

V2: METODIKY DISTANČNÍCH MODULŮ KOGNITIVNÍ REHABILITACE A KREATIVNÍ TERAPIE

Autor: doc. Ing. Iveta Vrabková, Ph.D.

OBSAH

Předmluva.....	1
METODIKA A.....	3
1 Kognitivní rehabilitace v podmínkách CTP.....	3
1.1 Členění a charakteristika cílových klientů kognitivní rehabilitace.....	5
1.2 Materiálně technické zabezpečení CTP.....	7
2 Determinace procesu kognitivní rehabilitace	12
3 Kognitivně-rehabilitační program Happy neuron.....	18
4 Doporučení 1	20
METODIKA B.....	22
5 Tvorba a postup testování distančního modulu kognitivní rehabilitace	22
5.1 Klíčové aktivity	24
5.2 Schéma distančního modulu.....	25
5.3 Očekávání zapojených klientů před vstupem do DMKR	28
5.4 Zpětná vazba od zapojených klientů	28
5.4.1 Oblasti trénování paměti – důležitost z pohledu klientů	30
5.4.2 Ovládání programu – srozumitelnost pokynů	31
5.4.3 Srozumitelnost distančního prostředí a očekávání klientů	31
5.4.4 Výhody a nevýhody distančního trénování paměti	32
5.4.5 Preferovaná forma trénování paměti	34
5.4.6 Klíčové shrnutí zpětné vazby	35
6 Komunikace s klientem: Dotazníky	37
6.1 Vstupní dotazník.....	37
6.2 Výstupní dotazník.....	44
7 Doporučení 2	49
Použitá literatura.....	51

Seznam zkratk

AVLT	Auditory-Verbal Learning Test (paměťový test učení)
BBB	BigBlueButton
ČAA	Česká arteterapeutická společnost
CTP	Centrum trénování paměti
DF	Distanční forma
DMKR	Distanční modul kognitivní rehabilitace
IT	Informační technologie
KF	Kombinovaná forma
KR	Kognitivní rehabilitace
LMS	Learning Management System
TMT	Trail Making Test (test cesty)
VŠB – TUO	Vysoká škola báňská – Technická univerzita Ostrava
WAIS-III	Wechslerova inteligenční škála
z.ú.	Zapsaný ústav

PŘEDMLUVA

Distanční forma (dále také DF) sociálních a zdravotních služeb včetně kognitivní rehabilitace nabyla na svém významu v době pandemie. V současné době se ukazuje, že relativně dlouhé období pandemie bylo hnací silou rozvoje distančních forem komunikace a služeb v mnoha oblastech. Došlo k zrychlení aplikace příslušné IT, kompetencí pracovníků i samotných uživatelů. Změny byly zaznamenány také v organizačních postojích i cílech mnoha organizací na poli služeb a podtrhly nevyužité možnosti distančních forem či umělé inteligence pro běžnou praxi.

V kontextu tématu řešení tohoto projektu byla (v době přípravy návrhu projektu) a je distanční forma vnímána jako příležitost pro zlepšení a rozšíření dostupnosti kognitivní rehabilitace pro ty klienty, kteří se nemohou účastnit její klasické (kontaktní) formy. Klienti jsou omezení v užívání klasické formy kognitivní rehabilitace z mnoha příčin, respektive bariér. Mezi nejčastější bariéry náleží vzdálenost (poskytovatel x bydliště klienta) a čas (služba probíhá v čase, kdy je jedinec například v zaměstnání). Užívání klasické kontaktní formy kognitivní rehabilitace může ztěžovat či bránit také fyzický handicap, např. invalidita, která neumožňuje dostat se bez obtíží do místa, kde kontaktní kognitivní rehabilitace probíhá nebo sociální handicap – finanční situace nedovolující financovat náklady spojené s účastí na něm, bariéra trvalé péče o malé dítě, nemocnou či nemohoucí osobu, bariéra sociální izolace odsouzených apod. Tyto bariéry se mohou týkat jedince v jakémkoliv věku.

Metodiky představují **výsledek V2 projektu TL05000160** Ekonomicko-uživatelský potenciál distančních forem sociálně zdravotní péče neurologických a duševních onemocnění (dále jen projekt), jsou z velké části dokumentací o průběhu a výsledcích naplňování druhého cíle projektu: „**Vytvoření a testování prototypů distančních modulů sociálně zdravotní péče pro osoby s neurologickým a duševním onemocněním, a to kognitivní rehabilitace a kreativní terapie.**“

Výstup V2 projektu sestává ze dvou částí: Metodika A a Metodika B.

Metodika A zahrnuje popis procesu kognitivní rehabilitace jejíž součástí je trénování paměti i kreativní terapie. V první řadě metodika determinuje reálné prostředí prezenční formy kognitivní rehabilitace v podmínkách Centra trénování paměti (CTP), následuje stručné vymezení cílové skupiny klientů kognitivní rehabilitace. Stěžejní částí Metodiky A je procesní

determinace poskytování služeb kognitivní rehabilitace v podmínkách CTP zahrnující mapu procesu a diagram procesu kognitivní rehabilitace. Prostor je věnován také přiblížení **funkcí a účelu kognitivně-rehabilitačního software Happy Neuron** představujícího klíčový nástroj trénování paměti v prezenční i distanční formě. Závěrečná část Metodiky A **vymezuje doporučení zlepšení (zefektivnění) procesu kognitivní rehabilitace pro aplikačního garanta v podmínkách CTP.**

Metodika B je zaměřena na popis postupu a výstupy pilotního projektu distanční formy kognitivní rehabilitace, technické řešení a výsledky analýzy zpětné vazby klientů aplikačního garanta, kteří se zúčastnili pilotního projektu distanční formy kognitivní rehabilitace v rámci řešení výše uvedeného projektu. **Metodika B navrhuje proces kognitivní rehabilitace v distanční formě a doporučuje možné varianty nabídky distančního trénování paměti a komunikace s klientem v praxi.** Důležitou součástí Metodiky B jsou dotazníky před a po ukončení distanční formy kognitivní rehabilitace. Tyto dotazníky byly speciálně vytvořeny v rámci a pro potřeby naplnění druhého cíle a výstupu V2 projektu. Na tvorbě, realizaci a vyhodnocení dotazníků se podíleli všichni členové realizačního týmu C2 zejména socioložka – Mgr. Eva Masná, psychologka – Mgr. Lenka Valíčková, vedoucí CTP – Mgr. Antonín Liška. Dotazník je natolik specifický a univerzální zároveň, že ho lze využít v praxi CTP pro potřeby měření spokojenosti klientů a výkonnosti procesů v běžné praxi.

Obě výše uvedené metodiky jsou determinovány rozsahem služeb, organizačním a technickým zázemím, i portfoliem klientů CTP¹ potažmo organizací MENS SANA, z.ú.

¹ CTP je organizační součástí MENS SANA, z.ú. Mens Sana vznikla v roce 1996 pro podporu péče o duševní zdraví a poskytuje sociální služby, terapeutické, vzdělávací, volnočasové programy a programy zaměřené na prevenci a destigmatizaci osob s duševním onemocněním. Společnosti rovněž poskytuje pracovní rehabilitaci a podporuje zaměstnávání osob z cílové skupiny osob s duševním onemocněním a kognitivním deficitem.

METODIKA A

1 KOGNITIVNÍ REHABILITACE V PODMÍNKÁCH CTP

Centrum trénování paměti (dále také CTP) jako organizační jednotka MENS SANA, z.ú. formálně vzniklo v roce 2015, a to v kontextu úspěchu realizace programu komplexní kognitivní rehabilitace pro osoby s duševním onemocněním (listopad 2011), který byl později pro velký zájem rozšířen o další cílové skupiny (traumatické poškození mozku, neurodegenerativní onemocnění atd.).

Rehabilitace je proces směřující k obnově porušené funkce. Dle Royal College of Physicians (2023) je rehabilitace proces, který má za cíl pomoci jednotlivci dosáhnout co nejvyšší úrovně nezávislosti, účasti a kvality života prostřednictvím odborného přístupu, který umožňuje dosažení tohoto cíle.

Odborně uznávaným účelem rehabilitace, tedy i kognitivním, je zlepšení zdravotního stavu člověka a přispění k jeho začlenění do společnosti. Samotnou rehabilitaci lze chápat také jako preventivní a cílově zaměřenou intervenci zachovávající stávající zdravotní stav člověka.

Pojetí a účel každé rehabilitace předurčuje rehabilitaci mezi **multioborové kategorie péče**, obsahující zdravotní, pedagogickou, sociálněprávní i psychologickou stránku (Válková 2015; Vostrý, 2021). V České republice upravuje rehabilitaci zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. Uvedený předpis definuje léčebnou rehabilitaci jako snahu o zmírnění pohybových, poznávacích, psychických a dalších funkcí pacienta. Institucionální předpoklady léčebné rehabilitace pak představují speciální rehabilitační zařízení disponující kompetentními odborníky jako jsou rehabilitační lékaři, ergoterapeuti, fyzioterapeuti a další. V kontextu zmíněného je potřebné rovněž podtrhnout, že léčebná rehabilitace je tzv. vertikální a horizontální. **Vertikální rehabilitace** znamená zlepšení a postupné odstranění následků a jedinec se může navrátit zpět do běžného života. **Horizontální rehabilitace** se zaměřuje na postupné zlepšování. Zde se jedná o jedince, kteří jsou trvale postiženi. Cílem horizontální rehabilitace je zabránit rychlému zhoršování stavu, popř. pozastavit zhoršování stavu.

Kognitivní rehabilitace² je speciální formou horizontální i vertikální rehabilitace. Cílovou skupinou kognitivní rehabilitace jsou osoby s postižením kognitivních funkcí³, ale také se může jednat o zdravé osoby, které si chtějí zachovat kognitivní úroveň. Především jsou to však osoby⁴, u kterých došlo z nejrůznějších zdravotních příčin k narušení či poškození jejich poznávacích schopností, potýkají se s řadou každodenních problémů (zejména v oblasti pracovního uplatnění, rodinného života, či důstojného stáří), které vnímají jako velmi zatěžující.

Kognitivní rehabilitace je poskytována v návaznosti či v rámci speciální zdravotní a sociální péče. V podmínkách **zdravotní péče** (zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů) se jedná zejména o obory péče: psychiatrie, psychologie, neurologie. V podmínkách **sociální péče** (zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů) se jedná o zařízení sociálních služeb, např. domovy se zvláštním režimem, domovy seniorů, domovy s pečovatelskou službou.

Obecně a následně z praxe CTP vyplývá, že **kognitivní rehabilitace není registrovanou sociální službou**, ale stojí mimo systém poskytovaných sociálních služeb, což má negativní konsekvence především v oblasti jejího financování. Naproti tomu pracovníci CTP uvádí, že výhodou je, že tyto aktivity nejsou svázány mantinely sociálních služeb, organizace má volnost z hlediska zavádění nových témat a postupů.

Kognitivní rehabilitace (KR) v CTP zejména staví na **systematickém a pravidelném tréninku mozku u osob s kognitivním deficitem**, který má za cíl zlepšování kognitivních (poznávacích) mozkových funkcí (paměť, soustředění, logika, prostorová orientace apod.).

² Pro kontext: Hildebrandt (2019) definuje kognitivní rehabilitaci jako jeden z prvků neurologické rehabilitace. Podle výše zmíněného autora je cílem kognitivní rehabilitace pomoc pacientům s poškozením mozku vyrovnávat se s krátkodobými i dlouhodobými následky jejich onemocnění. Vostrý (2021) člení kognitivní rehabilitaci na stimulační a kompenzační. V praxi se využívají tradiční metody jako např. metoda tužka-papír. Cílem je snižování kognitivního deficitu pomocí odlišných strategií či mnemotechnik. Do popředí se dostávají i počítačové programy, které mají za cíl stimulovat trénování paměti. Dále je zmiňováno, že u pacientů s mírnou a střední demencí je vhodné více využívat individuální kognitivní rehabilitaci než skupinovou terapii (Vostrý, 2021). Preiss (2009) ve své odborné publikaci uvádí tyto způsoby tréninku: cvičení pozornosti, práce se slovy, úkoly s čísly, trénink paměti pomocí obrázků či mnemotechnické pomůcky. Všechny tyto způsoby tréninku jsou založeny na pravidelnosti a pozornosti. Při pravidelném trénování dochází ke zlepšování kognitivních funkcí.

³ Válková (2015, s. 13) definuje kognitivní funkce jako „veškeré procesy, díky nimž disponujeme schopností rozpoznávat, pamatovat si, učit se nebo se přizpůsobovat dynamickým změnám v prostředí.“ Jedná se o paměť, koncentraci, pozornost, rychlost myšlení, porozumění informacím.

⁴ Onemocnění, které mohou způsobit kognitivní poruchu jsou: traumatické poškození mozku, neurodegenerativních onemocnění (Parkinsonova nemoc, Alzheimerova nemoc, Huntingtonova nemoc a další), mozková příhoda, subarachnoideální krvácení, psychiatrické onemocnění (deprese a další).

Koncepce samotné práce s konkrétním uživatelem je vždy strukturována. Po zařazení do programu kognitivní rehabilitace projde zájemce **vstupním vyšetřením u psychologa**, který doporučí hlavní směr kognitivního tréninku. S každým uživatelem je sestaven **individuální časový plán kognitivní rehabilitace**, který lze přizpůsobovat jeho aktuálním možnostem. **Dosahované výsledky jsou** u každého uživatele **kontinuálně zaznamenávány**, a to včetně poznámek k aktuálnímu výkonu (např. zvýšení obtížnosti úkolů, změna zdravotního stavu atd.). Po 12 měsících dochází k **porovnání závěrů psychologického vyšetření a průběžných hodnot z kognitivního tréninku**, resp. k individuálnímu nastavení průběhu kognitivní rehabilitace, výběru jednotlivých cvičení a frekvence docházení.

