce, tak vidí, že to, co dělá, má pořád smysl, a že je pořád důležitý a užitečný, jak pro tento svět, tak pro tu rodinu.

T: *Můžete popsat třeba rozdíl, jak došlo k tomu prvnímu kontaktu po cévní mozkové příhodě malé Alinky a třeba Vás, jako dospělého člověka?*

RS: Můžu... akorát...

T: *Myslím třeba přímo v té nemocnici.*

ZMĚNY

#### SITUACE PO CMP

RS: Jasně. Když jsem se prvně setkal s otcem já, byl jsem k němu puštěný jenom na krátkou chvíli, protože v té době v nemocnici probíhala karanténa, což ještě komplikovalo ten stav. Umím si představit, že když se otec probudil v nemocnici, tak nikoho neznal, nevěděl, co se stalo, byl asi totálně dezorientovaný jak v situaci, tak v čase. Já, když jsem se za ním dostal na pokoj prvně, tak jsem si stoupl k posteli, natáhl jsem k němu ruku, protože mi doktorka tvrdila, že otec je ochrnutý... natáhl jsem ruku, ale otec mi ji podal. Opětoval, takže ruku jsme si podali, takže jsem viděl, že s tím ochrnutím asi nebude zase tak úplně pravda. Viděl jsem... nemohl si vzpomenout, jak se jmenuju, ale naprosto jsem si jistý, že věděl, že patřím do jeho života, že jsem jakoby někdo blízký a tenkrát mi řekl asi jenom dvě věty... že neví nic, jakože tím chtěl vyjádřit, že si nic nepamatuje, že je dezorientovaný, a pak, protože je věřící, tak mi řekl, ať se za něho modlíme, takže si určitě naplno uvědomoval, že se něco vážného v jeho životě stalo.

T: *Hm... a v tom kontaktu s malou?*

ZMĚNY

RS: A co se týče kontaktu s malou, protože se mu to stalo 11. února a 24. února má narozeniny, tak i když tam byla ta karanténa, věděl jsem, že zatímco <sup>POCHYBENÍ LÉKAŘŮ</sup> komunikace s nemocnicí nám uváděla, že tatínek absolutně nespoupracuje, nekomunikuje, nijak jim nepomáhá a

nedělá žádné pokroky, a že se vlastně nehýbe, prostě je absolutně apatický, a já z té návštěvy, kterou jsem tam vlastně udělal nějakých 10 dní předem, jsem věděl, že to tak jako úplně není pravda, tak jsme se snažili se k tatínkovi i přes tu zmíněnou karanténu nějakým způsobem dostat. Zkusili jsme to teda přes ty narozeniny. <sup>PRVNÍ KONTAKT</sup> Jela tam moje manželka s dcerkou, a když je tam pustili chvilinku na pokoj, tak vlastně malá vyběhla a nečekala, jestli jí dědeček pozná nebo nepozná. Skočila za ním do postele, dala mu „hubánka“ a děda řekl okamžitě její jméno a hned věděl jako... šlo vidět prostě, že je rád, že ji vidí, a že je to prostě někdo, kdo je mu velice blízký a reagoval na ni výborně. Na základě tady toho podnětu pak i ta doktorka, která nám dávala tady ty, podle mě, mylné informace o reálném stavu dědy, tedy otce, tak nám pak umožnila i ty návštěvy častěji... i přes tu karanténu, protože viděla, že tohle má na něho jakoby daleko lepší vliv, a že ho to okamžitě nějakým způsobem burcuje k aktivitě.

T: *Hm... je to určitě důležité, aby viděl členy rodiny. Nebylo by dobré, aby je tak dlouho neviděl.*

#### OSOBNOST SENIORA PŘED CMP

ZMĚNY

RS: Myslím si, že jako právě děda má, a měl i před cévní mozkovou příhodou, daleko větší odstup vůči cizím lidem. Nikdy to nebyl člověk, který by nějakým způsobem táhl společnost nebo podobně, spíš byl takový tichý přisedící. Takže pro něho to, aby ten člověk byl známý, osoba blízká, je moc důležité.