1.1 Členění a charakteristika cílových klientů kognitivní rehabilitace

Kognitivní rehabilitace zejména zahrnuje:

- **kognitivní trénink**⁵ (trénování paměti) se sestává ze dvou typů tréninku: individuální kognitivní trénink a trénink kognitivně-rehabilitačního softwaru (Happy Neuron, Neurop3);
- **kreativní terapie** zahrnuje dílčí aktivity: arteterapii⁶, muzikoterapii⁷ a dramaterapii.

Poskytováním specializované kognitivní rehabilitace na odpovídající odborné úrovni dochází kromě snižování deficitu poznávacích funkcí také ke stabilizaci psychického stavu, udržení

⁵ Jedním z hlavních cílů tréninku kognitivních funkcí je především zvládnutí každodenních běžných činností člověka. Úspěšnost takového typu tréninku kognitivních funkcí je závislá na snaze a motivaci daného jedince, ale také na množství času vloženého do tréninku či procvičování. Důležitost je především v pravidelnosti, a pokud je to možné, postupnému zvyšování náročnosti cvičení. Při kognitivním tréninku je kladen důraz na strukturu daných kognitivních tréninků, ty jsou řazeny do bloků. Důraz na strukturu, která nabízí pocit jistoty a jednotlivci tak ví, co mohou dále očekávat. Obvyklá doba bloků je přibližně 45 minut, kdy je dokázáno, že se jedinci na uvedený časový úsek dokáží soustředit (Klucká, 2016).

⁶ Tento typ metody je spjat s výtvarným uměním, ale zároveň i s psychoterapií. Jedná se o metodu, která využívá umění včetně hudby, poezie, divadla, výtvarného umění atd. s cílem harmonizace vizuálních a motorických dovedností. Zvýšení vnímavosti textur, barev, tvarů, prostorů a celkově zvýšení tvořivosti daného jedince. Arteterapie se provádí ve skupinách, kde se usiluje o navázání týmové spolupráce a snahu o vybudování vztahu mezi jedincem a arteterapeutem. Existují dva typy arteterapie: 1) arteterapie jako psychodiagnostická disciplína – v tomto případě se s výtvozem jedince dále pracuje a je snahou vyjádřit, co daný výtvor vyjadřuje; 2) arteterapie jako psychoterapeutická disciplína, která klade důraz pouze na výtvor, ke kterému není nutné dodávat žádný výklad (Vostrý, 2021).

⁷ Muzikoterapie je prostředkem k rozptýlení a podpoře kvality života, například pro špatný fyzický a psychický stav jedince. Muzikoterapii lze rozčlenit na oblast realizace, kdy terapii provádí osoba sama nebo se účastní i jiná osoba (ideálně lékař). Nebo dle účasti jedince, který se účastní aktivně či pouze pasivně. Dále se může členit podle účasti, tedy individuální či skupinová.

a zlepšení kvality jejich života, rozšíření znalostí a dovedností a zároveň vytvoření a rozšíření nových sociálních kontaktů.

Centrum trénování paměti je charakterem poskytovaných činností jedinečným pracovištěm svého druhu pro oblast trénování kognitivních funkcí mozku v Moravskoslezském kraji.

Primární cílovou skupinou CTP jsou lidé s narušenými poznávacími funkcemi v důsledku traumatického poškození mozku, po cévních mozkových příhodách nebo z důvodu chronického organického nebo duševního onemocnění.

Mezi **cílové skupiny osob CTP** zejména náleží osoby:

- **s neurogenerativním onemocněním** (Parkinsonova nemoc, Alzheimerova nemoc, Frontotemporální demence, vaskulární demence a další),
- **s duševním onemocněním** (např. pacienti s poruchami schizofrenního spektra),
- **po zranění mozku či osoby po prodělané cévní mozkové příhodě.**

V praxi se ukazuje nutnost specifického přístupu k jednotlivým cílovým podskupinám v závislosti na charakteru jejich postižení, resp. na druhu a závažnosti jejich kognitivního deficitu. Kognitivní rehabilitace je tak přizpůsobena uživatelům s neurologickým postižením, s demencí, s duševním onemocněním apod.

Do CTP jsou odesíláni svými odbornými lékaři, nejčastěji neurology, psychiatry, psychology či obvodními lékaři, na základě zdravotního doporučení. Část klientů se do CTP dostává díky svým příbuzným či pečovatelům, kteří se o aktivitách CTP dověděli ze sdělovacích prostředků nebo z jiných zdrojů. Kognitivní rehabilitace je poskytována také uživatelům sociálních služeb MENS SANY.

Převážná část docházejících klientů je s neurologickým onemocněním (cca 50 %), další velkou skupiny představují osoby s duševním onemocněním (cca 33 %). Zbývající část jsou uživatelé s traumatickým nebo kombinovaným postižením mozku.

Odborné služby CTP zabezpečují kompetentní pracovníci:

- **lektor CTP**, je požadováno ukončené vzdělání na úrovni VŠ/VOŠ studia zaměřeného na sociální práci, sociální pedagogiku, sociální a humanitární práci. Dalším předpokladem odborné způsobilosti lektora CTP je absolvování akreditovaného kurzu Trenér paměti a také zvláštní školení či kurzy v příbuzných či relevantních oblastech;

- **psycholog CTP**, je požadováno ukončené vzdělání na úrovni VŠ jednooborového studia akreditovaného bakalářského studijního oboru psychologie. Výhodou je absolvování jednooborového studia magisterského studijního oboru psychologie a dále školení či kurzy v příbuzných či relevantních oblastech;
- **lektor arteateliéru CTP**, je požadováno ukončené vzdělání na úrovni absolvování VŠ bakalářského nebo magisterského vzdělání humanitního či uměleckého směru – psychologické, zdravotnické, sociální, pedagogické, umělecké. Dalším předpokladem je absolvování komplexního výcviku s arteterapeutickým zaměřením v rozsahu alespoň 750 hodin akreditovaného ČAA.

1.2 Materiálně technické zabezpečení CTP

K realizaci služeb centra trénování paměti slouží zvláštní budova – **Centrum trénování paměti** (viz Obr. 1.1), která je bezbariérová a disponuje vstupní chodbou, arteateliérem, sociálním zázemím (vč. bezbariérového WC, WC pro muže, WC pro ženy, úklidové místnosti), hovornou, PC učebnou, skupinovou místností, sálem a kanceláří pracovníků.

Obr. 1.1 Budova CTP



Hovorna je víceúčelová místnost, která slouží k setkávání s uživatelem nebo se zájemcem o službu, pro kognitivní diagnostiku nebo pro individuální kognitivní trénink. Mezi základní

vybavení místnosti patří psací stůl s počítačem a monitorem a pohovka s křesly a konferenční stůl, viz fotografie na Obr. 1.2.

Obr. 1.2 Hovorna CTP



Počítačová učebna slouží ke kognitivnímu tréninku prostřednictvím kognitivně-rehabilitačního softwaru (Happy Neuron, Neurop3 apod.) na devíti monitorech (vč. 2 dotykových), viz Obr. 1.3.

Skupinová místnost (viz Obr. 1.4) slouží ke konání skupinových kognitivně-rehabilitačních aktivit a pro realizaci muzikoterapeutických a dramaterapeutických aktivit. Místnost je vybavena interaktivní tabulí, ovládacím počítačem a dále hudebními a dramatickými pomůckami (hudební nástroje, koberec, cvičební podložky apod.).

Obr. 1.3 Počítačová učebna CTP



Obr. 1.4 Skupinová místnost CTP



Obr. 1.5 Arteateliér CTP



Arteateliér (viz Obr. 1.5) slouží primárně pro kognitivní rehabilitaci prostřednictvím tvořivé a výtvarné činnosti uživatelů pod vedením lektora. Stoly jsou pojízdné a také ostatní vybavení místnosti je snadno přenosné. Místnost je dále vybavena základními výtvarnými potřebami a pomůckami (stojany na obrazy, boxy na velkoformátové výkresy apod.).

Obr. 1.6 Víceúčelový sál CTP



Sál je víceúčelová místnost určená ke vzdělávání a skupinovým supervizím klientů i pracovníků a dále jako návštěvní místnost pro exkurze. Probíhají zde pohybové aktivity. Místnost je vybavena velkoformátovou obrazovkou, stohovatelnými stoly a židlemi (viz Obr. 1.6).

2 DETERMINACE PROCESU KOGNITIVNÍ REHABILITACE

Východiskem procesního managementu moderních organizací usilující o efektivní a účelný provoz plynule a kvalitně uspokojující potřeby zákazníků je **specifická procesní dokumentace**. Procesní dokumentace zachycuje popis a třídění hlavních, řídicích a podpůrných procesů⁸ dané organizace. Procesní dokumentace je obvykle klíčovým výstupem zvoleného typu procesního řízení v organizaci jako je např. v pojetí komplexního managementu kvality (např. dle normy ISO 9001).

V praxi mnohých organizací (zejména malé a střední velikosti), jakožto i v podmínkách CTP potažmo MENS SANY, se pak běžně uplatňuje k zachycení průběhu, podmínek a zásad vybraných procesů v rámci **interních řídicích aktů** jako jsou řády, směrnice, metodiky či pokyny, a to bez vhodného propojení na organizační cíle, další procesy, odpovědnosti a hodnocení kvality, efektivnosti a účelnosti.

Níže uvedená **mapa a diagram procesů je tedy výstupem procesní analýzy**, která byla realizována v rámci C2 projektu. Samotná procesní analýza probíhala dle harmonogramu projektu a vycházela z informací a dat interních dokumentů CTP a rozhovorů s vedoucím CTP Mgr. Antonínem Liškou.

Mapa procesu⁹ kognitivní rehabilitace v podobě níže uvedené tabulky je strukturovaným shrnutím realizace postupu jejího uplatňování v praxi CTP.

⁸ Proces je tvořen souborem činností, které na sebe navazují. Proces musí mít jasně definovaný začátek, tj. první aktivitu (činnost) a také konec – poslední aktivitu v procesu. Proces je vždy iniciován vstupním požadavkem a směřuje ke konkrétnímu výsledku – výstupu. Proces musí mít jasně stanoveny požadavky na hmotné, personální a informační zabezpečení činností (zdroje) a požadavky na vstupy a výstupy z procesu (atributy výstupu, např. dle požadavků zákazníka, legislativy). Hlavní procesy – mají přímou vazbu na poslání organizace, jejich výstup je určen především externímu, ale i internímu zákazníkovi, např. služba, dokument, program apod.

Řídicí procesy slouží pro plánování, koordinaci a hodnocení managementu, kontrolu či organizování. Podpůrné procesy – mají obslužný a zajišťovací charakter, např. řízení lidských zdrojů či infrastruktury (Vrabková, 2012).

⁹ Obecně procesní mapa daného procesu zvyšuje orientaci managementu i pracovníků v procesním řízení a přispívá ke zdárnému organizování změn a řízení rizik.

Mapa procesu kognitivní rehabilitace zachycuje:

- **klíčové charakteristiky procesu** v podobě jeho cíle, externích zákazníků¹⁰, odborného garanta procesu¹¹, vymezení legislativních a metodických podmínek¹² realizace procesu, vymezení technických a personálních podmínek zabezpečení procesu¹³ a předmětu hodnocení výkonnosti procesu v podobě hospodárnosti a efektivnosti měření procesu včetně příslušných indikátorů¹⁴;
- **posloupnost na sebe navazujících činností sledovaného procesu** kognitivní rehabilitace. Každá činnost je zahájena vstupní aktivitou či předpokladem (vstup), pak následuje rámcový popis dané činnosti a následně je vymezen charakter výstupu dané činnosti.

Tab. 2.1 Základní mapa procesu kognitivní rehabilitace

Název	Kognitivní rehabilitace
Cíl procesu	Cílem je zlepšování kognitivních (poznávacích) mozkových funkcí (paměť, soustředění, logika, prostorová orientace apod.), stabilizace psychického stavu, udržení a zlepšení kvality života osob (klientů) kognitivní rehabilitace.
Zákazník procesu	Externí osoby, které kontaktují Centrum trénování paměti. Jedná se nejčastěji o osoby s neurologickým, neurodegenerativním nebo duševním onemocněním a osoby po traumatickém poškození mozku.
Odborný garant procesu	Mgr. Antonín Liška
Legislativní a metodické zabezpečení procesu	Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, zákon č. 89/2012 Sb., Občanský zákoník, interní směrnice z.ú. MENS SANA, příkazy

¹⁰ Zákazník (klient) je přímým příjemcem vytvořené hodnoty – ve formě výstupu procesu.

¹¹ Každý proces musí mít svého vlastníka, tj. funkci v organizační struktuře, která má vůči danému procesu přesně vymezeny odpovědnosti a pravomoci. (*Pozn. odpovědnosti a pravomoci jsou vlastníkem procesu vhodně šířeny mezi všechny zaměstnance v procesech právě v závislosti na úrovni jejich prověřených znalostí*).

¹² Jedná se o tzv. regulátory, které vytváří závazné podmínky pro realizaci procesu – vnější (právní předpisy), vnitřní (interní řídicí akty).

¹³ Vyjadřují obvykle ekonomickou hodnotu procesu.

¹⁴ Měření procesu je nezbytnou součástí funkčního procesního řízení organizace. Měření procesu přináší managementu organizace informace o výkonnosti jednotlivých procesů potažmo konkrétních organizačních útvarů i pracovníků. Součástí měření procesů je také jejich monitorování. K měření a monitorování procesů musí organizace využívat vhodné metody. Tyto metody musí prokazovat schopnost procesu dosahovat plánovaných výsledků.

	ředitele, standardy sociálních služeb, metodiky poskytovatelů finanční podpory (MZ, MPSV, SMO).	
Materiální a technické požadavky	Budova CTP, hovorna, počítačová učebna, kognitivně-rehabilitační software (Happy Neuron, Neurop3 apod.) na 9 monitorech (vč. 2 dotykových), skupinová místnost, arateatiér, sál (víceúčelová místnost).	
Požadavky na odbornost pracovníků	Lektor, psycholog, lektor arateatiéru.	
Měření výkonnosti procesu	Efektivnost: počet hodin terapie na zaměstnance, náklady CTP na klienta. Účelnost: počet klientů, kteří ukončili terapii (zlepšení stavu, beze změny stavu, zhoršení stavu), míra spokojenosti klientů (zpětná vazba – dotazníky, rozhovory).	
Vstup	Činnost	Výstup
První aktivní kontakt klienta	Podání informací o službě, sepsání smlouvy, objednání na psychologické vyšetření	Smlouva o službě
Objednávka na psychologické vyšetření ¹⁵	Psychologické vyšetření	Zpráva psychologa
Druhý samostatný kontakt klienta	Seznámení s terapií a chodem CTP, adaptační proces ¹⁶ , objednání na kognitivní diagnostiku	Zpráva z adaptačního procesu
Objednávka na kognitivní diagnostiku ¹⁷	Realizace kognitivní diagnostiky	Výsledek diagnostiky (zpráva)
Třetí samostatný kontakt klienta	Realizace řízené terapie, průběžné vyhodnocení efektu terapie na kognitivní schopnosti klienta	Kontrolní zprávy z hodnocení terapie
Rozhodnutí klienta, ukončení terapeutického cyklu, sjednané doby terapie	Ukončení terapie, ukončení smlouvy, získání zpětné vazby od klienta	Zápis z výstupní kontroly, dotazník spokojenosti

¹⁵ Psychologické vyšetření probíhá formou rozhovoru s cílem porozumět klientovým obtížím, jejich průběhu, možným příčinám a celkovému kontextu.

¹⁶Adaptační proces probíhá u klienta před zahájením řízené kognitivní rehabilitace. Během adaptačního procesu věnují pracovníci klientovi zvýšenou pozornost a citlivě reagují na jeho potřeby a projevy chování tak, aby zátěž spojená se změnou prostředí byla co nejmenší.

¹⁷ Kognitivní diagnostika poskytuje informace o způsobilosti klienta k výkonu určitých činností a je užitečná například při výběru formy tréninku a terapie.

Výstupy jednotlivých činností, jak vyplývá z Tab. 2.1, jsou:

- **smlouva o službě** je zpracována vedoucím CTP nebo pověřeným pracovníkem a je vyjádřením rovnoprávného postavení obou smluvních stran (klienta a poskytovatele služeb), definuje vztahy mezi klientem a poskytovatelem služeb CTP, jejich práva a povinnosti. Smlouva je uzavírána na dobu jednoho roku, přičemž je kdykoliv vypověditelná (např. z důvodu dlouhodobé hospitalizace, stěhování nebo výrazného zlepšení kognitivních funkcí). Po uplynutí její platnosti se v případě potřeby uzavírá navazující smlouva opět s roční platností. V případě, kdy je klient omezen v působnosti k právním úkonům, za něj podepisuje smlouvu opatrovník;
- **zpráva psychologa nebo odborného lékaře** má podobu psychologické či lékařské zprávy a obsahuje základní anamnestické údaje o klientovi (primární příčina kognitivního deficitu, vývoj v čase) a jeho aktuálním zdravotním a psychickým stavu. Slouží jako podklad pro kognitivní diagnostiku, resp. pro následné individuální nastavení kognitivní rehabilitace. Stejně jako ostatní dokumentace je založena do spisu klienta a podléhá pravidlům GDPR;
- **zpráva z adaptačního procesu je vedena a kontinuálně doplňována příslušným lektorem**, který s uživatelem individuálně pracuje, případně ji konzultuje s psychologem. Obsahuje dílčí výsledky, kterých uživatel dosahuje, metadata a poznámky k aktuálnímu zdravotnímu a psychickému stavu, případně další údaje relevantní pro průběh kognitivní rehabilitace;
- **zpráva z výsledku kognitivní diagnostiky** je zpracována psychologem pro zjištění počátečního stavu kognitivních funkcí. Diagnostika kognitivních funkcí se provádí pomocí standardizovaných klinických a testových metod. Z klinických metod jde o rozhovor a pozorování a z testových metod se používají některé subtesty z WAIS-III (Wechslerova inteligenční škála pro dospělé, 3. revize) a dále TMT (Trail Making Test, Test cesty), AVLT (Auditory-Verbal Learning Test, paměťový test učení) a test verbální fluence, vše z Neuropsychologické baterie Psychiatrického centra Praha (Preiss et al., 2012). Celé psychologické vyšetření trvá cca 2 hodiny, u klientů s pomalejším psychomotorickým tempem nebo u lehce unavitelných klientů je možné vyšetření rozdělit na dva termíny.

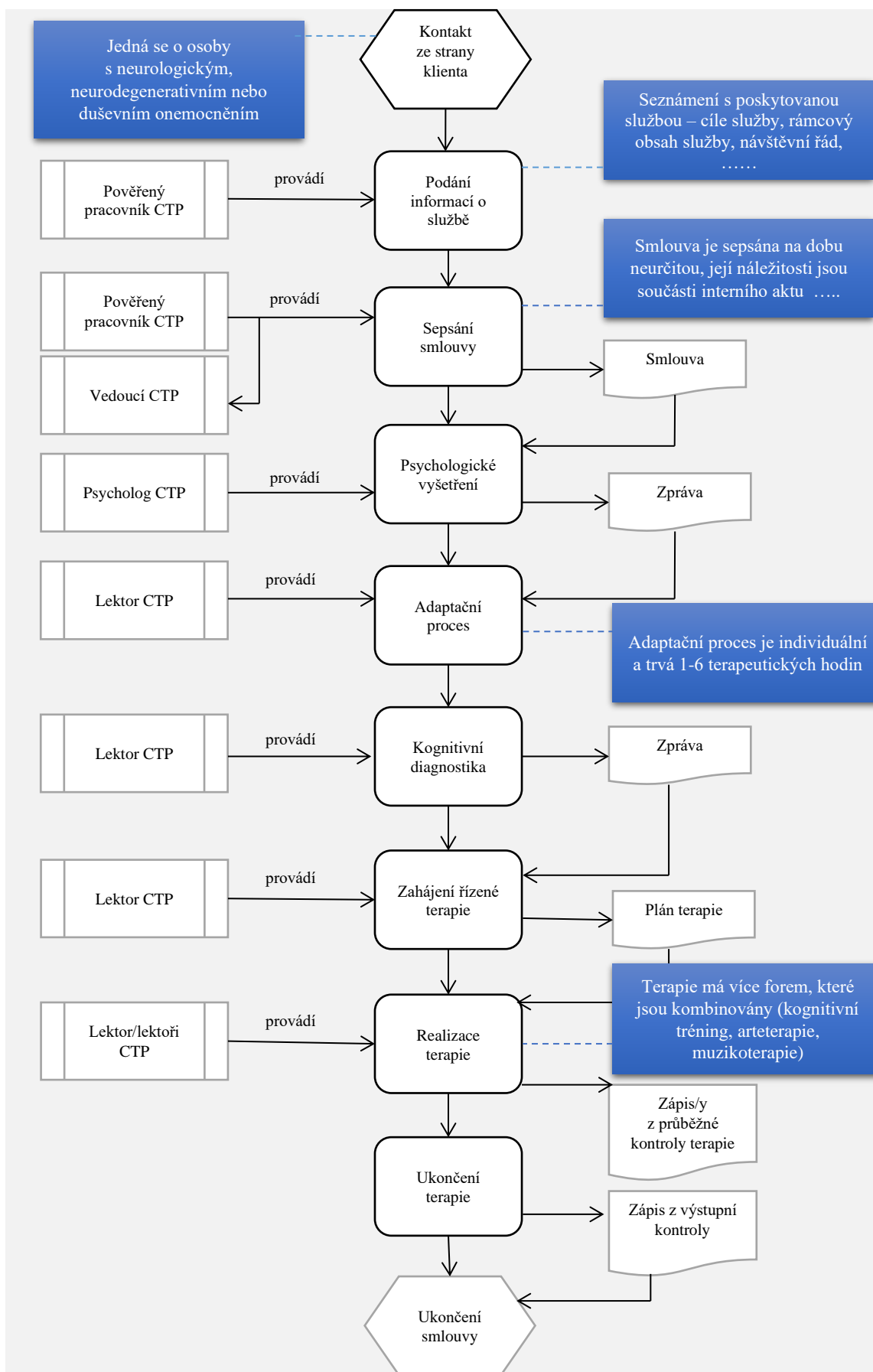
Výstupem celého vyšetření je zpráva s krátkou anamnézou klienta, s popisem průběhu vyšetření, s interpretací samotných výsledků testování a s doporučením, jaká forma

kognitivní rehabilitace je pro klienta vhodná, na které kognitivní funkce je vhodné se při rehabilitaci zaměřit, případně lze klientovi doporučit "dovyšetření" u konkrétního specialisty nebo zahájení psychoterapeutické péče;

- **kontrolní zpráva z výsledku re-testování kognitivní diagnostiky** je zpracována psychologem v průběhu rehabilitace (nejdříve za půl roku u klientů s degenerativním onemocněním mozku nebo za rok u ostatních klientů) pro případnou úpravu tréninkového plánu. Probíhá stejným způsobem jako vstupní kognitivní vyšetření;
- **dotazník spokojenosti** je anonymní zjišťování spokojenosti klientů CTP, popř. jejich pečovateli s poskytovanými službami a jejich efektivitou. Dotazník je předkládán jednou ročně a slouží jako podklad ke zkvalitňování služeb a rozvoji CTP.

Průběh procesu kognitivní rehabilitace je rovněž zachycen v níže uvedeném diagramu, jenž v logickém sledu znázorňuje vazby mezi konkrétními pracovníky, činnostmi a výstupy.

Obr. 2.1 Diagram aktivit procesu kognitivní rehabilitace



3 KOGNITIVNĚ-REHABILITAČNÍ PROGRAM HAPPY NEURON

Počítačový program **HAPPYneuron Brain Jogging**¹⁸ se používá na procvičování kognitivních schopností v pěti základních kognitivních oblastech – paměti, koncentraci, logice, řečových funkcích a vizuálně prostorové orientaci, viz Obr. 3.1.

Metoda HAPPYneuron Brain Jogging:

- vychází z nejnovějších poznatků neuropsychologie a informačních technologií;
- každé cvičení generuje jako originál;
- nabízí velké množství úrovní obtížnosti a vysokou variabilitu cvičení;
- nabízí tzv. automatického trenéra, který vybírá sady cvičení tak, aby se člověk zlepšoval.

Každá oblast nabízí čtyři různé hry na různé škále obtížnosti v mnoha variantách, viz Obr. 3.1. Ovládání her je velmi intuitivní, názorné a nevyžaduje naprosto žádné počítačové znalosti, pouze schopnost používat myš, popř. dotykové médium (např. tablet, dotykový monitor apod.). Software průběžně vyhodnocuje výsledky a porovnává je s průměrem světové populace se stejným profilem – tedy s lidmi stejného věku, pohlaví a vzdělání. **Výsledky každého uživatele jsou zaznamenávány a program následně vygeneruje úspěšnost**, resp. vývoj kognitivních funkcí uživatele pomocí indexu kognitivní výkonnosti (celková kognitivní výkonnost) a v rámci jednotlivých kognitivních oblastí. Každý uživatel, stejně jako jeho terapeut, tak má trvalý přehled o výsledcích, a doporučení, jak by měl pokračovat a jak zvyšovat náročnost v jednotlivých hrách. V anglickém jazyce funguje pod názvem HAPPYneuron, v českém jazyce jako HAPPYneuron Brain Jogging nebo též Šťastný neuron.

¹⁸ Software vyvinula francouzská společnost Scientific Brain Training a vznikl pod vedením uznávaného neuropsychologa dr. Bernarda Croisila.

Obr. 3.1 Nabídka k procvičování a vyhodnocení výkonnosti v programu Happyneuron Brain Jogging



4 DOPORUČENÍ 1

Níže uvedená čtyři doporučení na zlepšení procesu kognitivní rehabilitace vychází z procesní analýzy a obecných teoreticko-aplikačních poznatků. Doporučení zohledňují specifické podmínky CTP a jeho ekonomické a technologické omezení (možnosti).

Doporučení č. 1

Popis procesu kognitivní rehabilitace

Vytvoření a implementace vnitřního řídicího aktu v podobě směrnice nebo metodického pokynu, který bude zahrnovat dokumentaci procesu kognitivní rehabilitace, zejména mapu procesu kognitivní rehabilitace (viz Tab. 2.1), podrobný text doplňující mapu procesů o podmínkách, způsobu provádění jednotlivých činností s vazbou na příslušné formuláře, legislativu, termíny, roli a odpovědnosti konkrétních pracovníků. V kontextu racionálního pojetí procesního řízení je vhodné uvažovat o vazbách procesu kognitivní rehabilitace s jinými (klíčovými) procesy organizace (hlavní, řídicí a podpůrné), respektive s vnitřními řídicími akty MENS SANY.