T: *Můžete popsat, jak se pan A. podílí sám na svém začleňování do společnosti?*

#### AKTIVITA SENIORA

RS: Já si myslím, že dědeček, respektive otec, zjistil, že v tomto čase, v této době, daleko víc dokáže manuální práci, než komunikací, takže od té doby, co vlastně je zpátky, dostal se nějakým způsobem do dobrého fyzického stavu, tak v jednom kuse jakoby pracuje a vylepšuje, jak práce na domu, tak na zahradě. Prostě je vidět, že opravdu ten dům a zahrada má teďka moc dobrou péči. Takže myslím si, že si uvědomuje, že ty komunikační možnosti jsou omezené a o to víc se věnuje té manuální práci. RESOCIALIZACE

T: *A má zájem i o nějaké společenské akce?*

#### NEZÁVISLOST NA RODINĚ

RS: Jo. Myslím si, že teďka právě dědeček má velice rád, když se sejde rodina pohromadě. Když je mezi svýma. RESOCIALIZACE



T: Jak vnímá pan A. okolí? A jak vnímá okolí pana A.? Dokážete to popsat?

#### VYROVNANOST SENIORA

RS: Někdy vidím na tátovi, že ho mrzí, že nepobírá, nestačí tomu tempu, aby pobral okolní děj, ale zase když my zvolníme a nějakým způsobem komunikujeme tak, abychom se přizpůsobili jeho tempu vnímání, popřípadě používáme prostředky, aby pochopil to, o čem se bavíme, jak už nějaký sešit, kde mu to napíšeme, protože vizuálně bych řekl, že chápe víc, než když to slyší fonicky, tak je pak rád, že ty lidi má kolem sebe a snaží se zapojit do toho hovoru. Když teď přijedu sem třeba po týdnu, po 14 dnech na víkend na návštěvu, tak se mě snaží sdělit všechno, co se na vesnici odehrálo, kdo se s kým oženil, kdo zemřel, že se někde stala nějaká dopravní nehoda. Akorát k tomu využívá často manželku, babičku, moji maminku, protože on třeba jak mu chybí slovní zásoba, tak vysloví tři, čtyři slova, jakoby záchytné body, a prosí babičku, aby mi to jakoby dopověděla, co se vlastně stalo. Takže snaží se sdělovat to, co se v jeho životě děje.

SPOLUPRÁCE

KOMUNIKACE

ČAJEM SENIORA

RESOCIALIZACE

T: A co se třeba týče jeho přátel, tak ti jak na něj reagují?

#### PODPORA OD PŘÁTEL

RS: Myslím si, že ho jakoby chválí a sami vidí, že je daleko aktivnější, asi než ho znali, co se týče po té fyzické stránce. Zrovna minulý týden jsme byli bruslit na rybníku, a v době kdy... než se tady ta událost stala, tak protože jsou rybníky poměrně hluboko ve zlebě, tak myslím si, že to převýšení by byl při své nadváze... by bylo složité, aby to zdolal. Zatímco teďka opravdu fyzicky i přes svůj věk to docela dobře dal a chovají se k němu velice přátelsky. Potkali jsme strejdu Frantu, a šlo vidět, že se snaží jakoby komunikovat a oba, že se rádi vidí. Myslím si, že i lidi se jakoby k tatínkovi chovají dobře a uvědomují si, že se snaží s nimi komunikovat. Takž přijali ten stav a vidí prostě tu snahu, že se komunikovat snaží. A když vidí, že se nejsme schopni domluvit, tak s klidným svědomím a s nějakým poplácáním po rameni opustíme to téma a prostě se pustíme do něčeho, v čem se domluvíme.

RESOCIALIZACE

T: Brání se kontaktu s druhými lidmi? Snaží se s nimi komunikovat? Nebo na druhou stranu izoluje se?

#### NAVAZÁNÍ KONTAKTU

RS: Myslím si, že zpočátku se izoloval. Právě tím, že cítil, že nemá žádné komunikační schopnosti, tak se snažil lidem vyhýbat, a to tak třeba, že šel na procházku se psem, ale chodil pouze do odlehlých míst, kde byla minimální šance, že někoho potká, s kým bude muset

RESOCIALIZACE

komunikovat. A když už třeba tady ty nějaké procházky podnikal s někým, tak k tomu měl právě nejradši osoby blízké, které prostě si byly vědomy toho stavu, a už <sup>KOMUNIKACE</sup> nějakým způsobem jsme se za ten rok tu komunikaci naučili, že si neskáče do řeči, prostě volíme pomalé hovorové tempo a snažíme se, když nepochopíme na poprvé, co chce říct, tak se snažíme na to jít z jiných směrů, úhlů, tak, abychom se domluvili. <sup>SPOLUPRÁCE</sup>

T: *Má nebo měl pan A. vůči rodině či okolí nějaké zábrany?*

RS: Hm... (zamyšlení) ...

T: *Možná třeba co se týče té komunikační stránky.*

<sup>RESOCIALIZACE</sup> RS: No... <sup>PŘEKÁŽKY</sup> tak co se týče komunikační stránky... já si myslím, že dřív otec prostě tu komunikaci opravdu vedl jenom takovou stručnou, co, kdy, kde, nikdy nějak moc barvitě nemluvil, ale teď prostě cítím, že to stojí jenom na té hovorové bariéře. <sup>SNÁHA SENIORA</sup> Teď opravdu by komunikoval rád a rád by sděloval to, co se v jeho životě děje nebo co se odehrálo. Hledá všechny možné příležitosti, jak prostě ty svoje zážitky a prožitky sdělit. <sup>SPOLUPRÁCE</sup>

T: *Dobře. Co považujete za největší pokroky pana A. v rámci jeho začleňování?*

<sup>ZMĚNY</sup> RS: Takže, když k té události došlo, tak <sup>SITUACE PO CMP</sup> ze začátku byl na tom otec velice špatně. V době, kdy jsme se za ním dostali do nemocnice, tak byl nacévkovaný, nechtěl přijímat potravu, nedošel si na záchod. Tam ani nešlo o to, co se týče třeba toho záchodu, že by nezvládl tu potřebu, ale ani nevěděl, co vlastně ten záchod je.

T: *Aha... hm.*

<sup>RESOCIALIZACE</sup> RS: Když jsme si tatínka na revers vzali domů, tak jsme ho ze začátku taky měli normálně nacévkovaného a <sup>POKROKY</sup> nemohl jsem ho vůbec nějakým způsobem donutit, anebo ošálit, abych ho třeba vůbec na ten záchod byl schopný přivést, protože vůbec nechápal, co vůbec záchod je a k čemu slouží. Nakonec jsme šli na to lstí, že jsem mu demontoval splachovadlo a předstíral jsem, že usilovně opravuju nějakou závadu, a když mě šel zkontrolovat a zjistit, co tam vlastně vyrábím, tak už jsem ho tam nějakým způsobem přinutil, a od té doby už potřebu vykonával na záchodě.

T: ... (smích) ... A když jste říkal, že jste si vzali tatínka na revers, tak měli jste pocit, že třeba v nemocnici mu nebyla poskytnuta tak dobrá péče?

### POCHYBENÍ LÉKAŘŮ

ZMĚNY

RS: Co se týče nemocnice, myslím si, že tatínek měl velkou smůlu na ošetřující lékařku, která v té době, dle mého názoru, osobně jo... nemůžu... řešila nějaké svoje vlastní psychické problém, a z těch zpráv, které dávala, mi připadalo, jakoby snad tatínka ani neviděla. Protože když jsem volal z Prostějova, jak na tom tatínek je, tak prostě dostával jsem informace, např., že je ochrnutý, což nebyla pravda. Tatínek chodil už v době, kdy k té události došlo, sám došel do sanitky. A když jsme tatínka brali z nemocnice, tak taky chodil, a když jsem za ním byl prvně, tak mi podal ruku. Nicméně informaci, kterou jsem dostal po telefonu, byla, že je totálně apatický, a dokonce byly ty nejčernější scénáře, že máme hledat nějaký dům s pečovatelskou službou, kde by případně mohla být i moje maminka, aby se tam o tatínka starala a podobně, což pak se ukázalo, že vůbec neodpovídá tomu stavu a navíc si myslím, že v jeho případě by to bylo to nejhorší. Takže to, že jsme si vzali tatínka k sobě okamžitě, řekl bych zdesetinásobilo jeho úspěchy a pokroky proti tomu, co bylo v nemocnici. Nicméně, co se týče personálu, sestřiček nebo hlavně té starší, vedoucí sestry, nebo jak se tomu teď říká... staniční sestra... tak ta měla jakoby k němu velice hezký vztah i přístup, a taky nám jakoby doporučovala, abychom si tatínka vzali. A šlo vidět, že prostě na nás velice dobře reaguje. Musím říct, že jsem byl v nemocnici i nespokojený, když jsme tatínka na revers brali zpátky. Měli jsme ho vyzvednout v 10 dopoledne, od 9 hodin už byl ustrojený do zimního oblečení, protože byl únor nebo březen, už teď nevím, byl oblečený, seděl na posteli, která už byla povlečená, na kterou už si nemohl lehnout, a nakonec nám ho vydali asi až v 1 hodinu odpoledne, s tím, že jsem neměl ani propouštěcí zprávu, protože bychom tam čekali, a pro tu propouštěcí zprávu jsem jel až někdy v 16 hodin zpátky jo... ale už třeba když se tatínek vrátil, tak šlo třeba vidět, že má naprostý zájem jako diabetik a člověk, který se léčí s vysokým tlakem... bral hodně léků, poměrně, když jsme přišli domů, tak okamžitě se o ty léky zajímal, začal si zase rozdělovat, tak jak to bral. Problém byl v tom, že dostal novou indikaci a měli jsme docela obtíž mu vysvětlit, že tak, jak bral ty léky předtím, před tou událostí, tak je bude muset teď brát v jiném množství, v jiném čase. Nicméně pochopil to.