Doporučení č. 2

Standardizovaná komunikace s klienty

Vytvoření standardizovaných postupů komunikace s klientem (na vstupu, v průběhu a konci rehabilitačního procesu) s ohledem na jeho potřeby. Výchozí potřeby klientů jsou determinovány konkrétním onemocněním – neurodegenerativním, duševním, způsobené zraněním mozku či následky cévní mozkové příhody. Specifické postupy komunikace mohou být vytvořeny v podobě příručky – efektivní komunikace obsahující jak standardy komunikace vyhovující ochraně osobních dat, citlivých informací, etiky a specifickým potřebám služby, tak návodné odpovědi na obligatorní otázky vyskytující se obvykle při komunikaci s klientem.

Komunikací se myslí také získávání zpětné vazby – spokojenost klienta se službou a jeho návrhy na změnu/zlepšení. Šetření spokojenosti klienta je vhodné realizovat v průběhu i na konci cyklu (např. rok) poskytované služby. Pro potřeby zlepšování kvality služeb CTP by mělo šetření spokojenosti vést poskytovatele k adekvátní odpovědi (reakci) na přednesené náměty, výtky i ocenění (pochvaly) klienta. Reakce poskytovatele by měla být srozumitelná, transparentní, kontinuální a neadresná. Vhodné je zařadit analýzy a trendy spokojenosti klientů např. do ročních zpráv o činnosti CTP.

Doporučení č. 3

Měření efektivity kognitivní rehabilitace

Zavedení pravidelného a standardizovaného měření a vyhodnocování efektivity procesu kognitivní rehabilitace.

Návrh níže uvedených ukazatelů vyplývá z diagramu aktivit (viz Obr. 2.1):

- efektivity na vstupu = počet prvních kontaktů strany / počet smluv;
- efektivity na výstupu = počet smluv / počet plně ukončených terapií;
- efektivity procesu = 1 pracovní úvazek (měsíční počet odpracovaných hodin / počet hodin realizované rehabilitace za měsíc).

Analýzy měření efektivity kognitivní rehabilitace by měly být podkladem pro rozhodování managementu ve věci financování (vč. zpracování projektů pro získání dotace z veřejných či soukromých prostředků), rozvoje či útlumu služeb a dalších perspektiv CTP.

Doporučení č. 4

Využívání platformy LMS pro potřeby distanční služby

Zavedení do stálé nabídky poskytovaných služeb CTP (i po ukončení doby udržitelnosti projektu) distanční podoby trénování paměti, například s využitím platformy LMS (viz Metodika B). V podstatě se jedná o nezbytný krok, který zvažují nebo budou zvažovat všichni moderně a racionálně smýšlející poskytovatelé sociálních a zdravotních služeb. Progresivní vývoj IT, digitální inteligence a intenzita on-line komunikace obecně signalizuje, že distanční formy zdravotních a sociálních služeb se stanou běžnou součástí nabídky tohoto specifického trhu.

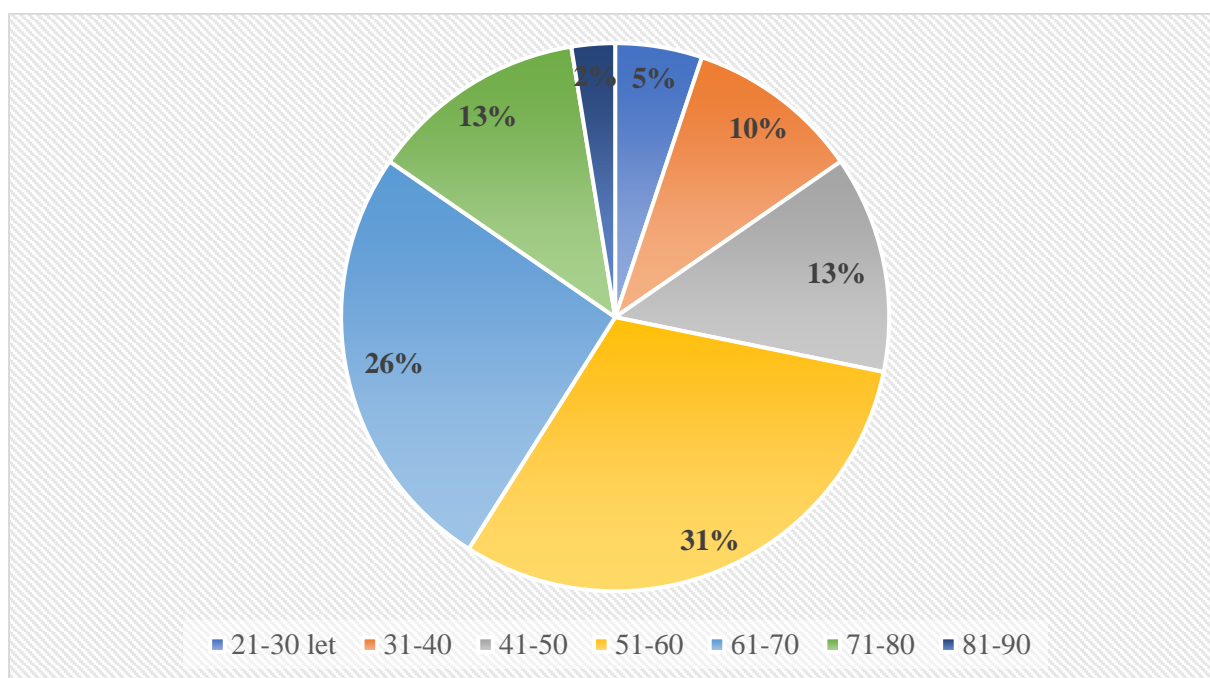
METODIKA B

5 TVORBA A POSTUP TESTOVÁNÍ DISTANČNÍHO MODULU KOGNITIVNÍ REHABILITACE

Distanční modul kognitivní rehabilitace (dále DMKR) byl vytvořen za účelem testování možností a limitů distanční formy kognitivní rehabilitace jak na straně klientů (znalosti, dovednosti, samostatnosti, technologického vybavení apod.), tak poskytovatele (organizační, technické a personální).

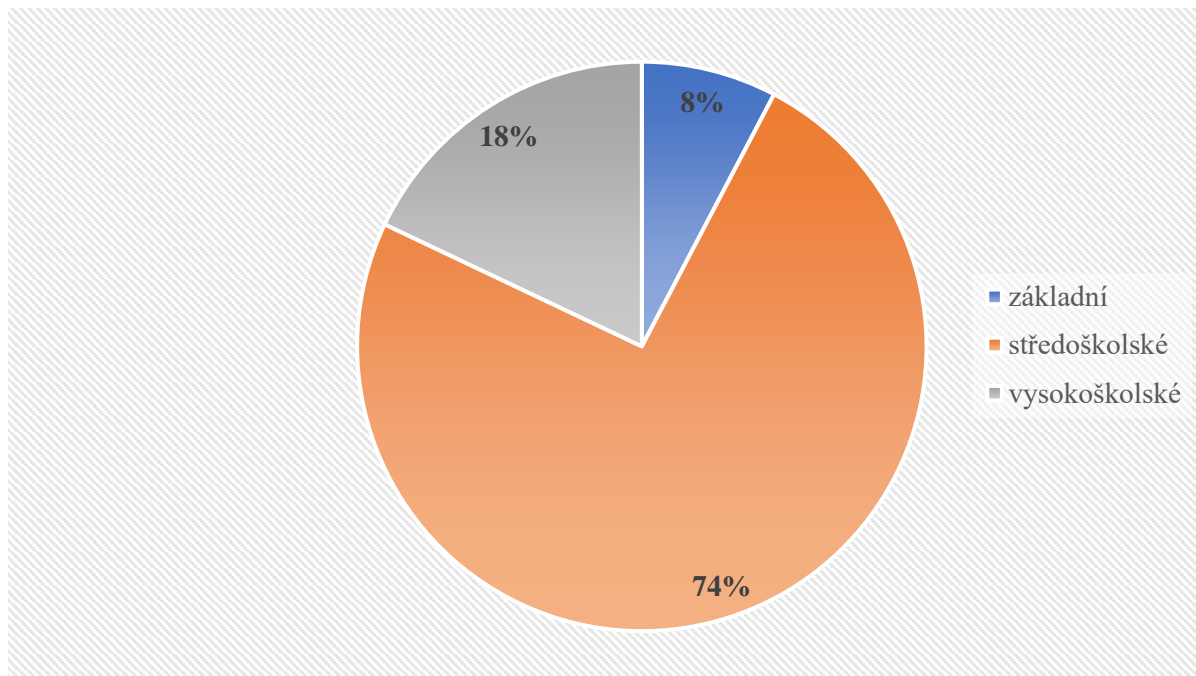
Do testování DMKR bylo **zapojeno 39 klientů CTP**, z toho 64 % žen¹⁹. Věkové složení klientů znázorňuje koláčový graf na Obr. 5.1 a vzdělanostní strukturu zapojených klientů koláčový graf na Obr. 5.2.

Obr. 5.1 Věková struktura zapojených klientů



¹⁹ Toto dělení odpovídá struktuře klientů Centra trénování paměti (CTP) v rámci MENS SANA, z.ú. (66 % žen).

Obr. 5.2 Vzdělání zapojených klientů



Největší podíl (41 %) tvořili klienti nad 60 let věku, tzn. v tzv. „seniorském věku“ či se k němu blížíci. Průměrný věk zapojených klientů činil 57 let.

Dalším hlediskem pro výběr klientů do testování DMKR byl druh diagnózy, respektive typ zdravotního omezení klienta, pro které absolvuje kognitivní rehabilitaci. Z pohledu převažujícího diagnostického okruhu onemocnění byli v nejvyšší míře, tj. v 46 %, zastoupeni klienti uvádějící neurologické onemocnění včetně neurodegenerativních (demence, cévní mozková příhoda, krvácení apod.), o něco méně bylo klientů s duševním onemocněním (schizofrenie, porucha osobnosti, afektivní porucha apod.) 41 %, jen v 13 % byli zastoupeni klienti s traumatickým poškozením mozku (úder do hlavy, autonehoda, pád apod.).

Charakteristika zapojených klientů dle převažujícího zdroje vlastního příjmu v posledních dvou letech byla následující - 79 % klientů mělo příjem pouze z invalidního/starobního důchodu, 16 % mělo kombinované příjmy z důchodu a zaměstnání na zkrácený úvazek a pouze 5 % klientů mělo příjmy pouze ze zaměstnání.

Úroveň dovedností klientů v oblasti PC byla pro zapojení do DMKR klíčová. Klienti zapojení do projektu byli nejčastěji běžní uživatelé v oblasti PC (62 %), v některých případech dokonce uživatelé pokročilí (4 osoby), v jednom případě se jednalo o IT experta. Pouze dva klient

neovládali PC ani na elementární úrovni, klienty bylo třeba před zapojením do DMKR detailně instruovat a ideálně zajistit spolupráci člena domácnosti, který zajistil podporu.

Co se týká délky spolupráce zapojených klientů s CTP, tak třetinu tvoří lidé docházející do zařízení 3-5 let, čtvrtinu ti, co jsou v péči méně jak 1 rok a každý pátý klient spolupracuje s CTP 1-3 roky nebo naopak více jak 5 let.

Z hlediska četnosti návštěv CTP bylo zjištěno, že až na naprosté výjimky (1 klient) navštěvují všichni klienti zařízení pravidelně alespoň 1krát do týdne. Jedna třetina z nich „zvládne“ návštěvu do jedné hodiny, dvě třetiny klientů však stráví v rámci návštěvy v zařízení 1-3 hodiny. V rámci této doby dochází také k trénování paměti.

5.1 Klíčové aktivity

Klíčové aktivity testování DMKR tvořily tři etapy a celkem devět klíčových činností (viz Obr. 5.3). První etapa zahrnovala přípravné aktivity, druhá etapa byla věnována testování a třetí etapa ukončení a získání zpětné vazby od zapojených klientů.

Obr. 5.3 Etapy klíčových aktivit DMKR



- 1) Vymezení nutných technologických podmínek (technologických na straně CTP a klienta) k zahájení pilotního projektu v prostředí LMS Moodle²⁰ (dále jen LMS) VŠB-TUO.
- 2) Zajištění ochrany dat klientů, VŠB-TUO i CTP v kontextu platných právních předpisů i vnitřních pravidel CTP a VŠB-TUO.

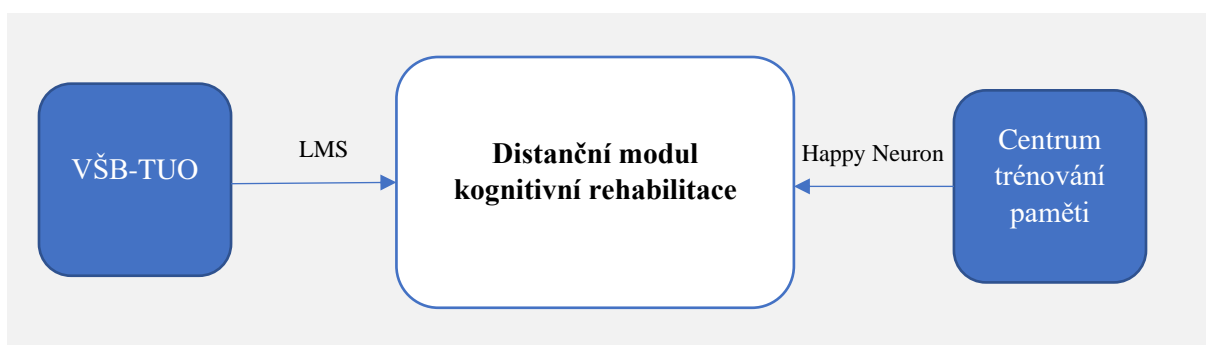
²⁰ Learning Management System (LMS) je systém pro provoz a řízení školení formou e-learningu.