SLUŽBY

SNÁHA SENIORA

SPOLUPRÁCE



T: Dobře. Takže vlastně za největší pokroky můžeme považovat, že se znovu naučil vlastně výkon té fyziologické potřeby, nějaká komunikace...

#### POKROKY

RS: Ano, největší problém... největší pokrok j to, že se naučil záchod, že zvládá indikaci těch diabetických přípravků, a to jako si to dovede i spočítat. Zpočátku jsme mu dělali kontrolu, nicméně při kontrolách jsme viděli, že si dokáže i tu dávku dopočítat, takže myslíme si, že tady to je dobré. Navíc v dnešní době je třeba vidět, že sice vážne komunikací, ale má velkou zálibu, že luští sudoku, a je vidět, že vlastně logické pochody mu v hlavě naprosto fungují, že mu jenom chybí ta slovní zásoba. RESOCIALIZACE

T: Můžete popsat, jak probíhá komunikace s vaším tatínkem? Jakým způsobem třeba vy s ním komunikujete?

#### KOMUNIKACE

RS: S tatínkem se snažím komunikovat tím způsobem, že nejdřív upoutám pozornost na vlastní osobnost, že mu chci něco říct, protože tatínek někdy nepobírá vlastně ten děj kolem sebe, když se baví víc lidí, tak vlastně neví, kdy směřuje hovor k němu a kdy se bavíme my spolu. Takže když začínám s tatínkem komunikovat, tak nejdříve upoutám pozornost na svou osobu, pak se snažím mluvit pomalu, v jednoduchých větách, výrazně artikulovat a doplňovat ten hovor gestikulací. Naznačit mu fyzicky rukama, co chci. Pokud vidím, že není schopný pochopit, o čem mluvím, tak se snažím napsat na papír nějaké slovo, protože čtené slovo vnímá líp, než mluvené a většinou se od toho odpíchne. Když vidím, že ani to slovo nemůže pobrat, snažím se najít jinou alternativu k tomu slovu, abychom se k tomu problému, o čem chceme mluvit, nějakým způsobem dostali, aby to pochopil. Takže myslím si, opravdu, pomalé mluvení, upoutání pozornosti na vlastní osobu, jednoduchá slovní zásoba a vyhýbám se nějakým složitým slovům, snažím se to říct jednoduše. Pokud je to dostupné blízko, v dosahu, a nemůžeme se domluvit... třeba když se ho zeptám, jestli si dáme kávu a nerozumí tomu, tak ho prostě vezmu za ruku, jdeme do kuchyně, ukážu mu kávu, hrníček, on řekne ano, dám si, nebo řekne ne, a... takže vždycky najdeme nějakou cestu, jak se domluvit.

#### SPOLUPRÁCE

T: Jak přijal Váš tatínek svůj nový život? Na koho se může spolehnout?

#### VYROVNANOST SENIORA

RS: Já si myslím, že teď už po tom roce... ze začátku to nesl asi těžko a měl takové lítostivé, melancholické nálady. Nicméně teď už si jakoby asi uvědomuje, že ten stav je neměnný, a že vlastně může být asi i vděčný svým způsobem, že to dopadlo, jak to dopadlo, protože když si

#### SPOLUPRÁCE

vezmeme počáteční stav, kdy jsme ho viděli v nemocnici, nebo když jsme si ho přivezli domů, tak jsme udělali veliký kus cesty, a myslím si, že by to prostě v té nemocnici nebo v nějakém ústavu nemělo možnost... museli by mít vyčleněné dvě, tři asistentky na jednoho člověka, aby byli schopni udělat takový posun, jaký jsme udělali my, když se vytočí šest, osm lidí a pořád vlastně jakoby zaměstnávají mysl a rozvíjejí ty jeho schopnosti.