- 3) Tvorba prostředí v LMS v podobě kurzu, příprava dotazníku pro získání zpětné vazby od klientů zapojených do testování.
- 4) Vytipování stávajících klientů CTP, oslovení klientů a získání jejich souhlasů se zapojením do pilotního projektu.
- 5) Realizace dotazníkového šetření očekávání zapojených klientů, která mají od distanční formy trénování paměti.
- 6) Zahájení testování distanční formy trénování paměti – asistované a samostatné trénování paměti pomocí Happy Neuron, distanční konzultace s lektory.
- 7) Průběžná evaluace testování distanční formy trénování paměti v rámci rozhovoru klienta s psychologkou.
- 8) Ukončení testování distanční formy trénování paměti a konzultací.
- 9) Závěrečné dotazníkové šetření spokojenosti klientů s průběhem a efekty distanční formy trénování paměti.
- 10) Shrnutí výsledků a návrh doporučení pro CTP ve věci distanční formy kognitivní rehabilitace.

5.2 Schéma distančního modulu

Prototypem distančního modulu se rozumí soubor vybraných aktivit kognitivní rehabilitace (trénování paměti, odborná asistence a konzultace) aplikovaných ve **výukovém prostředí LMS** jako součást práce s klientem CTP prostřednictvím dálkového přístupu. Technologická dimenze distančního modulu byla zajištěna ze zdrojů VŠB-TUO, a to zpřístupněním LMS i ze zdrojů CTP, a to poskytnutím programu Happy Neuron, viz schéma Obr. 5.4.

Obr. 5.4 Schéma technického řešení distančního modulu



LMS Moodle je specifický nástroj online vzdělávání jak v akademické, tak v podnikové sféře. VŠB-TUO využívá LMS Moodle pro podporu výuky v kombinované i prezenční formě studia od roku 2012. Nicméně, nový rozměr účelnosti LMS Moodle ve výuce a komunikaci se projevil v rámci nařízené distanční formy výuky (v době pandemie) kdy vynikly nové funkcionality LMS včetně BigBlueButton (BBB). BBB je platforma pro online konferenční prostředí BigBlueButton a umožňuje obousměrnou aktivní komunikaci, přičemž komunikaci vždy řídí přednášející včetně pořizování záznamu probíhající relace.

V rámci řešení tvorby a testování distanční formy kognitivní rehabilitace byl vytvořen v LMS Moodle speciální kurz **Distanční modul kognitivní rehabilitace a kreativní terapie** (viz Obr. 5.5) obsahující:

- aplikaci Happy Neuron;
- manuály k ovládnání aplikace Happy Neuron a komunikace v reálném čase v BigBlueButton (BBB);
- výstupní dotazníkové šetření zapojených klientů.

Klientům, lektorům CTP a externím členům řešitelského týmu **byl vytvořen účet** v systému LMS Moodle VŠB-TUO pro potřeby vstupu do kurzu. Externí členové řešitelského týmu byli seznámeni s funkcionalitami LMS a lektori CTP byli odborně proškoleni a v průběhu testování jim byla poskytována technická podpora. **Klienti byli seznámeni** s LMS prostřednictvím proškolených lektorů. Všichni účastníci kurzu měli k dispozici po celou dobu kurzu manuál s pokyny pro přihlášení do interního systému LMS VŠB-TUO. Níže uvedené obrázky (prt sc obrazovky) zobrazují prostředí LMS fiktivního klienta v době testování distanční formy kognitivní rehabilitace.

Obr. 5.5 Ukázka prostředí kurzu distančního modulu v LMS – fiktivní uživatel

The screenshot shows the LMS interface for a student named David Bochenek. The course title is 'Kurz: Distanční modul kognitivní rehabilitace a kreativní terapie'. Under the 'Úvod' (Introduction) section, there are four items:

- Soubor: Aplikace HAPPY neuron**: Soubor s aplikací si stáhněte na plochu a spusťte. Na ploše nyní naleznete rozbalený soubor **HAPPY neuron.RDP**.
- Soubor: Manuál pro aplikaci HAPPY neuron**
- Soubor: Manuál pro video chat BiGBlueButton**
- TEST: VÝSTUPNÍ DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ**: Dobrý den, obracíme se na Vás s prosbou o vyplnění dotazníku, který byl vytvořen za účelem vyhodnocení distančního trénování paměti. Dotazník je anonymní. Děkujeme Vám předem za jeho vyplnění.

Obr. 5.6 Ukázka prostředí Video chatu v BBB

The screenshot shows the BBB Video chat interface. The main window displays the 'Připojení k relaci' (Join Meeting) dialog box with the 'Připojení k relaci' button highlighted. Below it, the 'Jak chcete připojit zvuk?' dialog box is shown, with the 'Mikrofon' (Microphone) option selected and highlighted by a red box. The background shows the video chat interface with a 'Video chat' title and a 'Připojení k relaci' button.

10. Budete vyzváni k povolení používání mikrofonu. Klikněte na tlačítko **Povolit**. Pokud nechcete mikrofon povolovat při každém Video Chatu, můžete zatrhnout

5.3 Očekávání zapojených klientů před vstupem do DMKR

Očekávání a názory klientů **před vstupem do DMKR** byly zjišťovány pomocí dotazníku. Dotazník byl koncipován tak, aby vedle základní charakteristiky typu respondentů poskytl zpětnou vazbu od klientů před vstupem do DMKR (viz kap. 7.1). K východiskovým informacím patřily ty, které vypovídaly o zkušenosti klientů s programem Happy Neuron a očekávání klientů vůči trénování paměti v online prostředí, tj. identifikace případných obav, vnímání výhod a nevýhod trénování paměti v on-line prostředí a další.

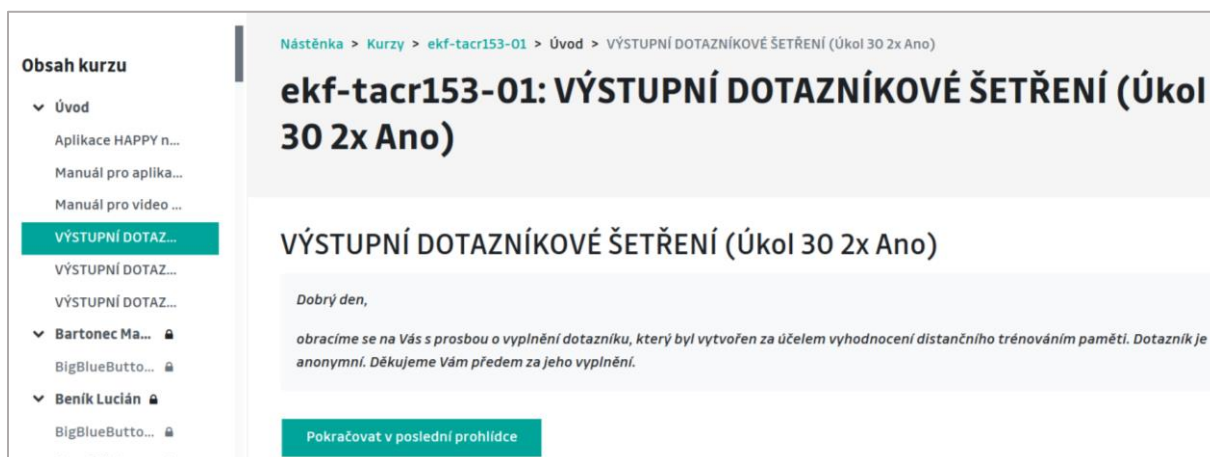
Analýza odpovědí ukázala, že:

- **zkušenosti s programem Happy Neuron** mělo téměř 8 z 10 zapojených klientů;
- při dotazu na formulaci očekávání z **trénování paměti v online prostředí** klienti uváděli nejčastěji zlepšení paměti, možnost trénovat dle svých potřeb (místo, čas, délka tréningu) a zlepšení soustředěnosti. Dále pak více samostatnosti, zpomalený postup nemoci a celkové zlepšení, zlepšení kognitivních a smyslových funkcí;
- každý druhý zapojený klient viděl výhodu v tom, že **bude trénovat svým tempem**, v čase, kdy sám chce a jak dlouho chce, a v neposlední řadě, že se naučí něco nového. Je tedy zřejmé, že okolnosti, které souvisí s faktorem času a tempa jsou vnímány jako nejdůležitější. Třetina klientů dále uvádí jako výhodu přizpůsobení trénování svému aktuálnímu zdravotnímu stavu a také to, že trénuje ve svém domácím prostředí. Dále klienti uvádí jako výhodu rovněž minimalizaci nákladů spojených s dopravou, což je rovněž významný argument pro distanční formu služby;
- **obavy z trénování paměti distanční formou** vyjádřilo minimum klientů (3). Ze slovních komentářů vyplývá, že klienti mohou vnímat negativně fakt, že trénováním v domácím prostředí mohou přijít o možnost sociálního kontaktu, který je pro ně důležitý.

5.4 Zpětná vazba od zapojených klientů

Dotazníkové šetření bylo realizováno **po ukončení testování DMKR** s cílem zmapovat názory a zkušenost zapojených 39 klientů s trénováním paměti v online prostředí (viz Obr. 5.7 a 5.8).

Obr. 5.7 Ukázka z prostředí Moodle LMS – výstupní dotazník – součást kurzu



Obr. 5.8 Ukázka z programu Moodle LMS – otázky dotazníku – úkoly



K tomuto účelu byl vytvořen výstupní dotazník umístěný v prostředí LMS a klienti vyplňovali tento dotazník online. Dotazníky byly vyplňovány anonymně. Ve smyslu výše uvedeného cíle dotazování byly otázky zaměřeny na:

- oblasti trénování paměti – důležitost z pohledu klientů;
- ovládání programu – srozumitelnost pokynů;
- srozumitelnost distančního prostředí a očekávání klientů;
- výhody a nevýhody distančního trénování paměti;
- preferovanou formu trénování paměti.

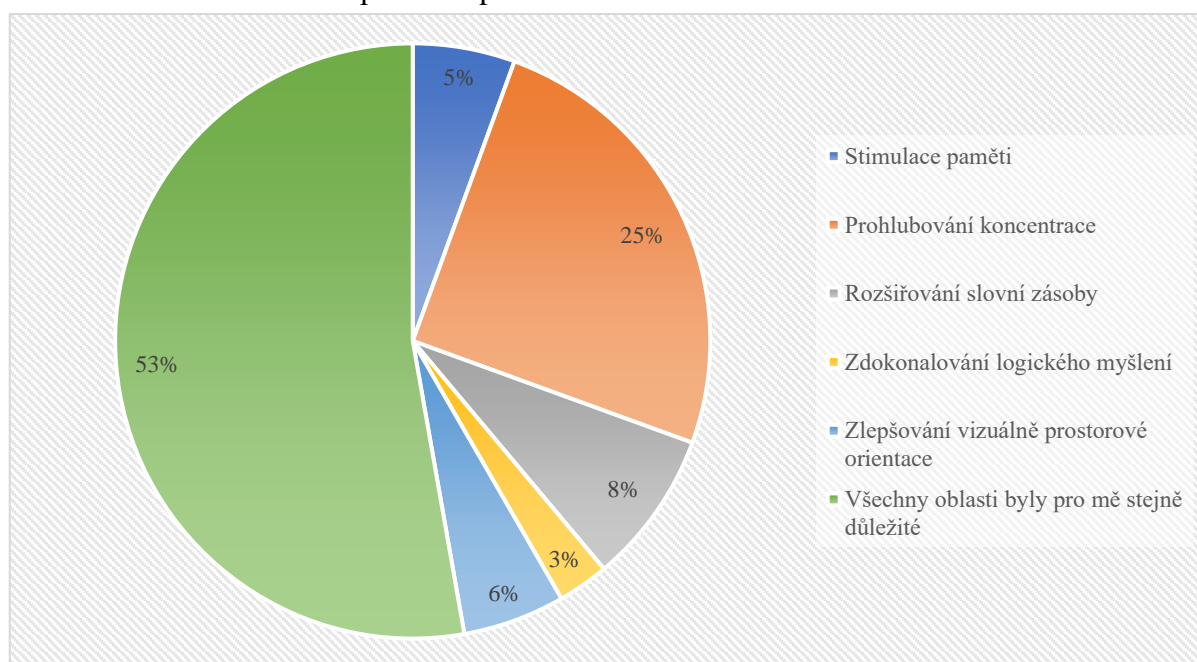
5.4.1 Oblasti trénování paměti – důležitost z pohledu klientů

Trénování paměti probíhalo v prostředí programu Happy Neuron, který se zaměřuje na posílení kompetencí v pěti oblastech: stimulace paměti, prohlubování koncentrace, rozšiřování slovní zásoby, zdokonalování logického myšlení a zlepšování vizuálně prostorové orientace.

Všichni klienti trénovali ve všech pěti oblastech, úroveň zpracování jednotlivých cvičení si nastavovali dle vlastní kondice.

Při dotazování na označení nejdůležitější oblasti pro trénování paměti (Obr. 5.7) polovina klientů uvedla, že pro ně bylo stejně důležitých všech pět oblastí. Pokud volili pouze některou z pěti oblastí, nejčastěji uváděli prohlubování koncentrace (25 %). Preference ostatních oblastí z hlediska důležitosti byly uváděny pouze jednotlivci (1-3 osoby).

Obr. 5.7 Oblasti trénování paměti – preference klientů



Komentáře respondentů k preferenci některé z pěti oblastí:

Stimulace paměti, protože „Jsem měla velké potíže se soustředěním. Již je to lepší., Mám pocit, že pořád něco zapomínám.“ Prohlubování koncentrace, protože „Mám ji nejraději. Potřebuji zlepšit krátkodobou paměť. Nesoustředím se a odbíhám myšlenkami neustále jinam. Chci zpátky získat řidičské oprávnění., Myslím najednou na 1000 věcí., Za chvíli hned všechno zapomenu., Se mi pletou písmena., Se špatně soustředím. Mi dělá největší problémy.“ Rozšiřování slovní zásoby, protože „Si nemohu vybavit slova, která mám na jazyku., Už zapomínám slova, která často nepoužívám., Už zapomínám slovíčka, které často nepoužívám.“ Zdokonalování logického myšlení, protože „Mi jde nejméně.“ Zlepšování vizuálně prostorové orientace, protože „Nemám představivost a potřebuji často s cvičeními pomoci. Mám špatnou orientaci v prostoru.“

Z tohoto pohledu je možné konstatovat, že větší část klientů vnímá pro rozvoj paměťových schopností jako důležité trénování všech pěti uvedených oblastí paměti a současně jim program Happy Neuron tento požadavek komplexně zabezpečuje. Čtvrtina klientů (devět osob) akcentuje prohlubování koncentrace, zajímavostí je, že se jedná o klienty bez rozdílu převažujícího diagnostického okruhu onemocnění (zastoupeny jsou všechny tři kategorie).

Tuto informaci doplňuje uvedení důvodů, proč klienti danou oblast preferují.

Při dotazování na nejméně důležitou oblast shodně naprostá většina, tj. 92 % uvedla, že nebylo nejméně důležité oblasti. Dvě osoby označily takto oblast zdokonalování logického myšlení a jedna osoba zlepšování vizuálně prostorové orientace. Důvody jsou opět uvedeny pod grafem.

5.4.2 Ovládání programu – srozumitelnost pokynů

Pro správné plnění úkolů v prostředí Happy Neuron předchází každému spuštění jeho plnění instrukce s ukázkou úkolu i návodem, jak jej vyplňovat. Tato instrukce je pro úspěšnost zvládnutí úkolu klíčová, a proto jsme zjišťovali, zda byly tyto vstupní instrukce srozumitelné (ano/ne + možnost komentářů).

Žádný z klientů neuvedl, že pro něj nebyly vstupní informace srozumitelné, nicméně každý pátý uvedl, že instrukce pro něj byly srozumitelné pouze jak kdy. Tento poznatek je třeba považovat za významný. Pokud jsou vstupní informace pro některé klienty ne zcela srozumitelné, pravděpodobně to může ovlivnit efektivitu plnění úkolů.

Z tohoto pohledu nemusí být online nástroj trénování paměti vhodný pro každého, popř. by bylo dobré trénování provádět v těchto případech přímo v Centru trénování paměti za přítomnosti obsluhujícího personálu, který informace doplní. Osobní komentáře, které graficky i slovně vyhodnocují výsledky zpracování úkolů, byly srozumitelné pro všechny klienty.

5.4.3 Srozumitelnost distančního prostředí a očekávání klientů

Při hodnocení celkové srozumitelnosti distančního prostředí žádný z klientů neuvedl negativní hodnocení. Všichni klienti naopak hodnotí srozumitelnost jako dobrou, polovina z nich dokonce jako velmi dobrou. To je velmi důležitá informace, neboť vyhodnocuje nástroj pro trénování paměti online uživatelsky dobře srozumitelný, a tudíž vhodný pro využívání bez podpory odborného personálu.

Při dotazu na naplnění míry očekávání nikdo z dotazovaných neuvedl, že by se jeho očekávání nenaplnila vůbec. Tři čtvrtiny vyjádřili naplnění zcela, je zde i čtvrtina klientů, kteří uvádějí naplnění částečné.

Komentáře respondentů k důvodům nenaplnění míry očekávání:

„Raději trénuji osobně přímo v centru., Mám špatné připojení k internetu a starý notebook., Mi více vyhovuje prezenční forma., Preferuji osobní návštěvy centra. Doma se sám k tréninku nedonutím., Ráda trénuji osobně s lektorem CTP., Jsem raději docházel osobně a mohl tak být zároveň v kontaktu s klíčovým pracovníkem., Preferuji prezenční formu. Raději docházím osobně., V tom nespatřuji žádný přínos oproti prezenční formě.“

Z uvedeného vyplývá, že nejčastěji vidí klienti **důvod nenaplnění očekávání v absenci osobního kontaktu**. Tuto skutečnost by ale měli očekávat, neboť vychází z principu online testování v domácím prostředí. Proto je třeba tyto formulace chápat spíše jako formulaci nevýhod, neboť klienti porovnávali to, jak jim online forma vyhovuje v porovnání s formou prezenční. V jednom případě uvádí klient jako důvod nenaplnění očekávání **potíže technického rázu** (připojení k internetu, starý notebook).

Otázku na formulaci očekávání jsme pokládali i klientům před zapojením do online testování, tj. v rámci vstupního dotazníkového šetření. Zde klienti uváděli nejčastěji zlepšení paměti, možnost trénovat dle svých potřeb (místo, čas, délka tréninku) a zlepšení soustředěnosti. Dále pak více samostatnosti, zpomalený postup nemoci a celkové zlepšení, zlepšení kognitivních a smyslových funkcí. Lze tedy konstatovat, že minimálně u 75 % dotazovaných tato očekávání naplněna byla.

S dotazem na očekávání koresponduje i dotaz směřující **k určení obav z trénování paměti online**. I zde zpětně čtvrtina dotazovaných uvedla, že před započítáním trénování vnímala nějaké obavy. To je celkem devět osob. Pro srovnání, obavy před zahájením testování takto vyjádřily tři osoby. Může to tedy znamenat, že někteří klienti, byť obavy pocítovali, je nechtěli formulovat. Nicméně, většina vyslovených obav souvisela s technickou zdatností a zvládnutím obsluhy PC. V navazujícím dotazu na to, zda se potvrdily tyto obavy jako oprávněné, šest osob (což je 16 % z celkového počtu dotazovaných) z 9 uvedlo, že „ano“. U třech osob se obavy nepotvrdily.

5.4.4 Výhody a nevýhody distančního trénování paměti

S dotazem na očekávání koresponduje i dotaz směřující k určení výhod trénování paměti v online prostředí. Nejčastěji uváděnou výhodou, kterou označil každý druhý, je fakt, že

trénoval svým tempem, dále že trénování mohlo být přizpůsobeno aktuálně současnému zdravotnímu a psychickému stavu (44 %) a že se klient naučil něco nového (42 %). Více jak třetina klientů také uvádí jako výhodu to, že trénovali, kdy a jak dlouho chtěli, pětina uváděla jako výhodu trénování ve svém domácím prostředí a také minimalizaci nákladů s dopravou. Žádné výhody v trénování online nespátřují tři osoby.

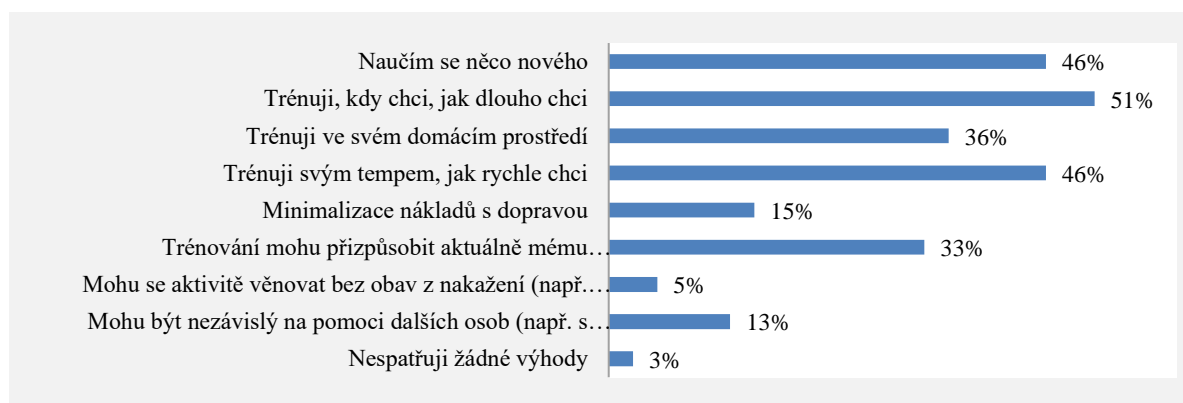
Obdobný dotaz jsme formulovali i v rámci vstupního dotazníkového šetření. Zde je vidět mírný posun. Před zahájením trénování paměti online klienti vnímali jako výhodu nejvíce to, že mohou trénovat kdy a jak dlouho chtějí. To, že **trénování může být přizpůsobeno aktuálně současnému zdravotnímu a psychickému stavu**, uváděla jako výhodu pouze třetina dotazovaných klientů. Žádné výhody v trénování online nespátřovala pouze jedna osoba.

Porovnání odpovědí klientů po a před testováním DMKR ilustrují grafy na Obr. 5.8 a 5.9.

Obr. 5.8 Výhody distančního trénování paměti po ukončení testování



Obr. 5.9 Výhody distančního trénování před zahájením testování



Naopak nevýhody trénování paměti v online prostředí formuluje osm osob, tj. 22 % klientů.

Komentáře respondentů k nevýhodám:

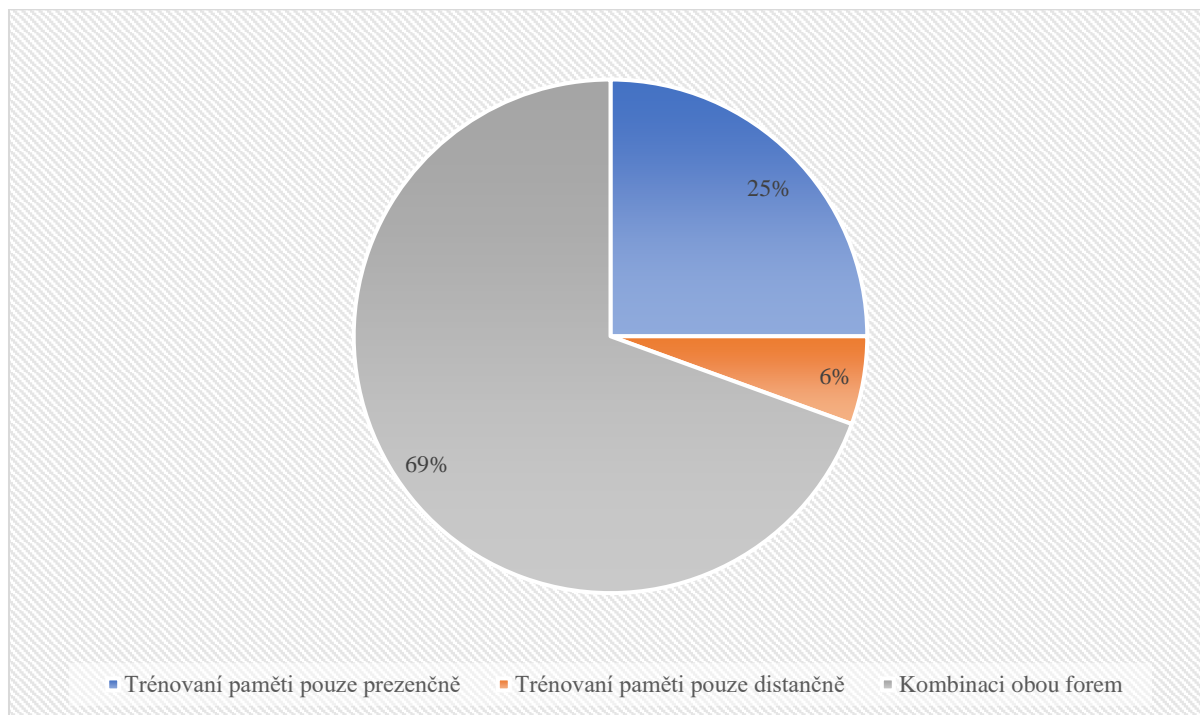
Konkrétně formulace nevýhod – výstupní šetření “Viz předchozí odpověď o špatném internetovém připojení. Když se mi něco pokazilo, tak bylo mnohem složitější to řešit než při osobním docházení. Krkolomnější komunikace než při prezenční formě. Orientace v programu. Absence sociálního kontaktu. Složitě ovládání. Technického rázu. Omezení sociálních kontaktů.”

Na rozdíl od formulací ze vstupního šetření, kde jako nevýhody klienti **uváděli absenci kontaktu, po absolvování online testování klienti spatřují nevýhody spíše technického charakteru** jako je složitější řešení problémů (v porovnání s prezenční formou), složitější ovládání, připojení k internetu atp.