T: *Dá se říct, že se smířil s touto situací.*

RS: Já si myslím, že ano. Ale na druhé straně zase vidím, že ještě jako má tu píli psát do písanek, takže myslím si, že smířil se s tím, že už nikdy nebude ten stav takový, jak před tou mozkovou příhodou, ale zároveň ještě si připouští, že by mohlo dojít k určitému zlepšení.

T: *Kdo si myslíte, že je pro Vašeho tatínka jistým bodem v nynějším životě a proč?*

RS: Já si myslím, že teď momentálně takovým majákem je dcera Jana...

T: *Vaše sestra?*

RS: Moje sestra, která velice často... bydlí v blízkosti bydliště mých rodičů a často ho navštěvuje, a navíc tráví s ním, když pomínu manželku, nejmíc času, a na rozdíl od manželky, babičky, má podstatně... s ním dokáže dovedněji komunikovat, než babička. Má takový flexibilnější přístup a asi větší trpělivost, než má babička. Pak si myslím, že jsou to neteře, každá svým přístupem, ať už je to... za prvé, můj tatínek je asi opravdu rád dědečkem, myslím si, že opravdu rád je dědečkem a má prostě radost z úspěchů, jak svých potomků, tak svých vnuků, anebo vnuček, potažmo u mého tatínka, takže fakt se dokáže těšit, když se prostě jeho blízkým něco podaří, ať už je to prostě upečená buchta, anebo prostě hezky nakreslený obrázek, nebo pěkně přednesená básnička. Prostě tady ty úspěchy mu přináší do života radost a motivují ho k dalšímu zlepšení a k té práci na sobě.

T: *Na závěr, můžete zhodnotit, jak tedy Vy hodnotíte proces resocializace, znovu začlenění? Úspěšně či neúspěšně?*

RS: Jo... já to hodnotím úspěšně, ale příkládám opravdu 90% toho úspěchu té rodině a osobnímu přístupu k tomu postiženému. Beru zase, že v té nemocnici nemají možnosti

RESOCIALIZACE



## SPOLUPRÁCE

## PODPORA RODINY

takového individuálního přístupu. My jsme jako rodina fungující celek a semkli jsme se k tomu takovým způsobem, že opravdu táhneme všichni jedním směrem a toho dědu každý svým způsobem postrkujeme nějak, jak umíme, dopředu. A myslím si, že v tomto má štěstí. Tohle by prostě v žádném ústavu nebo v nemocnici mu asi nemohli dopřát. Takže když si opravdu představím, jak vypadal děda před rokem, a co byl schopný dokázat a zvládnout, tak ten pokrok je obrovský. A myslím si, že i on má z něho radost, že to takhle jde. A kupodivu mě překvapuje, že opravdu má o spoustu věcí možná větší zájem, jakoby dostal jako... přijde mi to, jakoby fakt dostal životní lekci a uvědomil si, že prostě, že ten život je nějaká příležitost, a že teďka si ho víc váží a opravdu pracuje na tom, aby ještě ty dny, které má, prostě byly nějak rozumně využité a smysluplné. RESOCIALIZACE

T: *Tak Vám děkuji za rozhovor. Nashledanou.*

RS: Nashledanou.

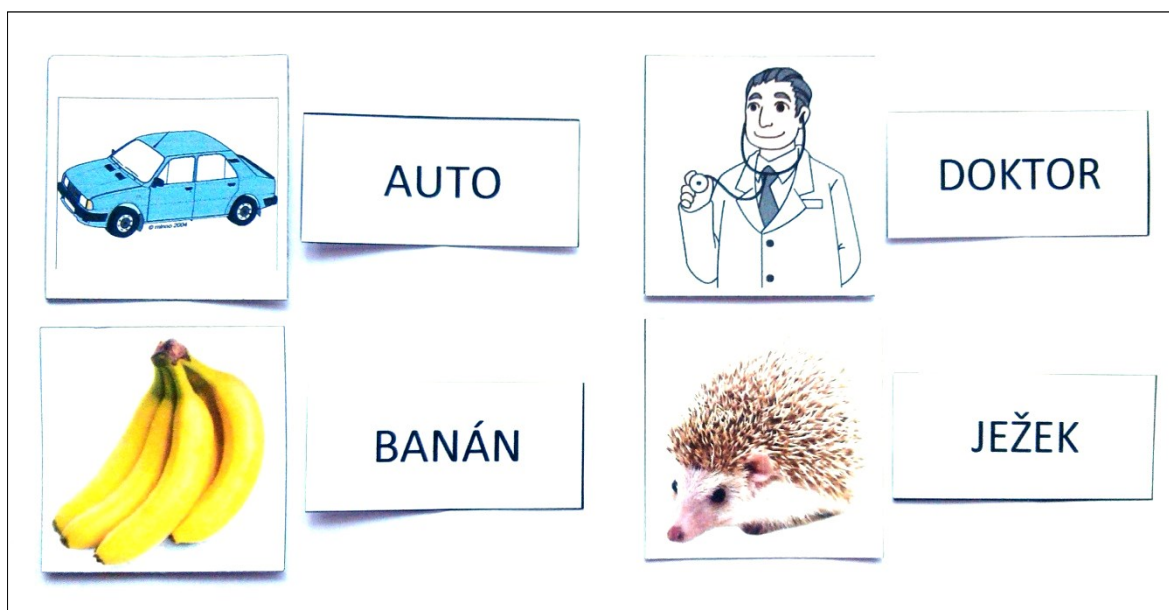
## PŘÍLOHA P III: UKÁZKA POMŮCEK PRO ROZVOJ SLOVNÍ ZÁSObY

Bydlím v Brně.	ANO	NE
Je červen.	ANO	NE
Venku je světlo.	ANO	NE
Máme zahradu.	ANO	NE
Můj pes je Redy.	ANO	NE

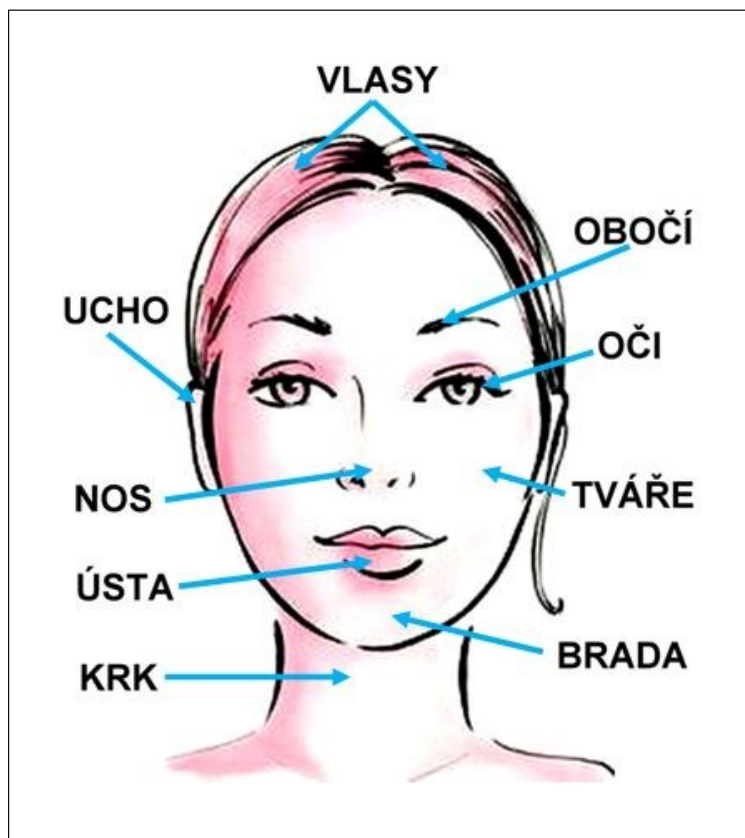
---

Bydlím v Praze.	ANO	NE
Sníh je bílý.	ANO	NE
Jsem žena.	ANO	NE
Mám 69 let.	ANO	NE
Dnes je pátek.	ANO	NE

Obrázek 1 Úkol pro porozumění textu



Obrázek 2 Rozvoj slovní zásoby



Obrázek 3 Části obličeje



Obrázek 4 Ukázka z katalogu