Klientům byl rovněž položen dotaz, **zda je dostupnost prostředí motivovala k intenzivnějšímu tréninku**. Zde jsou odpovědi téměř vyrovnané, neboť u poloviny je dostupnost motivačním faktorem a u druhé poloviny nikoli. Je minimálně překvapivé, že přestože klienti vnímají výhody online trénování jako vlastní tempo, trénování kdykoliv chtějí, trénování z domácího prostředí, není to zdaleka pro všechny motivace k zintenzivnění tréninku. Důvody, proč tomu tak není, je třeba hledat v rámci individuálních rozhovorů.

5.4.5 Preferovaná forma trénování paměti

V závěru dotazníkového šetření byli respondenti dotazováni, kterou ze dvou uvedených forem trénování paměti (prezenční, distanční), popř. jejich kombinaci, upřednostňují. Zde jednoznačně vyplynulo, že více jak **dvě třetiny klientů preferují kombinaci obou forem** a pokud už volí jednu formu, upřednostňují trénování paměti pouze prezenčně (25 %). Z tohoto pohledu lze hodnotit model zakomponování testování paměti distanční formy služeb za úspěšný a klienty kladně hodnocený.

Obrázek 5.10 Preferovaná forma trénování paměti

5.4.6 Klíčové shrnutí zpětné vazby

Výstupní dotazníkové šetření zaznamenalo originální zkušenosti a hodnocení 39 klientů CTP vyplývající z jejich šestiměsíčního zapojení do distanční formy kognitivní rehabilitace. Jednalo se o klienty CTP mající předchozí zkušenosti z kognitivní rehabilitace v prezenční formě.

V LMS Moodle probíhalo asistované trénování paměti v prostředí programu Happy Neuron, který se zaměřuje na posílení kompetencí v pěti oblastech:

- **stimulace paměti, prohlubování koncentrace, rozšiřování slovní zásoby, zdokonalování logického myšlení a zlepšování vizuálně prostorové orientace.**

Všichni klienti trénovali ve všech pěti oblastech, úroveň zpracování jednotlivých cvičení si nastavovali dle vlastní kondice. Pokud klient volil pouze některou z pěti oblastí, nejčastěji se jednalo o prohlubování koncentrace.

Sedm nejdůležitějších poznatků ze zpětné vazby:

- 1) klienti uvádí, že **Happy Neuron je komplexní a uživatelsky srozumitelný nástroj** pro trénování paměti umožňující zlepšování paměťových schopností;
- 2) **distanční prostředí LMS Moodle nepředstavovalo pro klienty s kognitivním deficitem překážku k používání programu Happy Neuron;**
- 3) **pro malou část klientů je distanční trénování technicky nekomfortní** a jejich počáteční obavy s distančním trénováním byly z jejich pohledu oprávněné;
- 4) hlavní **výhody** distanční formy kognitivní rehabilitace klienti spatřují v možnosti **trénovat svým tempem A přizpůsobit trénování aktuálnímu současnému zdravotnímu a psychickému stavu**. K výhodám pro menší část klientů patřily ušetřené výdaje za dopravu do CTP a získané nové zkušenosti;
- 5) méně než 10 % klientů nevidí žádné výhody, popřípadě vymezuje pouze nevýhody jako je **absence přímého kontaktu a technické bariéry;**
- 6) rozšířená dostupnost trénování paměti o distanční formu motivovala **k intenzivnějšímu tréningu 50 % klientů;**
- 7) **téměř 70 % klientů by si zvolilo kombinovanou formu trénování paměti** čili kombinaci prezenční a distanční formy.

6 KOMUNIKACE S KLIENTEM: DOTAZNÍKY

Efektivní a účelná komunikace se zapojenými klienty byla výchozím požadavkem pro naplnění cílů DMKR. Pro tyto účely byly multidisciplinárním týmem ve spolupráci s lektory CTP vypracovány, jak již bylo zmíněno výše, originální vstupní a výstupní dotazníky. Zvolené pojetí dotazníků lze považovat za originální dílčí výstupy mající praktický potenciál v rámci CTP, respektive jiných poskytovatelů služeb kognitivní rehabilitace.

6.1 Vstupní dotazník

Vstupní dotazník před zahájením testování distančního modulu kognitivní rehabilitace obsahuje 27 otázek (uzavřené, polouzavřené a otevřené).

Níže uvedená struktura dotazníku obsahuje jak standardní otázky pro rámcovou identifikaci respondentů (pohlaví, věk, vzdělání), tak účelově zaměřené otázky zpětné vazby, které sledují ekonomickou a rodinnou situaci respondenta i dostupnost (dopravní) služeb prezenční formy kognitivní rehabilitace.

Z hlediska potřeb kognitivní rehabilitace je nezbytné sledovat charakter a příčinu kognitivního deficitu respondenta včetně subjektivního vnímání potíží respondenta a jejich míry. Z hlediska potřeb distanční formy kognitivní rehabilitace je důležité monitorovat subjektivní ohodnocení respondentů vlastních kompetencí v oblasti ovládání IT technologií, orientace v online prostředí včetně jejich obav spojených se samostatným ovládním programu Happy Neuron.

1. Pohlaví:

žena

muž

2. Věk:

3. Nejvyšší dosažené vzdělání:

bez vzdělání

základní

středoškolské

vysokoškolské

4. Uveďte prosím Vaše zaměstnání, tj. pracovní pozice vykonávané v posledních 2 letech. Uveďte také, pokud jste byl/a v evidenci Úřadu práce ČR, v invalidním důchodu, působil/a jako OSVČ atp.

.....
.....
.....
.....

5. **Rodinné zázemí:**

- žiji sám/sama
- žiji s další osobou/dalšími osobami (např. manžel/manželka, druh/družka, dítě/děti)
- žiji v ústavním zařízení

6. **Převažující diagnostický okruh onemocnění / kognitivní deficit na podkladě:**

- traumatické poškození mozku (úder do hlavy, autonehoda, pád apod.)
- neurologické onemocnění, vč. neurodegenerativních (demence, cévní mozková příhoda, krvácení apod.)
- duševní onemocnění (schizofrenie, porucha osobnosti, afektivní porucha apod.)

7. **Subjektivní příznaky onemocnění za poslední 3 měsíce (zakroužkujte prosím příslušnou hodnotu):**

0 – zcela chybí, 1- nejnižší intenzita, 5- nejvyšší intenzita

- poruchy paměti
0-1-2-3-4-5
- poruchy pozornosti
0-1-2-3-4-5
- verbální poruchy (zhoršení výbavnosti slov, nepochopení řečeného atd.)
0-1-2-3-4-5
- poruchy orientace (bloudění ve známém prostředí, časová zmatenost atd.)
0-1-2-3-4-5
- somatické příznaky (únava, bolesti, třes, poruchy zažívání, poruchy spánku atd.)
0-1-2-3-4-5
- pocity úzkosti (neurčité obavy, stísněný pocit na hrudi, v žaludku, pocení, třes, bušení srdce, chvění, zvýšená přecitlivělost atd.)
0-1-2-3-4-5

- deprese (skleslost, ztráta energie, snadná unavitelnost, pocity smutku, a prázdnoty atd.) či manický syndrom (hyperaktivita, nepřiměřeně zvýšené sebehodnocení atd.)

0-1-2-3-4-5

- poruchy myšlení (bludy)

0-1-2-3-4-5

- poruchy vnímání (sluchové, zrakové a další halucinace)

0-1-2-3-4-5

- narušené soc. kontakty (uzavřenost, problémy v soc. kontaktu a mezilidských vztazích, tendence k izolaci atd.)

0-1-2-3-4-5

- jiné:.....

.....

0-1-2-3-4-5

8. Uveďte prosím, zda jste:

- klientem Centra trénování paměti (CTP)
- externím klientem (*pokud jste uvedl/a, že jste externím klientem, pokračujte prosím na otázku č. 17*)

9. Jak jste se o CTP dozvěděl/a?

- od mého lékaře/odborníka
- od mých blízkých/známých
- ze sdělovacích prostředků
- z internetu/sociálních sítí
- od někoho, kdo sem už dochází/el
- jinak (uveďte):
.....
.....

10. Měl/a jste zkušenost s kognitivní rehabilitací před započítím spolupráce s CTP?

- ano – kde jste tuto zkušenost získal/a.....
.....
- ne

11. Jak dlouho spolupracujete s CTP?

- méně jak 1 rok
- 1-3 roky
- 3-5 let
- více jak 5 let

12. Jak často obvykle navštěvujete CTP?

- pravidelně alespoň 1x týdně
- pravidelně alespoň 1x měsíčně
- pravidelně, ale méně často jak 1x měsíčně
- nepravidelně, napište prosím jak často.....

13. Jak dlouho obvykle trvá Váš kognitivní trénink v CTP?

- méně jak 1 hod.
- 1-3 hodiny
- více jak 3 hodiny

14. Jakým způsobem se nejčastěji přepravujete do CTP? Můžete vybrat i více možností.

- pěšky
- na kole
- městskou hromadnou dopravou
- vlakem
- autem, motocyklem
- organizovanou dopravou (senior taxi, skupinové svozy pro zdravotně postižené apod.)
- jinak – jak.....

15. Jak dlouhou dobu Vám přeprava z domova do CTP v průměru zabere?

- do 30 minut
- do 1 hodiny
- 1-2 hodiny
- více jak 2 hodiny

16. **Přpravujete se do CTP samostatně?**

- vždy samostatně
- jak kdy
- vždy s doprovodem další osoby (např. člena rodiny apod.)

17. **Ohodnoťte Vaše dovednosti v oblasti práce na PC:**

- neumím pracovat na PC
- jsem začátečník
- jsem běžný uživatel (umím pracovat s internetem, e-mail, prohlížeč)
- jsem pokročilý uživatel (umím pracovat v programu Word, Excel, PowerPoint apod.)
- jsem expertní uživatel (např. umím spravovat webové stránky, zpracovat střih videa, programovat, vystavovat videa na YouTube apod.)

18. **Jak často se pohybujete v online prostředí (např. na internetu, vyřizováním e-mailů, na sociálních sítích atd.)?**

- denně
- několikrát do týdne
- několikrát do měsíce
- méně často

19. **Máte již nějaké zkušenosti s plněním úkolů v online prostředí?**

- ano - napište prosím konkrétně, o co se jednalo.....
.....
.....
- ne

20. **Bylo Vám srozumitelně vysvětleno, jak bude trénování v online prostředí probíhat?**

- ano
- ne

21. **Máte již nějaké zkušenosti s programem Happy Neuron?**

- ano
- ne (pokud jste uvedl/a, že ne, pokračujte prosím na otázku č. 23)

22. **Pokud zkušenost s programem Happy Neuron máte, dokážete v něm pracovat samostatně?**

- ano, vždy
- jak kdy, někdy potřebuji pomoc lektora
- vždy s pomocí lektora

23. Co očekáváte od trénování paměti v online prostředí?

.....
.....
.....
.....

24. Jaké jsou podle Vás výhody trénování paměti v online prostředí? Můžete vybrat více možností.

- naučím se něco nového
- trénuji, kdy chci, jak dlouho chci
- trénuji ve svém domácím prostředí
- trénuji svým tempem, jak rychle chci
- minimalizace nákladů s dopravou
- trénování mohu přizpůsobit aktuálně mému současnému zdravotnímu a psychickému stavu
- mohu se aktivitě věnovat bez obav z nakažení (např. koronavirem při setkávání se s lidmi)
- mohu být nezávislý na pomoci dalších osob (např. s dopravou apod.)
- jiné –
jaké.....
.....
- nespatřuji žádné výhody

25. Napadají Vás naopak nějaké možné nevýhody trénování paměti v online prostředí?

.....
.....

Máte nějaké obavy z trénování paměti v online prostředí?

- ano,
jaké.....
.....
- ne

26. **Datum vyplnění dotazníku.....**

6.2 Výstupní dotazník

Výstupní dotazník po ukončení testování distančního modulu kognitivní rehabilitace obsahuje 28 otázek (uzavřené, polouzavřené a otevřené).

Výstupní dotazník obsahuje otázky, které sledují zejména přínos distanční formy kognitivní rehabilitace pro respondenty. Hodnocení respondentů sleduje také jejich preference ohledně formy (prezenční/distanční) kognitivní rehabilitace. Pro potřeby projektu byly do výstupního dotazníku zahrnuty otázky, které sledují ekonomické překážky a perspektivy na straně respondentů, které mohou determinovat častější (intenzivnější) či trvalé (kontinuální) využívání služeb kognitivní rehabilitace.

1. Pohlaví

- Žena
- Muž

2. Věk.....

3. Převažující diagnostický okruh onemocnění:

- traumatické poškození mozku (úder do hlavy, autonehoda, pád apod.);
- neurologické onemocnění, vč. neurodegenerativních (demence, cévní mozková příhoda, krvácení apod.);
- duševní onemocnění (schizofrenie, porucha osobnosti, afektivní porucha apod.).

4. Datum vyplnění dotazníku:.....

5. Bylo pro Vás trénování některé z pěti oblastí nejdůležitější a proč?

- Stimulace paměti, protože.....
- Prohlubování koncentrace, protože.....
- Rozšiřování slovní zásoby, protože.....
- Zdokonalování logického myšlení, protože.....
- Zlepšování vizuálně prostorové orientace, protože.....
- Všechny oblasti byly pro mě stejně důležité

6. Bylo pro Vás trénování některé z pěti oblastí nejméně důležité a proč?

- Stimulace paměti, protože.....
- Prohlubování koncentrace, protože.....
- Rozšiřování slovní zásoby, protože.....

- Zdokonalování logického myšlení, protože.....
 - Zlepšování vizuálně prostorové orientace, protože.....
 - Žádná oblast nebyla nejméně důležitá
7. **Byly pro Vás vstupní instrukce k plnění cvičení v rámci distančního způsobu trénování paměti srozumitelné?**
- Ano
 - Jak kdy
 - Ne
8. **Byly pro Vás osobní komentáře, tj. hodnocení Vašich výsledků v distanční formě trénování paměti dostatečně srozumitelné?**
- Ano
 - Ne, uveďte prosím proč.....
9. **Jak celkově hodnotíte srozumitelnost cvičení v distančním prostředí?**
- Velmi dobrá
 - Dobrá
 - Špatná, protože.....
 - Velmi špatná, protože.....
10. **Do jaké míry naplnilo distanční trénování paměti Vaše očekávání?**
- Naplnilo zcela
 - Naplnilo částečně, protože.....
 - Nenaplnilo vůbec, protože.....
11. **Měl/a jste před započítáním trénování paměti v distančním prostředí nějaké obavy? Pokud ano, jaké?**
- Ano,.....
 - Ne (pokud jste odpověděl/a „ne“, pokračujte na otázku č. 13)
12. **Potvrdily se tyto Vaše obavy jako oprávněné?**
- Ano
 - Ne
13. **Jaké výhody pro Vás mělo trénování paměti v distančním prostředí? Můžete vybrat více možností.**

- Naučil/a jsem se něco nového
- Trénoval/a jsem kdy chci, jak dlouho chci
- Trénoval/a jsem ve svém domácím prostředí
- Trénoval/a jsem svým tempem, jak rychle chci
- Minimalizovalo to náklady s dopravou
- Trénování jsem mohl/a přizpůsobit aktuálně mému současnému zdravotnímu a psychickému stavu
- Mohl/a jsem se aktivitě věnovat bez obav z nakažení (např. Coronavirem při setkávání se s lidmi)
- Byl/a jsem nezávislý na pomoci dalších osob (např. s dopravou apod.)
- Jiné – uveďte jaké.....
- Nespatřuji žádné výhody

14. Mělo pro Vás naopak trénování paměti v distančním prostředí nějaké nevýhody? Uveďte prosím konkrétně jaké.

- Ano,
- Ne

15. Motivovala Vás dostupnost trénování paměti v distančním prostředí k intenzivnějšímu (častějšímu) tréninku?

- Ano
- Ne

16. Který ze způsobů trénování paměti s ohledem na Vaši minulou i současnou zkušenost v budoucnu upřednostňujete?

- Trénování paměti pouze prezenčně
- Trénování paměti pouze distančně
- Kombinaci obou forem

17. Vyhovuje Vám rozsah poskytovaných aktivit a služeb CTP?

- Ano (pokud jste odpověděl/a „ano“, pokračujte na otázku č....)
- Ne

18. Pokud jste odpověděl/a v předchozí otázce "ne", můžete uvést, jaké jsou Vaše konkrétní požadavky/potřeby?

.....

19. **Podílíte se finančně na úhradě aktivit CTP? Pokud ano, uveďte prosím částku.**
- Ano, ve výšiKč/měsíčně. (Pokračujte prosím na otázku č. 21)
 - Ne
20. **Pokud jste v předchozí otázce odpověděl/a „ne“, byl/a byste ochoten/na se spolupodílet vlastní finanční spoluúčastí na úhradě aktivit CTP právě proto, aby Vám byl zachován stávající rozsah služeb CTP?**
- Ano
 - Ne
21. **Domníváte se, že by mohla být Vaše finanční spoluúčast překážkou pro další využívání služeb poskytovaných CTP?**
- Ano
 - Ne
22. **Pokud byste se musel/a podílet na financování aktivit CTP, jaká výše vlastní spoluúčasti za měsíc poskytovaných služeb by byla pro Vás akceptovatelná?**
- 250 - 500 Kč
 - 501 - 750 Kč
 - 751 - 1000 Kč
 - 1001 - 1250 Kč
 - Více jak 1250 Kč
23. **Jaký je dominantní zdroj Vašeho měsíčního příjmu? Vyberte prosím jednu možnost.**
- Příjem ze zaměstnání/brigády
 - Starobní důchod
 - Invalidní důchod
 - Podpora v nezaměstnanosti
 - Sociální dávky (státní sociální podpora, sociální pomoc)
 - Jiné příjmy, uveďte prosím jaké.....
24. **Chtěl/a byste využívat častěji služby CTP?**
- Ano
 - Ne

25. **Přivítal/a byste možnost Vašeho spolufinancování služeb CTP formou poskytnutí poukázek (voucherů) podpořených z veřejných zdrojů (např. z rozpočtu obce, města, kraje)?**
- Ano
 - Ne
26. **Která forma podpory z veřejných zdrojů (rozpočtu obce, města, kraje) by pro Vás byla nejzajímavější?**
- Poukázka na distančně poskytovanou službu CTP
 - Poukázka na prezenčně poskytovanou službu CTP
 - Poukázka na kombinovaně poskytovanou službu CTP
 - Nevyužil/a bych
27. **Na jaký typ (druh) Vašich výdajů spojených se službami CTP byste využili případný příspěvek z veřejných rozpočtů (rozpočtu obce, města, kraje)? Můžete vybrat více možností.**
- Na úhradu dopravy do CTP
 - Na nákup pomůcek pro trénování (knihy, plátno, barvy a štětce, kognitivní hry aj.)
 - Na částečnou úhradu technického vylepšení vybavení mého PC (např. kamera, mikrofon, sluchátka, bezdrátová myš aj.)
 - Jiné:.....
28. **Plánujete využívat služby CTP i v budoucnu?**
- Ano
 - Ne
 - Nevím

7 DOPORUČENÍ 2

V návaznosti na početně významné projevené preference klientů ve výstupním dotazníkovém šetření z DMKR se jeví kombinovaná forma jako perspektivní v praxi CTP.

Kombinovanou formou kognitivní rehabilitace se rozumí určitý mix (kombinace) prezenční a distanční formy. Kombinovaná forma (KF) může být poskytována v různých verzích (modelech), které by měly být vždy vyladěny dle specifických možností klientů. Finální nabídka jednotlivých modelů KF by měla být ze strany CTP ekonomicky i technicky vyřešená (připravená) a transparentní. Samotné modely KF lze rozlišovat podle míry zapojení distanční části do plánu kognitivní rehabilitace. Jako výchozí se jeví tři modely:

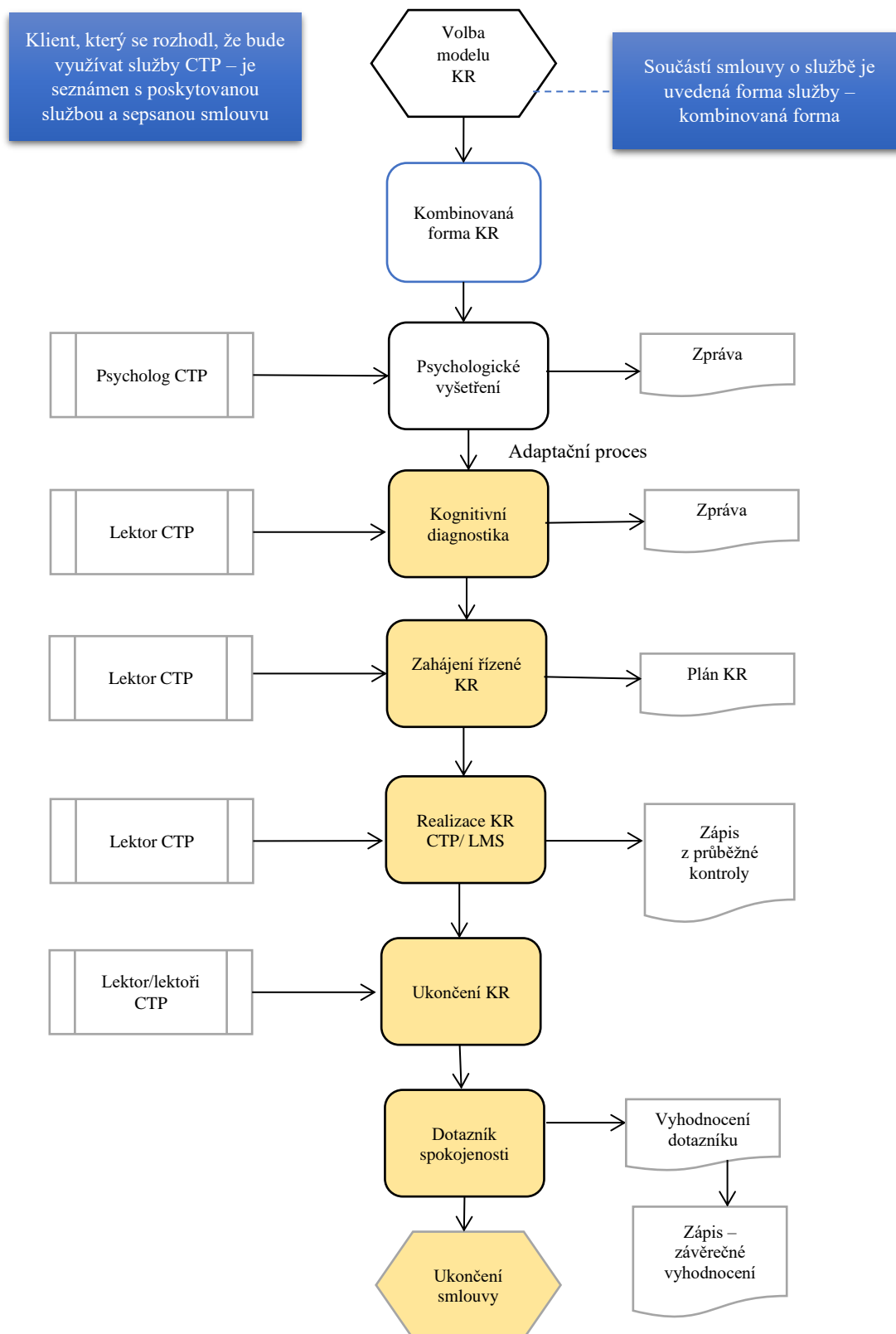
- **Model I.** – klient využívá distanční formu pouze pro potřeby zintenzivnění trénování paměti v programu Happy Neuron a těžiště kognitivní rehabilitace je v prezenční formě;
- **Model II.** – klient využívá distanční formu pro trénování paměti v programu Happy Neuron a v CTP absolvuje pouze konzultace s lektorem včetně hodnocení výsledků a také jiné formy kognitivní rehabilitace (kreativní terapie);
- **Model III.** – klient využívá distanční formu v určité míře ve všech formách kognitivní rehabilitace – trénování paměti i kreativní terapie.

Z hlediska procesního řízení nepředstavuje kombinovaná forma komplikaci, naopak umožňuje rozvíjet také distanční komunikaci s klientem nejen v rámci samotné KR, ale také při sjednávání podmínek služby, diagnostice i získání zpětné vazby od klientů.

V diagramu²¹ na Obr. 7.1 jsou vyznačeny žlutě činnosti, které lze realizovat distančně.

²¹ Diagram v plné verzi je vymezen a popsán v Metodice A.

Obr. 7.1. Diagram kombinované formy kognitivní rehabilitace



POUŽITÁ LITERATURA

HILDEBRANDT, Helmut. *A Clinical-Neuropsychological Introduction*. United Kingdom: London, 2019. 217 p. ISBN 978-0-12-816981-0.

KLUCKÁ, Jana a Pavla VOLFOVÁ. *Kognitivní trénink v praxi. 2. rozšířené vydání*. Praha: Grada Publishing, 2016. 176 s. ISBN 978-80-271-9300-4.

MALIA K., A. BRANNAGAN. *Jak provádět trénink kognitivních funkcí*. Cerebrum, 2010. 427 s. ISBN 978-80-904357-3-5.

VÁLKOVÁ, Lenka. *Rehabilitace kognitivních funkcí v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, 2015. 112 s. ISBN 978-80-247-5982-1.

VOSTRÝ, M., J. VETEŠKA a kol. *Kognitivní rehabilitace seniorů: psychosociální a edukační souvislosti*. Praha: Grada Publishing, 2021. 173 s. ISBN 978-80-271-2866-2.

PREISS, Marek a Jaro KŘIVOHLAVÝ. *Trénování paměti a poznávacích schopností*. Praha: Grada Publishing a.s., 2009. 208 s. ISBN 978-80-247-6893-9. Dostupné z: <https://1url.cz/...cGN>.

PŘIKRYLOVÁ KUČEROVÁ, Hana a Marek PREISS. *Cognitive Deficit in Mental and Neurological Disorders*. New York: Nova Publishers, 2012. 454 s. Psychology Research Progress. ISBN 978-1-60741-957-0.

ROYAL COLLEGE OF PHYSICIAN. Projects. Rclplondon.ac.uk [online]. [cit. 2023-05-12]. Dostupné z: <https://www.rcplondon.ac.uk/...ion>.

VRABKOVÁ, Iveta. *Perspektivy řízení kvality ve veřejné správě*. Ostrava: VŠB - Technická univerzita Ostrava, 2012. ISBN 978-80-248-2939-5.

Zákon č. 372 ze dne 6. listopadu 2011 o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2006, částka 131, s. 4734. Dostupné také z: https://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=372/2011&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy.

Zákon č. 108 ze dne 14. března 2006 o sociálních službách. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2006, částka 37, s. 1257-1289. Dostupné také z: https://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=108/2006&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy