

Univerzita Karlova v Praze 1. Lékařská fakulta

Klinika rehabilitačního lékařství
Albertov 7, 128 00 Praha 2

Ergoterapie

**VLIV DODRŽOVÁNÍ ZÁSAD I MIMO TERAPEUTICKOU
MÍSTNOST NA CELKOVÝ VÝVOJ TERAPIE**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Autor: Hana Růžková

Vedoucí práce: Bc. Zuzana Rodová

Praha

2008

Charles University 1st Faculty of Medicine

Department of rehabilitation medicine

Albertov 7, 128 00 Prag 2

Occupational therapy

**INFLUENCE OF KEEPING PRINCIPLES OUTSIDE
A THERAPY ROOM ON OVERALL DEVELOPMENT
OF THERAPY**

FINAL BACHELOR THESIS

Author: Hana Růžková

Supervisor: Bc. Zuzana Rodová

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci zpracovala samostatně a použila jen prameny uvedené v seznamu literatury. Souhlasím, aby práce byla uložena na Karlově univerzitě v Praze v knihovně Kliniky rehabilitačního lékařství a byla zpřístupněna ke studijním účelům.

V Praze dne 30.11. 2007

Hana Půviková.....

Poděkování

Děkuji Bc. Zuzaně Rodové, ergoterapeutce Kliniky rehabilitačního lékařství 1. LF UK, vedoucí mé bakalářské práce, za podnětné rady a věcné připomínky, které mi při zpracování této práce poskytla. Velký dík patří mojí mamince, která je mou velkou oporou.

SOUHRN

Téma „Vliv dodržování zásad i mimo terapeutickou místnost na celkový vývoj terapie“ není v literatuře čteně zastoupeno. V teoretické části jsem shromáždila potřebné informace z deseti okruhů, které mají k dané problematice úzký vztah. Jedná se o holistický přístup, naplánování terapie, vztah ergoterapeuta a klienta, komunikaci, motivaci, učení, rodinu, multidisciplinární tým a část, že cvičení na terapii nekončí.

Pro praktickou část jsem sestavila dotazník, který vyplnili klienti na několika rehabilitačních odděleních. Zaměřila jsem se na cílovou skupinu klientů s cévní mozkovou příhodou. Vyhodnocením výsledků jsem došla k závěru, že dodržování zásad i mimo terapeutickou místnost má nepostradatelný vliv na celkový vývoj terapie.

Na základě teoretických informací, odpovědí z dotazníků a mých zkušeností z dosavadních praxí jsem sestavila „Doporučení pro klienty k dodržování zásad z terapie“ – praktické rady, které mohou využívat všichni klienti bez ohledu na diagnózu. Ergoterapeut je může vytisknout a předat klientovi.

SUMMARY

The subject: „The influence of keeping the principles even outside the therapeutic room on the general progress of the therapy“ is not represented numerously in literature. In the theoretical part I compiled all the necessary informations from ten spheres that are closely attached to the problem. It confers to holistic admittance, planning the therapy, the relationship between the client and the ergotherapist, communication, motivation, learning, family, multidisciplinary team and the part about the exercising does not end by the therapy.

For the practical part I put together a checklist filled-out by clients from a number of rehabilitative departments. I focused on a final group of clients who suffered from cerebral apoplexy. By evaluation of the outcomes I came to a conclusion. Keeping the principles even outside the therapeutic room has a positive effect on the overall progress of the therapy.

On the basis of theoretical informations answers from the checklists, my experience and my work history I fitted together „recommendation how to keep the principles of the therapy“ – Practical advices can be used by all the clients non regarding to the diagnosis. Ergotherapist can print them out and offer to the clients.

Obsah

I. ÚVOD	9
II. TEORETICKÁ ČÁST	11
1. Holistický přístup	11
2. Naplánování terapie	12
3. Vztah mezi ergoterapeutem a klientem	13
4. Komunikace	13
4.1 Komunikace s klientem	13
4.2 Komunikace s rodinou	14
5. Motivace	15
5.1 Motivace a klient	15
5.2 Motivace a cíle	17
5.3 Motivace, cíle a práce	17
5.4 Motivace a únava	18
6. Paměť	18
6.1 Paměť a její rozdělení	18
6.2 Paměť v praxi	20
6.3 Bezděčná a záměrná paměť	21
6.4 Zapomínání	22
6.5 Motorická paměť	24
7. Učení	25
7.1 Paměť a učení	25
7.2 Učení a jeho druhy	25
7.3 Problémy učení v praxi	26
7.4 Učení a jeho opakování	26
7.5 Učení a únava	27
7.6 Senzomotorické učení	28
8. Rodina	31
8.1 Vztah rodiny ke klientovi	31
8.2 Rodina, klient a zdolání úkolů	32
9. Multidisciplinární tým	33

10. Cvičení na terapii nekončí	34
III. PRAKTICKÁ ČÁST	36
1. Úvod	36
2. Dotazník	36
2.1 Sestavení a vyplňování dotazníku	36
2.2 Vlastní dotazník	37
2.3 Rozebrání otázek dotazníku	41
2.4 Vyhodnocení dotazníků	42
3. Doporučení pro klienty k dodržování zásad z terapie	48
IV. DISKUZE	51
V. ZÁVĚR	53
VI. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	55
VII. PŘÍLOHA	56

I. ÚVOD

Téma své bakalářské práce jsem si vybrala z možností, které nám byly předloženy. Velice mne zaujalo, neboť obor ergoterapie zahrnuje celkový pohled na klienta. Z dosavadní praxe vím, že i každodenní práce s klientem zaujímá jen zlomek času v jeho životě. Vždyť klient svůj život žije hlavně mimo terapeutickou místnost a dodržování či nedodržování zásad přispívá nebo naopak nepřispívá k celkovému zlepšování zdravotního stavu. Každý, kdo po skončení terapie přestane usilovat o vše, s čím se pod odborným dohledem seznámil, sobě neprospěje. Myslím si, že v okamžiku, kdy si klient uvědomí nutnost spolupráce i po skončení terapie, nastává začátek různě dlouhé cesty, na jejímž konci může být zdoání cíle.

Vliv dodržování zásad i mimo terapeutickou místnost na celkový vývoj terapie má s ergoterapií velkou souvislost. Utváření správných návyků musíme kontrolovat nejenom při terapii, ale hlavně mimo ni. Na terapii klientovi s kontrolou pomáhá ergoterapeut a je potřebné, aby na ni klient nezapomněl ani po jejím skončení. K tomu musí mít dostatečnou motivaci a měl by vědět, jak má postupovat. Při této náročné činnosti je dobré, když má člověk podporu jiného člověka a není na vše sám.

V teoretické části bakalářské práce se zabývám holistickým přístupem, neboť klienta musíme vidět pohledem na celého člověka, tedy na jeho tělo, duši, emoce a prostředí, v němž žije. Do naplánování terapie musí ergoterapeut spolu s diagnostikou zahrnout i reálné zhodnocení současné situace stavu klienta a její sladění s jeho představami. Vztah mezi klientem a ergoterapeutem je dalším důležitým bodem při léčbě, neboť klient potřebuje pociťovat důvěru k metodám, které se používají k jeho léčení i k pracovníkům, kteří je provádějí. Komunikace mezi klientem a ergoterapeutem, klientem a rodinou i ergoterapeutem a rodinou klienta by měla být založena na vzájemné spolupráci. Motivace, vytvoření cílů, společně s pravidelnou prací mohou přinést ovoce, ale musíme dát pozor na únavu.

Kromě již zmíněných okruhů se v teoretické části zabývám pamětí a učením, které jsou velice důležité jak při vlastní terapii, tak i při dodržování zásad i mimo terapeutickou místnost. Vztah rodiny ke klientovi a naopak a celý multidisciplinární tým jsou další z řady důležitých součástí při pomoci klientovi k celkovému zlepšení ve vývoji terapie.

Pro praktickou část bakalářské práce jsem zvolila cílovou skupinu klientů s cévní mozkovou příhodou. Sestavila jsem dotazník, který mi klienti na několika rehabilitačních

odděleních vyplnili. Po jeho zpracování a vyhodnocení uvádím několik grafů. Také jsem sestavila seznam „Doporučení pro klienty k dodržování zásad z terapie“. Ten lze použít pro všechny klienty ergoterapie.

Cílem mé bakalářské práce je zjistit, jaký vztah mají klienti ke cvičení nejenom na vlastní terapii, ale i v jeho přenesení mimo terapeutickou místnost a jeho zařazení do každodenního života.

II. TEORETICKÁ ČÁST

1. Holistický přístup

„Holistická medicína je svým principem preventivní a léčebná medicína, která zdůrazňuje nutnost pohledu na celého člověka - více než na izolovanou funkci jeho orgánů jde o pohled na jeho tělo, duši, emoce a prostředí, v němž se člověk pohybuje. Vychází z principu holismu. Je to medicína, která prosazuje široký záběr léčebných praktik. Je to medicína, která zejména zdůrazňuje péči člověka „sama o sebe“ za podpory cvičení, správné výživy, adekvátního spánku, pobytu na zdravém vzduchu a zdrženlivosti ve zlozvycích.“ (www.wivacz.euweb.cz)

Základní informace o holistickém přístupu a uplatňování CCP (client center practice) ergoterapeuty jsem převzala z přednášky. (Chlumecká, 2005)

Holistický přístup a pohled klade důraz na jedinečnost klienta, respekt k jeho hodnotám, přáním a zvykům, které jsou dané kulturou a prostředím, ve kterém klient žije. Zdůrazňuje empatické naslouchání, partnerský přístup. Terapeut klienta nesoudí. Klient řídí průběh péče, je aktivní.

Důležitost uplatňování CCP ergoterapeuty:

- CCP zlepšuje nejen proces, ale i výstupy z terapie
- Vliv na dodržení doporučených zásad u klientů
- Přispívá k zlepšení funkčních výsledků terapie
- Terapeutům poskytuje příležitost pro jejich osobní a profesionální rozvoj
- Medicínský model staví terapeuty do role odborníka, od kterého se lidé učí, dle CCP je odborníkem klient
- CCP umožňuje terapeutům dozvědět se více o přirozenosti lidské činnosti a začlenění do života
- Zvyšuje spokojenost klienta s terapií

Výběr z desatera holistického přístupu (www.wivacz.euweb.cz):

- Každý člověk je originál. Léčení jakékoli nemoci vyžaduje odlišný, svým způsobem originální terapeutický postup.

- Je třeba léčit člověka, nikoli nemoc. Krehl: „Vlastně neexistuje žádná nemoc, nýbrž jen nemocní lidé; nikdo nikdy neviděl nemoc jako takovou, protože nemoc potřebuje člověka, aby mohla existovat.“
- Každá nemoc má určitý vývoj. Především u chronických chorob platí, že léčení vyžaduje kontinuální, v čase odlišnou léčbu.
- Holistická medicína respektuje zákon rovnováhy. Zákon rovnováhy, určité harmonie, je základním zákonem vesmíru a platí i pro naše tělo; absence rovnováhy je příčinou absence zdraví. (www.wivacz.euweb.cz)

„Úkolem medicíny je zabránit nebo omezit projevy vznikajícího onemocnění. Úkolem ergoterapie je zabránit a snížit nerovnováhu vznikající onemocněním.“ (Reilly, 1969) Ergoterapie jako jedna z pomáhajících profesí v sobě zahrnuje nejenom vlastní terapii, ale podobně jako holistická medicína vidí klienta jako celek.

2. Naplánování terapie

Léčba začíná podrobným zjištěním stavu klienta. Spolu s diagnostikou musí být detailně sledovány ještě motorické, senzorické, perceptivní a kognitivní schopnosti klienta i jeho motivace. Kromě toho je potřeba zohlednit psychosociální aspekty, přání a konečné představy dotyčné osoby. Úkol ergoterapeuta spočívá v tomto okamžiku v reálném zhodnocení situace a jejím sladění s představami klienta. Aby toho bylo dosaženo, je nezbytné vytvořit individuální léčebný plán.

Výstavba terapie se řídí podle každodenního života klienta, popř. podle možností, které mu změněné podmínky dovolují. Aby mu byly umožněny tak důležité pocity úspěšnosti, musí být terapie rozdělena na blízké, střednědobé a dlouhodobé cíle. Blízké (krátkodobé) cíle popisují každodenní aktivity, kterých může klient dosáhnout co nejdříve, a které mu ukáží, jaké schopnosti již může využívat. Střednědobé cíle mu mají dát k tomu podněty, obměňovat a používat v průběhu každodenního života již zvládnuté strategie ve zvýšené míře. Dlouhodobé cíle mu ukazují cestu do budoucnosti a zahrnují vždy i psychosociální okolí. Všechny tři cíle je nutno neustále přizpůsobovat změnám, které se v průběhu terapie projeví. Wernicke (srovnej. 224)

3. Vztah mezi ergoterapeutem a klientem

„Ve všech pomáhajících profesích hraje klíčovou roli vztah mezi pracovníkem a tím, komu je pomáháno – ať už je to pacient v nemocnici, obyvatel domova důchodců nebo klient ve stacionáři.“ (Kopřiva (1997:14)

Obor ergoterapie patří mezi povolání, jehož hlavní náplní je pomáhat lidem. Jako i v jiných pomáhajících povoláních má tato profese nutnost osvojení si mnoho vědomostí a dovedností. Kromě toho zde hraje podstatnou roli vztah mezi ergoterapeutem a klientem, který se utváří od prvního vzájemného setkání. Mnohdy záleží právě na něm, jak se vztah, vzájemná komunikace a terapie budou vyvíjet dále. Je dobré, když si klient vytvoří kladný vztah ke každému členu multidisciplinárního týmu, aby se jeho zdravotní problémy řešily lépe. Záleží na každé z osobností, jak přistupuje ke své práci. Klient zcela určitě potřebuje pociťovat důvěru k metodám, které se používají k jeho léčení, a tedy i k pracovníkům, kteří je provádějí. Také potřebuje cítit lidský zájem o svoji osobu. „Nemusíme pochybovat o tom, že vztah ke klientovi je v pomáhajících profesích podstatnou složkou povolání. Příslušné dovednosti se však ve školách většinou neučí.“ (tamtéž s.15)

K poznání vnitřního světa druhého člověka musíme vyslechnout to, co nám o sobě řekne. Na jedné straně slova naší domluvy pomáhají, na druhé však mohou vést i k nedorozumění, neboť totéž slovo nemá pro oba zúčastněné stejný význam. „Vnitřní svět člověka, se kterým pracuje, je pro pomáhajícího nejdůležitější realitou. Pomáhající by si měl být vědom toho, že vnitřní svět je obraz světa, který si kreslí každý sám, byť často i proti své vůli. Každý sám je tudíž za něj odpovědný. Připisovat odpovědnost za svůj vnitřní svět vnějšmu okolí (událostem, lidem, okolnostem vlastní životní historie apod.) představuje přístup, který je pohodlnější, ale zároveň brání ve vývoji. Vnímat svou odpovědnost za vlastní prožitky v vztahu k lidem, s nimiž pracujeme, je mj. předpokladem supervize. Zajímáme-li se o vnitřní svět druhého, mnohé konfliktní situace mezi pomáhajícím a jeho protějškem se přirozeně přemění v situace spolupráce.“ (tamtéž s. 38)

4. Komunikace

4.1 Komunikace s klientem

K uskutečnění komunikace, tj. k výměně informací, může dojít pouze tehdy, když jsou obě komunikující strany schopny informaci vnímat, zhodnotit a uchovat nebo předat.

Již v prvním rozhovoru musíme pozorně naslouchat tomu, co nám klient sděluje. Naslouchání může být velmi aktivním procesem. Také musíme vytvořit vhodné časové a prostorové podmínky. Pro rozhovor bychom se měli vyladit, po jeho skončení v sobě nechat situaci doznít.

„Na počátku rozhovoru je zapotřebí věnovat chvíli tomu, abyste se oba v situaci rozhovoru „usadili“. Všimáte si klienta, prohodíte několik vět. Je třeba objasnit, co jeden od druhého očekáváte, a dojít ke shodě o účelu rozhovoru. Ptejte se na představy o možném řešení problému. Máte-li k tomu, co druhý říká, nějaký nápad, vyjádřete ho raději otázkou než jako hotový závěr. Vyzvěte druhého, aby platnost vašeho postřehu ověřil uvnitř sebe. On je tím, kdo musí vědět, co o něm platí a co nikoliv. Vždy, když něco řeknete nebo uděláte, pozorujte druhého a všimněte si, co vaše reakce vyvolala u něj. Není-li to vidět, zeptejte se. I když řeknete něco nevhodného či zraňujícího, může to vést k dobrému výsledku, když se zeptáte na reakci druhého, zopakujete, co vám řekl, a dál nasloucháte. Všimněte si mimoslovních signálů.“ Kopřiva (1997:114, 115)

Když cítíme v negativním projevu něco pozitivního, měli bychom na to reagovat, neboť některé špatné způsoby vznikají tím, že dobrou věc uděláme jen na půl. Musíme pak reagovat na tu dobrou polovinu, která se uskutečnila. Reagovat na polovinu, která chybí, nepomáhá.

Při každé terapii s klientem vedeme rozhovor a velice záleží na našem přístupu. Někdy může prospět i chvílka mlčení, ve které si řečené probereme sami v sobě. Na ergoterapeutovi záleží, jak je empatický a vycítí, kdy je potřeba v rozhovoru pokračovat. Bude-li klient cítit náš zájem o sebe, napomůže to k úspěchu v terapii.

4.2 Komunikace s rodinou

Někteří klienti mají často ztížené komunikační možnosti. Abychom získali co nejvíce informací, spolupracujeme s rodinou klienta, případně s jeho přáteli. Již první setkání nám otevírá dveře k partnerství, které je potřebné pro všechny zúčastněné. Klient, jeho rodina i ergoterapeut, či vlastně celý multidisciplinární tým spolu vytvoří celek, který bude vzájemně spolupracovat.

Partnerství, které spolu uzavřeli klient, jeho rodina a ergoterapeut, by mělo být postaveno na pocitu rovnosti. Nebudeme nikoho soudit, ale budeme se podporovat a vzájemně budovat důvěru. Case-Smith, Allen, Pratt, (srovnej s.138)

Od rodiny je možné získat důležité informace o stavu klienta před onemocněním. Dále je vhodné, aby nám rodina sdělovala podstatné informace o stávajícím stavu klienta v domácím prostředí v čase mezi terapiemi.

Ergoterapeut nabízí pomoc nejenom klientovi, ale i jeho rodině. Při komunikaci musí přizpůsobit terminologii zúčastněným, aby si vzájemně porozuměli. V každém případě ve středu zájmu je klient. Na něho se nejprve obracíme, jemu vysvětlujeme, co od něho požadujeme a zpětně chceme, aby nám sdělil, že porozuměl a vyjádřil se, že s postupem souhlasí.

Ergoterapeut se snaží pomoci vzájemné komunikaci mezi klientem a rodinou. To při postižení fatických funkcí není vždy jednoduché. „Rozličné nervové dráhy v mozku mohou tedy plnit stejné úkoly. To znamená, že to, co vidíme, slyšíme a cítíme, může sloužit jako informace náhradní cestou. To se ovšem musíme naučit. Při poruše řečových funkcí se může vytvořit vyrovnávání řeči těla (gesta, grimasy, přivírání očí).“ Maurer, Maurer (1989:67,68) Je podstatné dojít k řešení, které je pro daného klienta a jeho rodinu nejpříjemnější.

5. Motivace

5.1 Motivace a klient

„Motivace je jednou ze složek psychické regulace činnosti: zajišťuje fungování učení, aktivizuje kognitivní a motorické systémy k dosahování určitých cílů, tj. podněcuje k chování, které udržuje dynamický růst osobnosti a její vnitřní rovnováhu.“ Nakonečný (1996:8)

Na vliv dodržování zásad i mimo terapeutickou místnost má motivace velký, dá se říci, že zásadní význam. Klienta motivujeme při terapii tak, aby se co nejvíce snažil o zlepšení svého stavu. Musíme mu však stále připomínat, že nestačí cvičení s terapeutem. I nepatrné posunutí k lepšímu se musí stále opakovat. Bez pravidelného procvičování i mimo společnou terapii by nedošlo k pokroku, ale další terapie by začínala stejným výchozím bodem. K posunu vpřed by docházelo zcela nepatrně a dalo by se hovořit o „dlouhé trati“, která nekončí.

S klientem musíme najít určitý společný cíl, ke kterému se budeme přibližovat. Nabídka vychází od terapeuta, ale konkrétní cíl je na klientovi. Terapeut také musí klientovi vysvětlit, že ke konečnému cíli nevede rychlá přímá cesta, ale cesta členěná menšími cíli, které je nutno zdolat, a tak se posunout kupředu. Na každý dílčí úspěch

musíme klienta dostatečně motivovat a stále zdůrazňovat, že terapií cvičení nekončí. I mimo terapii je velice důležité dodržovat zásady, vedoucí k danému cíli. Terapeut by měl klienta poučit o základních součástech sebemotivace, což je v podstatě jediný skutečně existující druh motivace. Druhému člověku lze povzbuzením pomoci k tomu, aby motivaci neztratil. Pokud motivace vychází z našeho nitra, může nás hnát kupředu až k takovým výsledkům, ve které jsme ani nedoufali.

Hlavní úlohu má vnitřní motivace podporovaná motivy vnějšími. Vždy záleží na několika faktorech, např. typu činnosti, stupni nároků na klienta (fyzických i mentálních), tempu činnosti, množství požadavků najednou, emočním vztahu klienta k činnosti, jeho přizpůsobivosti atd., prostě podněty samé, které terapie přináší, jsou velmi různorodé.

Tři klíče k motivaci popisuje Urban (2004:91-94)

Touha

„Touha je semínko, z něhož vyrůstají všechny úspěchy. Důležitou součástí touhy je oddanost – slib, který dáme sami sobě. Ta nás udržuje na nohou, když jde do tuhého. Díky ní se rychle vzpamatujeme, když narazíme na těžkosti nebo když prohráváme. Tento druh touhy nás svým způsobem posiluje. Pomáhá nám přinášet oběti, je-li to nutné, a pomáhá nám vydolovat ze sebe další energii, protože před sebou vidí splněný cíl. Touha je mocná vnitřní síla – jedna z klíčových součástí úspěchu.“

Víra

„Když věříme, způsobujeme tím, že se dobré věci uskutečňují. „Když budeme pořád hledat výmluvy, proč něco nemůžeme udělat, nikdy nenajdeme důvod, proč to udělat můžeme.“

Skutečně víc potřebujeme hledat důvody, proč můžeme, než proč nemůžeme. Omezení na nás kladou druzí a také my sami. Existují, protože jim věříme, a nezmizí dokud je nevyměníme za nový soubor stanovisek. Naše úsilí se nakonec vyplatí. Vede k drobným úspěchům a k získání sebedůvěry. A to zase přináší úspěch. Jakmile si zvykneme chovat se konstruktivně, dá se do pohybu koloběh. Věříme si a začínáme hledat důvody, proč můžeme.“

Duševní obraz

„Technika vizualizace, duševní nácvik, řízená představivost. Vytváření duševního obrazu. Uvědomme si, že nemyslíme ve slovech; myslíme v obrazech. Čím jasněji a častěji si představujeme sami sebe, jak provádíme nějakou činnost, tím je pravděpodobnější, že ji budeme dělat. Všechno začíná v mysli. Naše představy jsou hnací silou motivace.“

5.2 Motivace a cíle

Máme-li touhu, pevnou víru a jasnou představu, naše motivace má vše potřebné, co potřebujeme. Je důležité určení cíle v představě, což je sen s pevně stanoveným termínem. Motivace a cíle vytvářejí zdroj lidské síly a jsou základem každého úspěchu. Ve svém nitru musíme motivaci s cíli spojit, a pak nás již nic neodradí od plnění našich představ. Na počátku každého, byť sebemenšího činu, je sen s konečným cílem. Co v životě děláme a jak se svým životem naložíme, určují cíle, které si stanovíme a intenzita naší motivace.

Stanovení cílů Urban (2004:97, 98) :

- Cíle jsou startovací bloky motivace.
- Stanovení cílů nám pomůže vzít život do vlastních rukou.
- Stanovením cílů si zvolíme směr. Víme-li, kam jdeme, máme mnohem větší naději, že se tam dostaneme.
- Cíle vnášejí do života účel. Pokud je nám jasné, co chceme, má život větší smysl.
- Cíle přispívají víc než cokoli jiného k tomu, že využíváme svou kapacitu.

Stanovíme-li si cíle, poznáme, co je možné. Každý úspěšný krok na cestě k jejich uskutečnění posiluje naše sebevědomí. Každý splněný cíl nám ukáže další možnosti a vede k novým cílům a úspěchům. Stanovené cíle nám víc než cokoli jiného udávají směr, vedou k úspěchu a k pocitu životního uspokojení.

5.3 Motivace, cíle a práce

Motivace a stanovení cílů by nepřineslo žádané ovoce, kdybychom nepřidali tvrdou práci, bez které není dlouhodobé dosažení cílů možné. Cíl, který si klient stanoví, vyžaduje ke svému zdolání veškeré úsilí, které může klient vynaložit. Musí mu věnovat čas a energii, a to nejenom při práci s terapeutem, ale i po té, co opustí terapeutickou místnost a navrátí se do prostředí, kde prožívá svůj život. Úspěch vyžaduje tvrdou práci.

Dostaví se, pokud se člověk náročného úkolu nebojí a soustavně na něm pracuje. Úspěch se nedostaví jen tak. Musíme se o něj snažit, vynaložit velké úsilí a dlouhodobě tvrdě pracovat. Dle Georgii a Aleca Gallupových jsou „tři nejdůležitější kroky mít motivaci, stanovit (reálné) cíle a pak pracovat tak usilovně, aby se jich dosáhlo.“ Urban (2004:105) Vždy záleží na onemocnění klienta. V některých případech si nedokáže stanovit reálný cíl, neboť je limitován svojí nemocí. V praktické části se zabývám klienty po cévní mozkové příhodě. U nich může dojít k takovému poškození náhledu na jejich vlastní stav, že nejsou schopni vytvořit si reálné cíle. Ergoterapeut v takovém případě pomáhá ještě více a podle své úvahy stanoví cíl klientovi tak, aby jej bylo možné dosáhnout.

Motivace, stanovení cílů a usilovná práce nás přivedou dost daleko. Pokud k tomu přidáme ještě sebekázeň, dostaneme se ještě dál. Sebekázeň znamená dotáhnout do konce sestavený plán úkolů. „Velkých věcí dosáhneme tím, že budeme dělat stále dokola malé věci. Jinými slovy: Dělat, dělat, dělat – to je stále ještě ta nejlepší cesta k úspěchu. A navíc zažijeme naplno pocit uspokojení, což je přirozený důsledek úspěchu.“ (tamtéž s.112)

Celý proces se dá shrnout do jednoduchého vzorce:

správná volba → správné návyky → úspěch → pocit naplnění

5.4 Motivace a únava

Únava je velkým nepřítelem motivace. Je důležité rozpoznat psychickou únavu od únavy fyzické, která se projevuje bolestí. Fyzická únava může vzniknout z monotonie terapie či z pocitu přílišné náročnosti úkolu. S únavou souvisí i nuda.

„Tzv. captatio benevolentiae, neboli přilákání pozornosti není vůbec zbytečné. Tím může být každá obměna činnosti, uvolnění vážnosti nějakou „legráckou“, novou hrou, která má i cvičný charakter, sugestivním působením všeho druhu apod. Takové „časové zdržení“ se vyplatí, může vést nejen k rozptýlení únavy, ale i ke zvýšení úsilí v činnosti.“ Svoboda (1996:34,35)

6. Paměť

6.1 Paměť a její rozdělení

„Obecně můžeme paměť definovat jako schopnost organismu zaznamenat, uchovat a posléze nalézt určitou informaci.“ Kulišťák (2003:153)

Uvádím rozdělení paměti z knihy Neuropsychologie od Petra Kulišťáka.

„Rozděluje ji dle několika hledisek:

- Podle analyzátorů – paměť *zraková, sluchová, hmatová, chuťová, čichová*.
- Podle předpokládané doby uchování paměťového záznamu – paměť *krátkodobá (ultrakrátká)*, paměť *střednědobá* a paměť *dlouhodobá* (např. Kruglikov, (1987) uvádí, že paměť krátkodobá je záznam do 10 minut, střednědobá 30 minut a dlouhodobá vzniká po 45 minutách).
- Dlouhodobou paměť můžeme rozdělit na paměť *epizodickou*, která zabezpečuje zapamatování konkrétních událostí, majících svůj časový, prostorový a pocitový kontext (např. hezký zážitek) a paměť *sémantickou*, která se v podstatě týká všech našich vědomostí o světě a schopnosti jejich explicitního vybavení. Tulving, (1972)
- Dále se užívá dělení na paměť *deklarativní (explicitní)*, která slouží k zapamatování údajů a událostí, tedy odpovědi na „kdo, co“, a paměť *nedeklarativní* či *procedurální (implicitní)*, která zabezpečuje zapamatování všeho ostatního, tážeme-li se „jak“. Squire, (1992)

Toto dělení má velký význam v souvislosti s poruchami paměti. Paměť implicitní umožňuje učení, tedy vytváření nových paměťových záznamů i při úplné amnézii, tedy výpadku paměti explicitní, kdy se člověk vědomě není schopen naučit téměř nic. Implicitně se tedy učíme, aniž o tom víme.

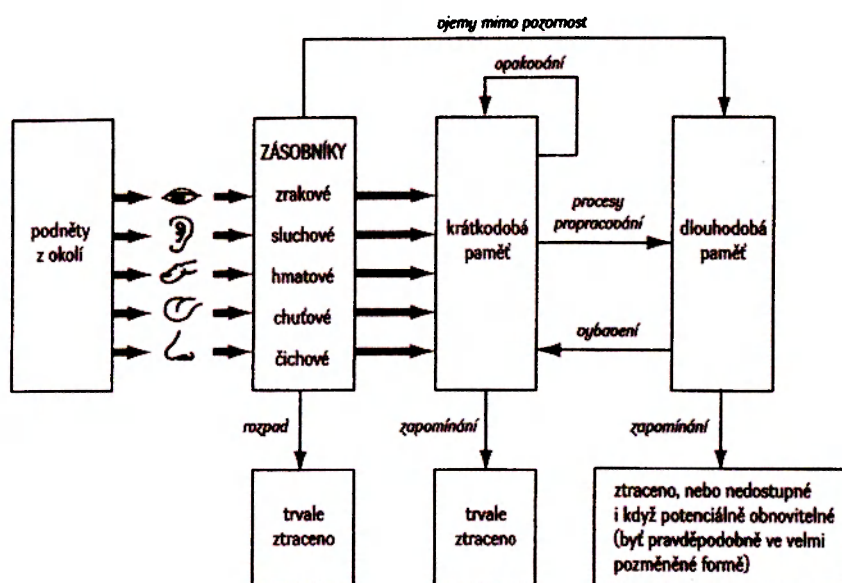
- *Pracovní (krátkodobá) paměť* slouží k uchování informací, jako jsou např. čísla, slova, jména, po velmi krátký časový úsek, je synonymem krátkodobé paměti. Lze ji přirovnat k tabulce, na kterou se napíše záznam, jenž se po několika desítkách sekund maže, aby udělal místo pro záznam další. Klasický popis říká, že složkami pracovní paměti jsou fonologická smyčka, vizuospaciální náčrtník a centrální výkonnostní složka.

Fonologická smyčka je systém, v němž se ukládají zvukové neřečové a řečové informace, které se, pokud nejsou opakovány, ztrácejí během dvou až tří sekund. Činností *vizuospaciálního náčrtníku* je ukládat informace o zrakovém poli.“ (tamtéž s.154, 155, 164)

Jednotlivé paměti na sebe navazují a vzájemně spolupracují. Celkový systém paměti vzniká spoluprací dílčích paměťových systémů. Pokud je některý z nich porušen, dochází k disharmonii, která se projeví určitým omezením. Jako příklad uvádím

návaznosti a spolupráci jednotlivých dílčích paměťových systémů ve zjednodušené tabulce podle Pavla Říčana.

Celkový model lidské paměti jako systému zpracovávání informací, Říčan (2005:81)



6.2 Paměť v praxi

Na vliv dodržování zásad i mimo terapeutickou místnost má paměť zásadní význam. Jde o správné zapamatování si úkolu prováděného s terapeutem a jeho přenesení do běžného života klienta. Úkol je potřeba provádět správně, tedy paměť musí fungovat, aby nedošlo k nesprávným návykům, které by bylo nutné opět odstraňovat. Do paměti je potřeba uložit správně prováděný úkon. Po určité době je z paměti opět vyvolat a procvičit. Aby si klient dobře zapamatoval daný úkol, musíme ho s ním cvičit a kontrolovat jeho správné provádění. Činnost změnit a znovu se k předchozímu úkolu vrátit. Tak zjistíme, co si klient zapamatoval alespoň krátkodobě. Na konci každé terapeutické hodiny by ergoterapeut měl krátce shrnout všechny úkoly, které by měl klient provádět do příští ergoterapeutické hodiny sám. Také je vhodné nechat klienta daný úkol zopakovat vlastními slovy či ukázat, jestli všemu porozuměl.

Pro zapamatování si daného úkolu se v praxi používají dva přístupy:

- restituace – přístup založený na intenzivním cvičení, schopnost generalizovat dovednosti naučené v dané situaci

- substituce – adaptace tzv. kompenzační přístup – daný úkol procvičujeme na jiném podobném úkolu nebo na daný úkol použijeme jinou metodu

K tomu, aby si klient lépe zapamatoval potřebné, aplikujeme externí pomůcky.

Jejich příklady jsem vybrala podle Hartuse, který je uvádí jako paměťové pomůcky a další z praktického života:

- diář
- zapsání či zakreslení – popisky, plánky
- fotografie
- zvukový záznam nebo videozáznam
- dělat si seznam
- psaní na ruku, tahák
- minutka na vaření
- budík i pro jiné účely než na vstávání a vaření
- seznam věcí, které je třeba udělat
- úkoly, cíle a vše potřebné pro připomenutí umístit na viditelná místa
- paměťové pomůcky podle prvních písmen
- rýmy
- opakování si „v duchu“ posloupnosti událostí nebo úkonů
- ukládání předmětů na určitém místě, aby fungovaly jako upomínka
- metoda příběhu – sestavení určitého příběhu
- požadování od ostatních, aby si věc za vás zapamatovali

Klient si může vytvořit vlastní mnemotechnické pomůcky, jímž rozumí on sám a pomůcky na základě asociace.

6.3 Bezděčná a záměrná paměť

Pro praxi je důležité rozlišování paměti bezděčné a záměrné. Při záměrné paměti se snažíme o všítípení se záměrem naučit se, tento záměr při bezděčné paměti chybí. Potřebné vědomosti v přiměřeném množství i kvalitě si těžko osvojíme bez záměrného úsilí.

„Experimentálně však bylo prokázáno, že bezděčně – a přitom často velmi rychle a trvale – si zapamatujeme to, co je důležité pro vykonání naší činnosti, co souvisí s jejím cílem. Když lidé řeší zajímavou úlohu, zapamatují si přitom mnoho poznatků, často více než když jim uložíme za úkol jejich samotné zapamatování. Je účelné využít v praxi

těchto předností bezděčného zapamatování.“ Čáp (1997:210) V praxi je dobré využití bezděčného zapamatování. Využívá se ho například tím, že při terapii použijeme hru místo konkrétní cílené terapie. Při hře si nenásilným a zábavnějším způsobem zapamatujeme více, protože jsme uvolněnější. Hru musíme přizpůsobit konkrétnímu klientovi, jeho fyzickému i psychickému stavu. Je důležité poznat, zda klient na hru přistoupí a je ochoten ji hrát, aby se necítil snižován a neměl pocit, že s ním jednáme jako s dítětem.

„Také neurofyziologie chápe vytvoření obrazu a zapamatování jako složitý děj. Nervový systém srovnává novou informaci s výsledky předchozích zkušeností, svou činností vytváří strukturu přijímaných prvků informace atd.“ Pribram, in Lorenz a kol. (1974:189)

Uvedené výzkumy i zkušenosti shodně vedou k závěru, že osvojování vědomostí je složitý proces, realizovaný souborem dílčích operací.

Jako ostatní psychické procesy a vlastnosti, tak i paměť se rozvíjí, zdokonaluje činností a učením. Záleží na motivaci a myšlenkovém zpracování osvojovaného, nestačí pouhé opakování. Tato závislost ukazuje na vzájemné sepětí jednotlivých psychických procesů. Paměť je zároveň nezbytným předpokladem pro rozvinuté vnímání a myšlení, pro představy, fantazii, city a volní procesy.

6.4 Zapomínání

Ukládáním informací do paměti nastartujeme současně i proces zapomínání, který je samozřejmě vnímán jako problém, v krajním případě jako handicap. Ve skutečnosti není možné si zapamatovat vše. „V rozumné míře, tak jak se to děje běžně u zdravých osob, je však zapomínání důležitou a nezbytnou součástí normálního fungování paměti.“ Hort, Rusina a kol. (2007:37) „Zapomenutí neznámá ztrátu, vymizení příslušné pamětní stopy, ale jen jakési překrytí novou a aktuálně významnou zkušeností, takže se nezapomíná nic, jen něco nelze znovu v paměti vybavit, protože to již ztratilo význam. Poněkud zjednodušeně řečeno tedy člověk zapomíná na to, co již nepotřebuje, a tím uvolňuje místo pro vybavování aktuálně potřebných informací.“ Nakonečný (1997:211)

Činitelé, na kterých závisí zapomínání, se překrývají s činiteli působícími na osvojení vědomostí.

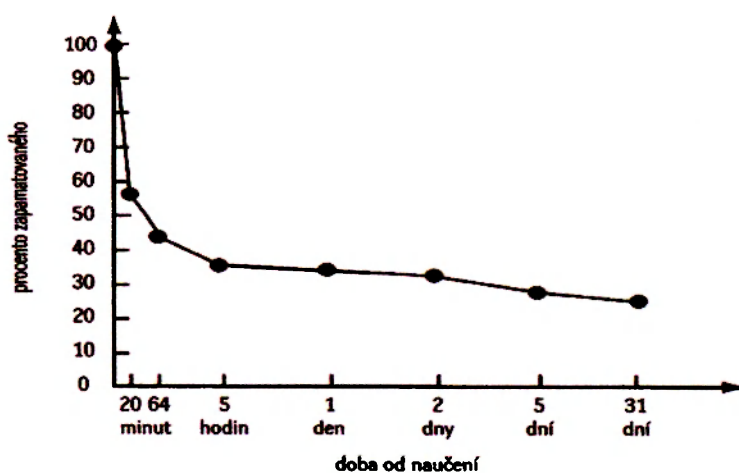
Jsou to zejména:

1. druh učiva
2. metody vyučování a učení
3. motivace a její vnější podmínky
4. klientův stav
5. opakování, jeho množství, způsob (metoda) a časové rozložení

Čáp (srovnej s.217,218)

H. Ebbinghaus zjišťoval, kolik procent osvojené látky si člověk ještě zapamatuje v různých časových intervalech po osvojení. Výsledky těchto zjištění jsou názorně vyjádřeny křivkou zapomínání. Po Ebbinghausovi ji konstruovalo mnoho dalších badatelů na základě experimentů s různým druhem zapamatované látky i s osobami různého věku. Podle různých podmínek mají tyto křivky poněkud odlišný průběh, jedno však mají společné: zpočátku klesají mnohem prudčeji než v dalších dnech a týdnech. Znamená to, že nejvíce zapomínáme krátce (v prvních hodinách a dnech) po osvojení. Čáp (1997:216,217)

Křivka zapomínání podle Ebbinghause, Říčan (2005:78)



Dodržování zásad i po opuštění terapeutické místnosti a zapomínání spolu úzce souvisí. Klient sice na konci terapie zopakuje, co si má procvičovat, ale proces zapomínání funguje, jak jsme viděli na Ebbinghausově křivce zapomínání dosti rychle, proto by měl ergoterapeut dohlížet na to, aby si klient zaznamenal potřebné a mohl si to v čase než přijde na další terapii připomenout. Také je možné, aby ergoterapeut připravil

základní úkoly písemně a ještě vše na konci terapie za pomoci klienta (aby bylo zřejmé pochopení) doplnil. Klient sám by si měl daná cvičení zopakovat ještě v den terapie, v případě únavy nejpozději den následující. Tento postup vyplývá z Ebbinghausovy křivky i z výzkumů dalších badatelů.

6.5 Motorická paměť

Pohybová paměť zaujímá specifické místo. V genetické paměti máme zakódovány určité motorické vzory, na které vývojem a vlivem vnějšího prostředí působíme. „Motorické vzory, jako hybné projevy genetické paměti a především hybné stereotypy jejich fixace, přepracovávání a vypracovávání nových, a to v závislosti jak na vnitřním, tak i vnějším prostředí, mají značný význam pro klinickou praxi.“

„Kvalita hybných stereotypů a stupeň jejich fixace, tzn. i možnost jejich přebudování, jsou závislé na řadě faktorů, z nichž nejdůležitější jsou nepochybně dva:

1. *fyziologické předpoklady, vlastnosti centrálních složek hybného systému*
2. *způsob, jak byly a jsou hybné stereotypy vypracovány, posilovány a korigovány“*

Hort, Rusina a kol. – Kolář (2007:379,384)

Pokud předbíháme normální vývoj, může dojít k chybným stereotypům, které se špatně odstraňují. Stejně tak klient, který si procvičuje zadaný úkol i mimo terapeutickou místnost a dostatečně se nekontroluje, si může zafixovat špatné návyky. Jejich odstranění je těžší než vytváření nových stereotypů. „Naším úkolem je snažit se již od počátku vypracovávat ve všech pohybových projevech člověka vůbec (v pracovních úkonech, sportu apod.) co nejlepší pohybové stereotypy nebo alespoň takové, které se nejlepším co nejvíce blíží. Za ideální hybný stereotyp považujeme ten, který odpovídá ideální biomechanické představě. Například je zcela nepochybný význam dobrého výcviku hybných stereotypů v pracovním procesu a všedních denních činnostech z hlediska prevence.“ „Poněvadž jednou fixované stereotypy se přebudovávají obtížně, je logické, že jejich vypracování, zvláště za patologických podmínek, musíme věnovat mimořádnou pozornost.“ (tamtéž s.388)

Hybné stereotypy nejsou strnulé. Z vnitřních příčin i jako reakce na změny vnějšího prostředí v průběhu času podléhají vývoji. Pokud v organismu dochází k jakýmkoli změnám, vnější projev hybného stereotypu je všechny citlivě odráží. Promítá se do něho i stav psychiky. Zevní vlivy, které formují naše hybné stereotypy jsou

považovány za jedny z nejvýznamnějších vyskytujících se patogenních faktorů hybných poruch.

7. Učení

7.1 Paměť a učení

Paměť se vztahuje k učení a je s ním spojena. Je možné ji chápat i jako schopnost učit se a předpoklad učení. „Proces učení je pro mozek náročnější a vyžaduje větší soustředění než prostá paměť na podněty z okolí, které si můžeme, ale i nemusíme zapamatovat.“ „Učení je definováno jako nabytí znalostí, schopností a dovedností a porozumění problému, buď vědomě, nebo náhodně. Jinými slovy, je to nahromadění informací studiem, zkušenostmi nebo instrukcemi.“ Samuel (2002:10) Nahromadění informací můžeme nazvat přísunem.

Paměť je středem zájmu hlavně studentů a starších lidí, kteří si stěžují, že mají špatnou paměť. Většinou tím myslí, že jejich schopnost vybavit si mnohé z přísunu je zhoršena. V paměti uchovávaná zkušenost mění psychické reakce člověka ve směru adaptivním.

7.2 Učení a jeho druhy

Učení nebývá automatické, ale vyžaduje pozornost, soustředění a snahu. „Učení znamená získávání zkušeností a utváření jedince v průběhu jeho života. Naučené je opakem vrozeného. Učení přizpůsobuje jedince společenským podmínkám a požadavkům.“ Čáp (1997:62)

Lidské učení má mnoho různých forem. Z hlediska výchovné praxe rozlišuje Čáp zejména:

- Senzomotorické učení – probíhá při učení chůze, manipulaci s nástroji, kreslení a psaní, čtení a různých pohybových činnostech. Rozvíjí se v něm zejména senzomotorické dovednosti, schopnosti a procesy názorného poznávání.
- Učení poznatkům – při něm dochází zejména k osvojování vědomostí z různých oborů
- Učení metodám řešení problémů – tyto metody rozvíjejí zvláště myšlenkové procesy, intelektové dovednosti a schopnosti.

- Sociální učení – jím si osvojujeme sociální dovednosti, formujeme motivy a charakter.

„Jednotlivé druhy lidského učení i jeho výsledky jsou navzájem spojené.“ (tamtéž s.63)

7.3 Problémy učení v praxi

Podle Jana Čápa (1997:64) uvádím rozdělení problémů učení v praxi:

- problém vymezení lidského učení a jeho výsledků
- problém opakování a pochopení
- problém motivace v učení, otázka vztahu mezi kognitivními a motivačními aspekty v učení
- problém emočního klimatu a osobních vztahů při učení
- problém učení a vývoje, jejich vzájemného vztahu

Na vliv dodržování zásad i mimo terapeutickou místnost má velký vliv pochopení úkolu. Ergoterapeut klientovi vysvětlí, co po něm chce, kontroluje správné provádění úkonů a ověří, zda klient vše správně chápe. Po seznámení s úkolem následuje cvičení, kdy sám klient vykonává cvik, který se učí. Ale ne vždy jde při opakování stejné činnosti o cvičení v pravém slova smyslu. Bezmyšlenkovité opakování lze těžko považovat za cvičení. Motivace ke zdokonalení v dané činnosti a určitá metoda učení jsou nezbytným znakem cvičení.

7.4 Učení a jeho opakování

Osvojení rozsáhlejšího úkolu vyžaduje nepoměrně více času než osvojení úkolu o menším rozsahu. Proto se také při terapii i při domácích cvičeních snažíme předcházet situacím, kdy si klient má osvojit najednou velmi rozsáhlý soubor poznatků motorických či kognitivních. Úkoly rozdělíme na části a při terapii kombinujeme postup vcelku a po částech. Stručně přehlédneme celek a jeho rozčlenění, pak následuje osvojování jednotlivých částí (zejména těch, které jsou obtížné) a jejich spojování v celek. Čáp (srovnej s.209)

„Odedávna se považuje opakování za jeden z hlavních prostředků k prevenci zapomínání. Řada badatelů uskutečnila experimenty k řešení otázky: stačí se učit jen do té doby, než dokážeme učivo poprvé správně reprodukovat, nebo je účelné ještě další opakování, „nadbytečné učení“ (overlearning)? Shodně zjistili, že jistá míra dalšího

opakování je účelná: osvojené spoje se lépe upevní, předchází se zapomínání. Při opakování velmi záleží na jeho kvalitativních charakteristikách: na způsobu a metodě. Metody opakování jsou důležitou součástí metody učení.“

„Důležitý prostředek vedoucí k úspoře času při učení je vhodné rozložení opakování v čase. V mnoha výzkumech se shodně zjistilo, že lepší výsledky má opakování rozdělené na kratší časové úseky a oddělené přestávkami a jinou činností, než opakování soustředěné. Souhlasí to s poznatky o únavě při učení, o významu přestávek a aktivního odpočinku.“ (tamtéž s.218,219) Při terapii je důležité prostřídání úkolů, opětné navrácení k jednotlivým cvikům i krátký odpočinek mezi nimi. Ergoterapeut vše musí aktuálně přizpůsobovat stavu i možnostem klienta, proto žádná terapie není stejná. Úkoly z terapie se generalizují. Preiss (1998) uvádí tři roviny generalizace:

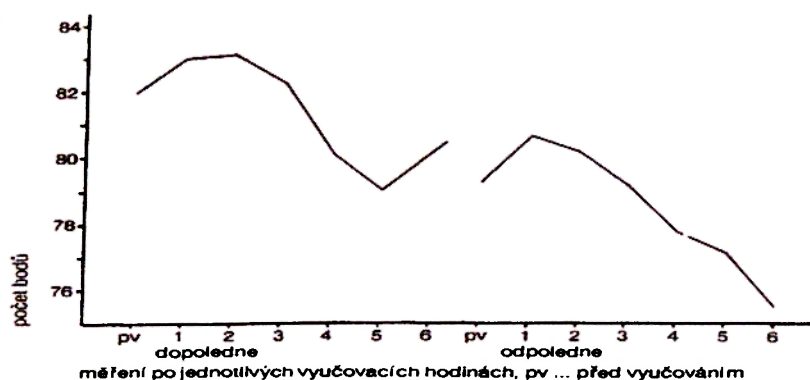
- První rovina: klient je schopen přenést nabytou dovednost do úkolu podobného typu
- Druhá rovina: klient je schopen přenést nabytou dovednost do úkolu odlišného typu
- Třetí rovina: klient je schopen přenést zkušenosti z tréninkového prostředí do každodenního života

7.5 Učení a únava

Při jakékoli činnosti vzniká dříve či později únava. Platí to také při práci s klientem. Ergoterapeut musí sledovat, zda u klienta již nedochází k únavě, při níž se snižuje fyzický i intelektový výkon, zpomalují se reakce, klesá motivace a narušuje se pozornost. Ergoterapeut by měl klientovi říci, aby si na únavu dával pozor i při cvičení mimo terapeutickou místnost, neboť to má vliv na celkový vývoj terapie. Při snížené pozornosti, by mohlo dojít k nepřesnému provádění úkolu a tím k vytvoření nesprávných stereotypů a zpomalení v celkovém vývoji terapie.

„Únava je jev přirozený a zákonitý; záleží však na tom, zda ji zvyšujeme, nebo jí naopak předcházíme, přičemž můžeme využít poznatků fyziologie a psychologie.“ Čáp (1997:174) Ergoterapeut musí sledovat aktuální klientův stav a brát v úvahu i stav před onemocněním. Také záleží na čase, ve kterém klient přichází na terapii. Podle výzkumů bylo zjištěno, že v průběhu dne dochází ke změnám ve výkonech při učení.

Změny výkonu v průběhu dne, Čáp (1997:175)



„Podle výzkumu L. Ďuriče (1960;1988) i jiných autorů je nejefektivnější druhá hodina dopoledního vyučování, následuje třetí, první a čtvrtá. Odpoledne je nejlepší výkon ve druhé vyučovací hodině, ale pod dopoledním průměrem. Výkon při dopoledním vyučování je podstatně lepší než odpoledne. Podobné výsledky jsou známy též z výzkumů dospělých při práci.“ Čáp (1997:175) Z grafu i z výzkumů vyplývá, že nejefektivnější terapie je v časnějších dopoledních hodinách. Z toho důvodu je důležité, aby se klienti prostrídali v různých časech, a ne aby někteří přicházeli vždy v méně efektivních hodinách. Záleží však na každém klientovi, neboť každý člověk je jiný svým založením, přístupem, ovlivněním nemocí a ještě mnoha dalšími aspekty.

7.6 Senzomotorické učení

Senzomotorické učení je druh učení, kterým získáváme předpoklady k vykonávání činností náročných na vnímání, pohyby a vzájemné spojení vjemů s pohyby. Začíná už v raném věku dítěte výcvikem základních hygienických návyků a sebeobsluhy. Zahrnuje mnoho činností (fyzická práce, grafomotorika, hra na hudební nástroje, sport atd.). „Základním aspektem je zde pohyb, uplatňují se však také kognitivní procesy.“ Nakonečný (1997:370)

„Základní charakteristiky senzomotorických dovedností jsou:

1. kvalita výsledků v senzomotorické činnosti (správné splnění úkolu, vyjadřuje se zpravidla snížením počtu chyb, zvláště odstraněním chyb hrubých)
2. rychlost, zvýšení výkonu
3. snížení únavy

4. zlepšení způsobu, metody vykonávání senzomotorické činnosti;
(vyjadřuje se zpravidla kvalitativně: údaji o tom, z kterých dílčích pohybů či úkonů se činnost skládá a v jakém sledu, jakých způsobů kontroly průběhu či výsledků činnosti se užívá apod.)

Jádro je přitom v metodě: její zdokonalení přináší i ostatní uvedené výsledky. V průběhu senzomotorického učení můžeme rozlišit odlišná stádia. Zvláště důležité je:

- stádium počátečního seznámení s činností
- stádium cvičení.

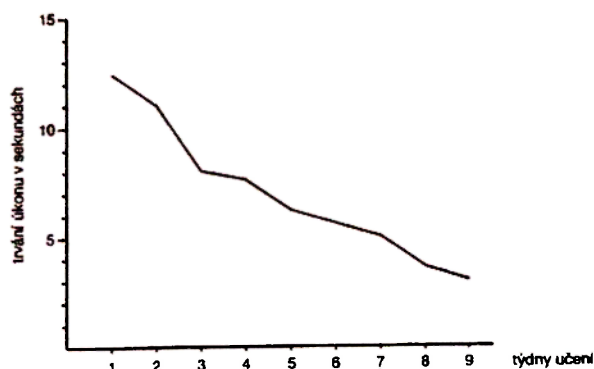
První stádium senzomotorického učení je počáteční seznámení klienta s úkolem, s činností, se způsobem a podmínkami jejího vykonávání. K tomuto účelu klient napodobuje názornou ukázkou, využívá terapeutovu slovní instrukci a své vlastní zkušenosti z podobných činností (přenos, transfer). Sám si zkusí vykonávat novou činnost, tím se s ní seznamuje a hledá způsoby, jak ji zvládnout.

Po počátečním seznámení s činností následuje cvičení. Klient opakovaně vykonává činnost, které se učí. Avšak každé opakování téže činnosti ještě není cvičení v plném slova smyslu: bezmyšlenkovité, mechanické opakování nepovažujeme za cvičení. Nezbytným znakem cvičení je:

- motivace ke zdokonalení v příslušné činnosti
- určitá metoda učení

V metodě učení senzomotorickým činnostem je zvláště důležitá kontrola a sebekontrola (zpětná vazba).“ Čáp (1997:197, 198) Klientovi zadáme úkol. On se ho snaží provést a pak zopakovat. Při každém opakování klienta upozorníme na důležitost jeho kontroly právě prováděného úkolu a odbourávání toho, co by vedlo k fixování špatného návyku. Tato zpětná vazba je velice důležitá při dodržování zásad i mimo terapeutickou místnost a má velký vliv na celkový vývoj terapie.

Podle Jana Čápa (1997:198) uvádím průběh senzomotorického učení, který často vyjadřujeme pomocí křivky učení.



Podle činnosti, kterou nacvičujeme a podle zkušeností v podobných činnostech se tvar křivky mění. Když nacvičujeme činnost, která se podobá něčemu, co již umíme, již od počátku cvičení máme dobré výsledky, které se zlepšují pomalu. Rozdílný je případ, kdy se od začátku učíme něco nového. Na křivce učení se také objevují výchyly, které vyjadřují kolísání motivace, zdravotního stavu a dalších okolností.

„V křivkách učení se vyskytují vodorovné úseky, tzv. plató. Vyjadřují dočasné zastavení v úspěších cvičení. Příčinou plató bývá:

- slabá motivace
- rušivé vlivy např. únava, zhoršení zdravotního stavu či nástrojů
- nedostatky v metodě vykonávání činnosti (dosavadní metodou již není možné dosáhnout dalšího zlepšení ani při silné motivaci)

Proto plató překonáváme zesílením motivace, odstraněním rušivých vlivů, důkladným osvojením lepší metody vykonávání činnosti.

Křivka učení podává souhrnný obraz o větším počtu změn, které probíhají při učení.

V senzomotorickém učení to jsou zejména tyto změny:

1. Pohyby se stávají přesné a úsporné.
2. Ustálení, standardizace pohybů
3. Spojení jednotlivých pohybů v celky, v plynulou činnost.
4. Rytmus při cyklicky se opakujících úkonech usnadňuje činnost a zkvalitňuje její výsledky, mnohdy ho však dosáhneme až delším cvikem.
5. Zdokonaluje se vnímání.
6. Změny v úloze jednotlivých druhů vnímání.

7. Zdokonalení senzomotorických koordinací.
8. Koordinace vnitřních orgánů s pohyby.
9. Automatizace pohybů a úkonů.
10. Překonání interference dílčích úkolů.
11. Přizpůsobení pohybů jednotlivým podmínkám.

Z uvedeného je zřejmé, že senzorické učení se nevyčerpává změnami v motorice; je to složitý děj, který zahrnuje též změny senzorické i vegetativní, jejich vzájemnou koordinaci, zejména změny v procesech centrálního nervového systému. V senzomotorickém učení je důležitá úloha myšlení.

Neurofyzilogie pomáhá vysvětlit změny, ke kterým dochází v průběhu senzomotorického učení. Záměrné pohyby a jejich zdokonalování v průběhu cviku se chápou jako tvoření podmíněných reflexů za účasti pohybového (kinestetického) analyzátoru. Pohybové soustavy (úkony) se chápou jako dynamické stereotypy. Zbytečné pohyby a zbytečné svalové napětí v počátcích cviku jsou projevem počáteční generalizace, která v průběhu cvičení ustupuje postupné diferenciaci, koncentraci centrálního podráždění. Rytmizace pohybů se vysvětluje následnou indukci nervových procesů. Zvláštní pozornost se věnuje zpětné aferentaci, neboli zpětné vazbě (Čáp, 1957; Sedlák, 1973; Vaněk a kol., 1980).“ (tamtéž s.198-200)

8. RODINA

8.1 Vztah rodiny ke klientovi

Pokud v rodině klienta vládne důvěra, pochopení a sympatie, rychleji se objeví pokrok v jeho rehabilitaci a možnost znovuzařazení do sociálního prostředí. Pro klienta není samozřejmostí žádat o pomoc, ale v příznivém prostředí je toho schopen dříve. V této situaci znamená žádost o pomoc přiznání nemoci a zahájení úspěchu, který slibuje jednání mezi klientem a okolím. „Takovou žádostí naznačuje, že věříte tomu, že váš partner svou novou úlohu splní. To je také situace, kterou jste možná zažili dříve a při které jste si přáli převzít úlohu. Tehdy jste byli pyšní a ochotní ji co nejlépe splnit. Právě tohle teď prožívá Váš partner. Taková důvěra může vyvolat neočekávanou sílu. Využijte tuto možnost! Uzavřete s partnerem smlouvu o časové vzájemné dělbě

práce. Vám přísluší všechny úkoly, které jsou spojeny s rehabilitací, vašemu partnerovi pak všechny úkoly všedního dne.“ Maurer, Maurer (1989:86)

Když takovou „smlouvu“ uzavřete, můžete spolu lépe komunikovat o všedních věcech. Zamezíte nic neříkajícím hovorům, které chtějí často překonat jen strach a bezmocnost. Partner i širší rodina mohou v prvních dnech projevovat soucit, který někdy překročí únosné hranice a může zmařit cíl rehabilitace – „pomocí k svépomoci“. Přílišná ochrana a hlídání posiluje nesoběstačnost a nevytváří podmínky pro úspěšnou rehabilitaci. Jak se klientův stav zlepšuje a on už může vykonávat něco ze svých dřívějších činností, je vhodné, aby se k nim navrátil. Mnohdy to bude zdoluhavá cesta, kterou by ostatní členové rodiny zastali rychleji, ale pro klienta to bude povzbuzením, že se opět zařazuje do chodu domácnosti. Navracení k dřívějším úkonům bude úměrné zlepšování stavu klienta.

S klientem musíme o jeho nemoci mluvit. Pokud nezačne sám, musí na toto téma velmi opatrně začít mluvit blízké okolí. Pomoc se nesmí vnucovat násilím. Postupně se bude zmenšovat v závislosti na reálné situaci. V tomto období je potřeba velké trpělivosti, neboť klient pomoc většinou odmítá a je podrážděný. Když si rodina neví rady, je potřeba poradit se s ergoterapeutem nebo s jiným členem multidisciplinárního týmu.

„Úlohu rodiny nenahradí žádná instituce, proto se zdravotníci snaží získat rodinu ke spolupráci.“ Čechová, Mellanová, Kučerová (2004:135) Komunikace rodiny se členy multidisciplinárního týmu je důležitá od počátku klientovy nemoci, zvláště pak před jeho propuštěním z nemocničního do domácího ošetřování.

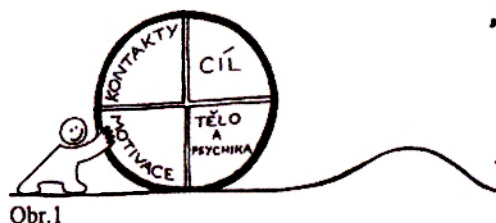
8.2 Rodina, klient a zdolání úkolů

„Nemoc kteréhokoli člena zasahuje rodinu především emocionálně, ale také finančně, vážnější a delší onemocnění ovlivní výrazně způsob života rodiny.“ Čechová, Mellanová, Kučerová (2004:135) Často to není jednoduché. K úspěšnému zdolání překážky či úkolu jsou důležité tyto čtyři oblasti:

- vědět, jaký mám cíl (přemýšlení o budoucnosti)
- mít motivaci a výdrž pro splnění cíle (výkonu)
- umět zpracovávat informace a vjemy z okolí, vědět, co mé tělo a psychika je schopna snést

- vědět, že se můžu na někoho obrátit s prosbou o pomoc, vědomí, že nejsem na všechno sám (kontakty)

Můžeme si představit, že jednotlivé oblasti tvoří výseče kruhu (obr.1) – pokud jsou všechny v rovnováze, kruh se plynule otáčí – překonává překážky. Pokud jedna oblast (nebo více oblastí) není s ostatními v rovnováze, tím se stává překonání překážek těžší. Pokud jedna zcela chybí, je zdolání překážky velmi náročné. Schönová (srovnej seminární práce)



Obr.1



Obr.2

9. Multidisciplinární tým

Ucelenou rehabilitaci tvoří řada odborníků, kteří vzájemně spolupracují na dosahování stanovených cílů u klienta. Celý multidisciplinární tým pracuje pod vedením lékaře, který koordinuje práci jednotlivých odborníků. Členy týmu dále jsou fyzioterapeut, ergoterapeut, logoped, klinický psycholog, sociální pracovník, speciální pedagog, sestra, protetik, eventuálně další specialisté. Do týmu ještě patří klient. Bez jeho pomoci by nešlo vůbec nic.

Všichni členové týmu musejí na klienta působit ve shodě. K vytyčenému cíli každý člen přispívá svojí odborností, která tvoří částečku mozaiky, z níž je nutno poskládat celý obraz – dovedení klienta k danému cíli. Je nutná domluva stejných postupů při nácviku jednotlivých operací, neboť jen tak si klient dané cvičení lépe a dříve osvojí. Stejně postupy, mající vliv na celkový vývoj terapie, se také lépe přenesou do života klienta i mimo terapeutickou místnost. „Každý člen týmu, který by jednal bez souhlasu zbývajících, významně ovlivní výkonnost a výsledek společného díla.“ Maurer, Maurer (1989:51)

Když klient slyší od různých odborníků stejné zásady a povzbuzování k činnosti, podnítl ho to jistě k vyvinutí většího úsilí ke splnění daného úkolu. Také působení na rodinu od jednotlivých členů multidisciplinárního týmu přispěje jistě k tomu,

že příbuzní pomohou klientovi připomínat pozitiva terapie přenesené do jeho života i mimo vlastní terapii a pomohou celkovému vývoji terapie.

Jednotliví členové multidisciplinárního týmu pomáhají klientovi pracovat na jeho vývoji. „Skutečný vývoj nespočívá v tom, že věci opouštíme jako na cestě, ale v tom, že z nich čerpáme jako z kořene.“ G. K. Chesterton, citát Nejvíce však záleží právě na klientovi, jeho motivaci a vůli. Aby docházelo k efektivnějšímu celkovému vývoji terapie, je potřebné dodržování terapeutických zásad i mimo terapeutickou místnost. K tomu klient potřebuje jednotné postupy od všech členů multidisciplinárního týmu, i podporu rodiny.

10. Cvičení na terapii nekončí

Velmi častou chybou je, že klient, který byl během pobytu v nemocnici velmi dobře rehabilitován, je propuštěn domů a zde cvičit přestane. Snad si on i příbuzní myslí, že když je propuštěn z nemocnice, že se již udělalo vše, co bylo možné, nebo že se zbytek poškození upraví sám. To je velký omyl. Klient je propuštěn z nemocnice, ale další cvičení je nezbytné. Přestane-li se cvičit, přestane i další zlepšování a klient ztratí důvěru v uzdravení. Tomu musíme zabránit. Klientovi musíme během pobytu i ukázat, jak má cvičit doma, jak má všechny cviky dělat, jak často. Nestačí tedy jen rehabilitovat jej v nemocnici, byť sebelépe. Je to i otázka psychologická, nutno někdy vyburcovat klienta a nalít do něj víc optimismu a víry. Svatopluk (srovnej s.117)

Bude-li se v rehabilitaci pokračovat i po odchodu klienta z nemocnice ambulantně, stav klienta se udrží nebo se bude nadále zlepšovat. Důležitá je při tom péče lékaře a jeho spolupráce s multidisciplinárním týmem, stejně jako pozitivní vztah příbuzných nebo partnera. Když nebudou tyto předpoklady splněny, dojde postupně ke stejnému stupni omezení, v jakém byl klient před rehabilitací. Maurer, Maurer (srovnej s. 89) Ani ambulantní rehabilitace však nestačí. Cvičení a zásady z terapie je potřeba přenést i do domácího prostředí. Také by pomohlo vhodné sestavení denního režimu.

Denním režimem se označuje celkové uspořádání činností během dne, jejich trvání a posloupnost. Určuje dobu pro práci, učení, odpočinek, příjem potravy, osobní hygienu i spánek. Při dodržování denního režimu, který zahrnuje dostatek odpočinku i spánku, je usnadněn průběh nervových procesů a jimi řízených činností. Člověk se cítí svěží, bez problémů usíná i ráno vstává. Naopak při nedodržování denního režimu vznikají

nejrůznější fyziologické, psychické i sociální potíže. Pokud činnosti opakujeme stejným způsobem, vznikají návyky, které jsou jedním z dílčích výsledků učení. Když bude klient dodržovat vhodně sestavený denní režim, cvičení i mezi terapiemi bude pravidelné. Při správném dodržování zásad z terapie bude mít pozitivní vliv na celkový vývoj terapie. Pokroku v uzdravení klienta lze dosáhnout jen tam, kde se všichni zúčastnění pokoušejí o zlepšení a vyžadují také klientovu aktivitu.

„Cílem terapie je nejen záchrana života, ale také restituce a optimalizace funkčních schopností nemocného, zajištění jeho kvality života, jeho návrat domů, mezi své blízké, ke svým zálibám a možná i do práce. A právě o tom je rehabilitace.“
Adamčová (2003:35,36)

Na závěr teoretické části bych se chtěla podělit o podobenství o dvou žábách, které jednoho večera spadly do hrnce plného smetany. Jedna rezignovala a utopila se. Druhá sebou házela celou noc, a když vyšlo slunce, seděla už na hroudě másla a mohla vyskočit z hrnce. NIC NEVZDÁVEJME!!!

III. PRAKTICKÁ ČÁST

1. Úvod

V praktické části své bakalářské práce na téma „Vliv dodržování zásad i mimo terapeutickou místnost na celkový vývoj terapie“ se zabývám dotazníkem, pro který jsem si vybrala cílovou skupinu klientů po cévní mozkové příhodě (CMP). „CMP je stále častější příčinou těžkého zdravotního postižení, a je proto značným medicínským, sociálním a ekonomickým problémem. V ČR je ročně postiženo CMP až 40 000 osob. Z toho asi 2/3 pacientů přežívají. Asi 30 % postižených nemocných je handicapováno těžce a asi 30 % nemocných je postiženo jen lehce. Více než 1/3 pacientů je mladší 60 let.“ (www.sanquis.cz) Klienty s touto diagnózou jsem si vybrala proto, že jsem se s nimi na svých dosavadních praxích často setkávala. S touto skupinou klientů bych ráda pracovala i ve svém budoucím zaměstnání.

Z výsledků dotazníků jsem udělala průzkum, jak klienti přistupují ke cvičení i mimo terapeutickou místnost. Na jeho podkladě, z literatury k danému tématu a ze svých dosavadních praxí jsem sestavila praktická doporučení, která přispívají klientům k posílení dodržování zásad i mimo terapii.

2. Dotazník

2.1 Sestavení a vyplňování dotazníku

Dotazník o vlivu dodržování zásad i mimo terapeutickou místnost na celkový vývoj terapie jsem dala vyplnit klientům po cévní mozkové příhodě na ergoterapii Kliniky rehabilitačního lékařství 1. LF UK Praha, VFN Motol, VFN Královské Vinohrady, v tábořské nemocnici a v domově důchodců G-centrum v Táboře. Některé dotazníky klienti vyplnili za mé přítomnosti, ale bez mých zásahů. Část jich vyplnili klienti s ergoterapeuty přímo na terapii a část sami doma. Pro takto vyplněné dotazníky jsem si osobně došla.

V úvodu dotazníku jsem klienty prosila o pravdivé odpovědi, ne o to, co si myslí, že by měli dělat. Také věděli, že je dotazník anonymní a pouze pro potřebu do mé bakalářské práce. Předpokládala jsem, že tím umožním dotazovaným odpovídat opravdu podle skutečnosti. S jistotou nemohu říci, že se můj předpoklad splnil. Klienti nežijí pod

dohledem, který by sledoval pravdivost jejich odpovědí, ale myslím si, že většina odpovídala podle skutečnosti.

Otázky do dotazníku jsem zvolila uzavřené, tj. takové, které nabízejí hotové odpovědi a dotazovaný podle pokynů označí vhodnou odpověď a polouzavřené, které nejdříve nabízejí alternativní odpovědi, a pak ještě vyžadují zdůvodnění či vysvětlení vybrané alternativní odpovědi. Pro moji cílovou skupinu klientů s CMP mi takto sestavený dotazník přišel nejvhodnější, neboť klienti mohou mít kognitivní poruchy a obtíž s grafomotorikou. Jen předposlední otázku jsem nechala otevřenou, i když jsem předpokládala, že na ni mnozí klienti neodpoví. Přesto jsem chtěla poznat jejich vyjádření k danému tématu.

2.2 Vlastní dotazník

Dotazník o vlivu dodržování zásad i mimo terapeutickou místnost na celkový vývoj terapie

Univerzita Karlova v Praze 1.Lékařská fakulta
Kateřinská 32, 121 08 Praha 2

Klinika rehabilitačního lékařství
Albertov 7, 128 00 Praha 2

Prosím Vás o vyplnění tohoto anonymního dotazníku, který slouží k podkladu do mé bakalářské práce na téma Vliv dodržování zásad i mimo terapeutickou místnost na celkový vývoj terapie.

Vaše odpovědi budu zpracovávat pouze pro svoji bakalářskou práci. Prosím o pravdivé odpovědi podle toho, co skutečně děláte, ne podle toho, co si myslíte, že se od Vás očekává.

Zaškrtněte: muž žena

do 20let 20-30let 30-40let 40-50let 50-60let 60-70let 70 a více let

student zaměstnaný nezaměstnaný důchodce

jsem v pracovní neschopnosti nejsem v pracovní neschopnosti

důchod máte:

starobní částečný invalidní důchod plný invalidní důchod

Doplňte:

Diagnóza:

Doba od onemocnění:

Zakroužkujte či dopište:

1. Jak často na terapii docházíte?
a) 1x týdně b) za 14 dní c) 1x měsíčně d) jinak - uveďte

2. Dodržujete při cvičení doma zásady, které Vám terapeut při terapii řekne?
a) ano b) ne c) někdy

3. Cvičíte pravidelně mimo terapii?
a) ano b) ne c) někdy

4. Jak často cvičíte?
a) denně b) ob den c) někdy – uveďte d) necvičím

5. Cvičíte jen jednou během dne?
a) ano b) ne

6. Rozdělujete si cvičení během dne?
a) ano b) ne
7. Cvičíte v pravidelném čase?
a) ano b) ne c) někdy
8. V jaké denní době cvičíte?
a) ráno b) dopoledne c) odpoledne d) večer
9. Zapojujete dané úkoly z terapie do všedních denních činností, tj. během dne při běžných úkonech?
a) ano b) ne c) někdy
10. Do jakých činností? – uveďte
11. Pamatujete si z terapie, co máte doma dělat?
a) ano b) ne c) někdy
12. Zapisujete si úkoly z terapie?
a) ano b) ne c) někdy
13. Zapojuje se do cvičení i rodina?
a) ano b) ne c) někdy
14. Pokud ano, jak? – uveďte
15. Myslíte si, že cvičení na terapii stačí?
a) ano b) ne c) někdy

16. Když pocítujete únavu, přestanete s cvičením?
a) ano b) ne c) někdy
17. Zopakujete si cviky i týž den po terapii?
a) ano b) ne c) někdy
18. Odkládáte cvičení na druhý den?
a) ano b) ne c) někdy
19. Pochválíte se za zdárné cvičení?
a) ano b) ne c) někdy
20. Co Vás napadne při otázce vliv dodržování zásad i mimo terapeutickou místnost na celkový vývoj terapie?
21. Jak by podle Vás ohodnotil terapeut Váš pokrok na příští terapii?
Použijte známkování jako ve škole – vybrané číslo zaškrtněte
- 1 2 3 4 5

Děkuji za vyplnění dotazníku. Přeji krásný den, hodně síly a energie při cvičení!!!

Hana Růžková
Studentka ergoterapie, 3. ročník

2.3 Rozebrání otázek dotazníku

První část dotazníku je všeobecná. Chtěla jsem v ní zjistit základní údaje o klientech a diagnózou si potvrdit svoji cílovou skupinu CMP.

Při sestavování otázek do dotazníku jsem měla na mysli body, které mi mají přiblížit cíl mé bakalářské práce o vlivu dodržování zásad i mimo terapeutickou místnost na celkový vývoj terapie.

- V jaké denní době klienti nejvíce cvičí?
- Dodržují zásady z terapie?
- Cvičí pravidelně?
- Stačí cvičení na terapii?
- Zapojují cvičení do běžných denních aktivit?
- Skončí cvičení se začínající únavou?
- Když cvičí, je zřejmý a viditelný pokrok?
- Umí klienti pochválit sami sebe?

První otázkou chci zjistit souvislost mezi četností terapií a cvičením mimo terapii. Myslím si, že kdo chodí méně často na terapii nebo jeho onemocnění je chronické, také méně cvičí v čase mezi jednotlivými terapiemi. Pravidelnost cvičení zasahuje do denního režimu. Upravují si ho klienti tak, aby cvičili pravidelně, v určitou denní hodinu a ještě vícefázově? K těmto odpovědím se vztahují otázky tři až osm. Ke zjištění dodržování zásad z terapie i mimo terapeutickou místnost a k zapojení úkolů do činností všedního dne mi pomohou otázky číslo 2, 9 a 10. S pamětí a učením, které mají pro klienty s diagnózou CMP velkou souvislost, a proto jsem o paměti a učení psala v teoretické části, jsou spojeny otázky číslo 11, 12, 17 a 18.

otázky číslo: 1. Jak často na terapii docházíte? 2. Dodržujete při cvičení doma zásady, které Vám terapeut při terapii řekne? 3. Cvičíte pravidelně mimo terapii? 4. Jak často cvičíte? 5. Cvičíte jen jednou během dne? 6. Rozděluje si cvičení během dne? 7. Cvičíte v pravidelném čase? 8. V jaké denní době cvičíte? 9. Zapojujete dané úkoly z terapie do všedních denních činností, tj. během dne při běžných úkonech? 10. Do jakých činností? – uveďte 11. Pamatujete si z terapie, co máte doma dělat? 12. Zapisujete si úkoly z terapie? 17. Zopakujete si cviky i týž den po terapii? 18. Odkládáte cvičení na druhý den?

Klient většinou nežije mimo terapeutickou místnost sám, proto otázky číslo 13 a 14 patří souvislosti s rodinou. Patnáctá otázka je v podstatě shrnující a je jakýmsi potvrzením předchozích odpovědí a odpovědí na otázku 17 a 18. Přestane klient s cvičením, když pociťuje únavu? Na šestnáctou otázku předpokládám odpověď ano. O pravidelnosti cvičení nejsem přesvědčena, a také ne o cvičení v den terapie. A co pochvala? Umí se klient za zdárné cvičení pochválit? Na to mi odpoví otázka číslo 19. Předposlední otázkou jsem chtěla zjistit, co klienty napadne při vyslovení tématu mé bakalářské práce. V poslední 21. otázce jsem klienty vrátila zpět do školy. Jak by ohodnotil terapeut klientův pokrok na příští terapii? Klienti zamyslete se nad sebou i cvičením mimo terapeutickou místnost, vezměte v úvahu ergoterapeutovo hodnocení a oznámte se.

2.4 Vyhodnocení dotazníků

Z dotazníků, které jsem nechala na rehabilitačních místech Kliniky rehabilitačního lékařství 1. LF UK Praha, VFN Motol, VFN Královské Vinohrady, v tábořské nemocnici a v domově důchodců G-centrum v Táboře a těch, které vyplnili klienti za mé přítomnosti, se mi vrátilo 25 vyplněných dotazníků od klientů mé cílové skupiny s CMP. Z toho 11 dotazníků vyplnili muži a 14 ženy. Věkové skupiny zahrnují věk 20-30 let (2), 30-40 let (2), 40-50 let (3), 50-60 let (7), 60-70 (7) až 70 a více let (4). Klienty jsem si rozdělila na studentku (1), nezaměstnané v pracovní neschopnosti (1), zaměstnané pracující (2), zaměstnané v pracovní neschopnosti (5) a důchodce (16).

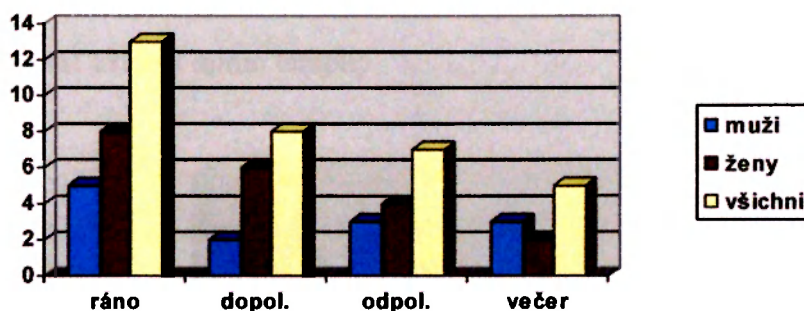
otázky číslo: 13. Zapojuje se do cvičení i rodina? 14. Pokud ano, jak? – uveďte 15. Myslíte si, že cvičení na terapii stačí? 16. Když pociťujete únavu, přestanete s cvičením? 19. Pochválíte se za zdárné cvičení? 20. Co Vás napadne při otázce vliv dodržování zásad i mimo terapeutickou místnost na celkový vývoj terapie? 21. Jak by podle Vás ohodnotil terapeut Váš pokrok na příští terapii?

Body, které jsem měla na mysli při sestavování dotazníku, teď použiji k jeho vyhodnocení.

V jaké denní době klienti nejvíce cvičí? (otázka č.8)

	RANO		DOPOLEDNE		ODPOLEDNE		VEČER	
	muži	ženy	muži	ženy	muži	ženy	muži	ženy
Studentka (1)		1		+1				
Nezaměstnaný v prac. neschopnosti (1)		1				+1		
Zaměstnaný v prac. neschopnosti (5)	1	1		1+1	1	+1	1+1	+1
Zaměstnaný v pracovní schopnosti (2)	1				1		+1	
Důchodci (16)	3	5	3	3	+1	1+1		1

V tabulce další cvičení klientů, kteří si ho během dne rozdělují, uvádím znaménkem +.



Z vyplněných dotazníků vyplynulo, že nejvíce klientů cvičí ráno (100% studentka, 50% v pracovní neschopnosti, 50% pracujících, 50% důchodců). Následuje dopoledne (100% studentka, 33,3% v pracovní neschopnosti, 0% pracujících, 37,5% důchodců), odpoledne (0% studentka, 50% v pracovní neschopnosti, 50% pracujících, 18,75% důchodců), večer (0% studentka, 50% v pracovní neschopnosti, 50% pracujících, 6,25% důchodců).

Provedený výzkum potvrzuje změny výkonu v průběhu dne, o kterém píší v teoretické části o učení a únavě. Klienti si vhodný čas z fyziologického hlediska najdou a nejvíce ho využijí, ale musí se brát v úvahu pracovní a časové hledisko. Někteří klienti si cvičení rozdělují, takže celkové počty cvičení jsou vyšší než je počet klientů, tedy i celková procenta jednotlivých podskupin, která uvádím, jsou vyšší než 100%.

Dodržují klienti zásady z terapie? (otázka č.2)

23 respondentů z 25 odpovědělo kladně. Dva muži zásady podle své odpovědi dodržují jen někdy.

Cvičí klienti pravidelně?

Tuto původní otázku jsem v dotazníku rozvedla do více otázek.

Otázka č.3 Cvičíte pravidelně mimo terapii?

č.4 Jak často cvičíte?

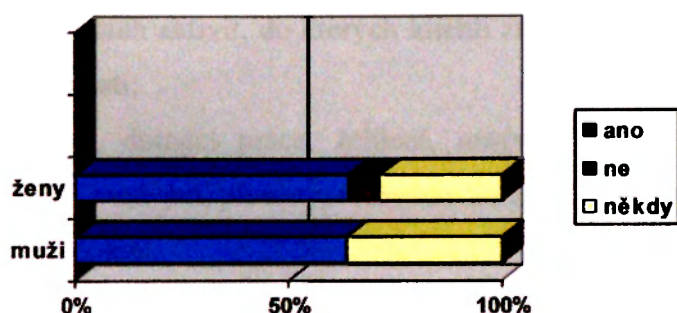
č.5 Cvičíte jen jednou během dne?

č.6 Rozdělujete si cvičení během dne?

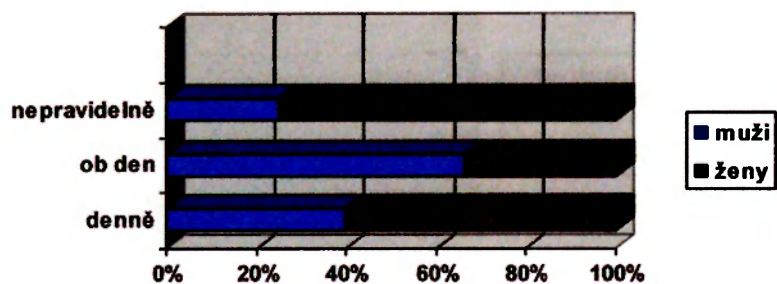
č.7 Cvičíte v pravidelném čase?

Ze zpracovaných odpovědí vyplynulo, že otázky pět a šest nebyly správně pochopeny, neboť se nepotvrdily vzájemné počty stejných odpovědí. Ze souboru těchto otázek vychází, že většina klientů cvičí pravidelně. Denně 60% z celkového počtu, ob den 24% a 16% klientů nepravidelně dle možností.

Pravidelnost cvičení mimo terapii:



Četnost cvičení:

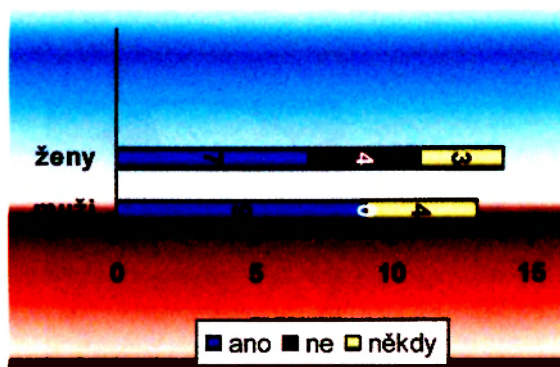


Stačí cvičení na terapii?

Při položení otázky č.15 jsem měla na mysli dotaz k tomu, zda si klienti myslí, že cvičení na terapii stačí a již nemusí cvičit mimo terapeutickou místnost. Předpokládala jsem, že většina klientů cítí nutnost cvičení i mimo terapii. Otázka nebyla formulována jednoznačně, protože někteří z klientů odpovídali tak, že cvičení na terapii nestačí, ale ne proto, aby cvičili sami doma, ale aby byla terapie častější.

Na terapii docházejí 4 respondenti denně, 11 dvakrát týdně, 8 jedenkrát týdně a 2 klienti jednou za měsíc.

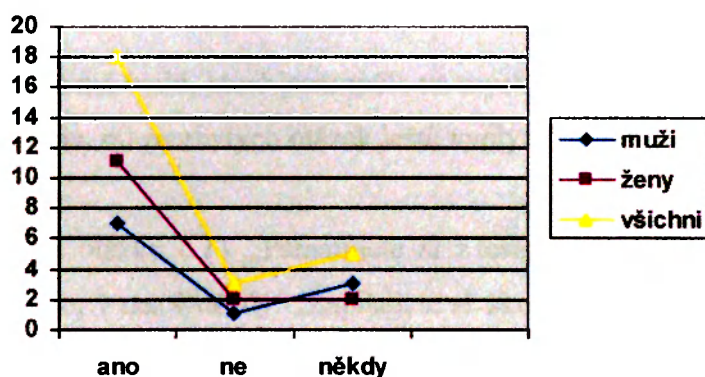
Zapojují cvičení do běžných denních aktivit? (otázka č.9 a 10)



Z běžných denních aktivit, do kterých klienti zapojují cvičení z terapie se nejvíce vyskytovaly tyto činnosti:

nákup, chůze, vaření, domácí práce, žehlení, umývání nádobí, obouvání, oblékání, při pohybu na vozíku, vstávání, přesuny, rozsvěcování, pouštění a zavírání vody, otevírání dveří, čištění zubů a holení.

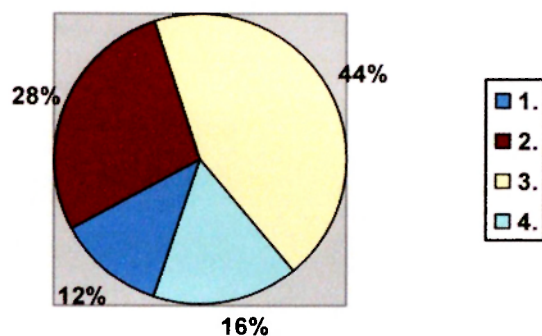
Skončí cvičení se začínající únavou? (otázka č.16)



Z grafu jasně vyplývá, že většina klientů přestane cvičit, když pocítují únavu.

Když klient cvičí, je zřejmý a viditelný pokrok? (otázka č.21)

Jak jsem již uvedla v části o rozboru dotazníku, v této otázce jsem klienty chtěla na chvíli vrátit do školy. S přihlédnutím, jak jejich pokrok vidí ergoterapeut, měli ohodnotit sami sebe. Znamka vyjadřuje, jak klienti cvičí mimo terapii a jaký vliv má cvičení a dodržování zásad i mimo terapeutickou místnost na celkový vývoj terapie. Žádný z klientů se neohodnotil nedostatečnou. Více než 80% klientů se hodnotí průměrně či nadprůměrně.



Umí klienti pochválit sami sebe? (otázka č.19)

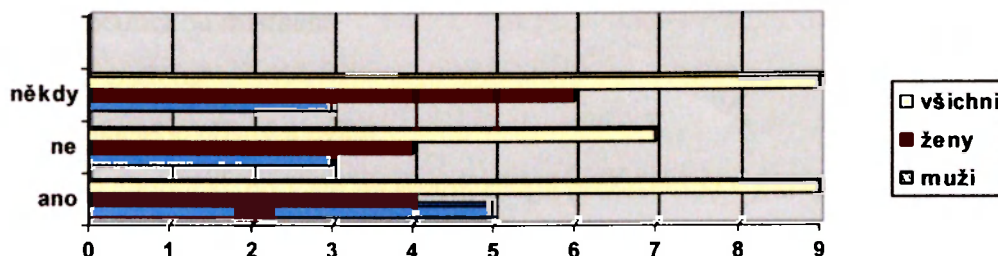
17 respondentů odpovědělo, že se nepochválí, 3 někdy a jen 5 klientů se pochválí. Z těchto odpovědí vyplynulo, že se lidé nepochválí. Pochvala postrčí člověka alespoň kousíček k cíli, tak je potřebné ji umět vyslovit a tím člověka povzbudit. Zaujala mě připsaná věta jedné klientky, jejíž odpověď byla ne. Prý se jí to líbí, ale nikdy ji to nenapadlo. Teď se bude za zdar chválit a ještě se odmění bonbónem.

Kromě bodů, které jsem měla na mysli před sestavením dotazníků, a které jsem již vyhodnotila, mi ze zbylých otázek ještě vyplynuly další údaje.

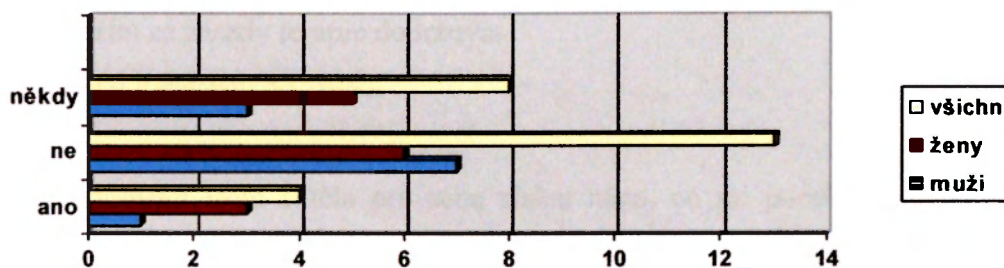
Na otázku č.11 „Pamatujete si z terapie, co máte doma dělat?“ odpovědělo 20 klientů ano, 1 ne, 4 někdy. „Zapisujete si úkoly z terapie?“ (otázka č.12) – ano 2 klienti, ne 20, někdy 3. Podle mého názoru se zapamatováním úkolů z terapie úzce souvisejí

otázky č.17 a 18. Pokud si klient úkol zopakuje ještě v den terapie, lépe si jej uchová v paměti do dalších dnů.

Zopakujete si cviky i týž den po terapii? (otázka č.17)



Odkládáte cvičení na druhý den? (otázka č.18)



Ve třinácté otázce jsem zjišťovala, zda se do cvičení zapojuje i rodina. Nejvíce odpovědí bylo ne – celkem 14. Rodina se zapojuje u 5 klientů a u 6 někdy. Z toho vyplývá, že na otázku č.14 odpovědělo jen několik klientů. Jejich odpovědi uvádím: „doprovod, pomáhání při úkonech v oblékání, při hygieně, v domácnosti, asistence při cvičení, manžel opakuje cviky z terapií se mnou na lůžku, pomoc s nandáváním dlahy, dohled“.

Dvacátou otázku „Co Vás napadne při otázce vliv dodržování zásad i mimo terapeutickou místnost?“ jsem do dotazníku vložila, protože mě zajímalo, co si pod názvem mé bakalářské práce lidé, kteří chodí na terapie, představují. Odpovědělo mi 17 respondentů. Jejich odpovědi doslovně uvádím:

- Pravidla cvičení při běžných denních činnostech
- Kladné hodnocení

- Zapojit získané dovednosti do běžného života
- Nezbytné cvičit i mimo terapeutickou jednotku
- Udržuji si kondici, aby se můj stav nezhoršil
- Je to potřebné
- Člověk to musí dělat sám pro sebe, takže člověk musí dodržovat zásady i mimo terapeutickou místnost
- Je to potřeba!
- Být na sebe přísný a cvičit
- Vyslechnout si, co Vám na terapii říkají, přebrat si to v hlavě, nešetřit se a cvičit
- Poctivost ve cvičení
- Snad to pomůže
- Pamatovat si z cvičení co nám řekli, ale odlučuje se od praktického života
- Pro mé dobro, zlepšení
- Cvičit doma
- Snažím se zásady terapie dodržovat
- Slouží k návratu do života

Z odpovědí jsem chtěla pro sebe získat něco, co mi pomůže v praxi. Odpověď „Pamatovat si z cvičení co nám řekli, ale odlučuje se od praktického života“ budu mít stále na mysli. Musím volit slova i cvičení tak, aby neměli klienti pocit, že chci něco odtrženého od života. Vždyť ergoterapie pomáhá klientům právě k návratu do běžného denního života.

3. Doporučení pro klienty k dodržování zásad z terapie

Téma mojí bakalářské práce „Vliv dodržování zásad i mimo terapeutickou místnost na celkový vývoj terapie“ mne přímo podnítilo k sestavení doporučení, se kterým by se klienti měli seznámit a zařadit si je do svého každodenního života v čase mezi terapiemi. Část rad vychází z praktického života a mohlo by se zdát, že se o nich ani nemusím zmiňovat. Opak je však pravdou. Některé věci nám připadají samozřejmé, ale přesto se jimi neřídíme. Když je uvidíme zformulované a napsané do jednotlivých bodů lépe si je připomeneme a můžeme je uvědomněle provádět.

Jedna z rad nabízí možnost napsat a umístit si cíl nebo úkol na viditelné místo. Tím, že ho budeme mít často na očích, si ho budeme připomínat a uvědomovat.

Nemělo by však dojít k zevšednění daného nápisu. Časem jej můžeme obměnit, zvýraznit, přemístit na jiné viditelné místo. Tak s ním budeme stále v kontaktu a bude nám pomáhat při dodržování zásad i doma nebo všude tam, kde žijeme svůj každodenní život.

Některá z doporučení mohou klientovi připadat složitější nebo jim nebude zcela rozumět. V takovém případě by měl ergoterapeutovi položit otázku a společně by měli dospět ke srozumitelnému vysvětlení. S některými radami bude potřeba klientovi pomoci, jiné si jen uvědomí a zopakuje. Vždyť ergoterapie vychází ze života a klientům pomáhá k návratu do plnohodnotného života, který žili před onemocněním. S „doporučením pro klienty k dodržování zásad z terapie“ bych klienty seznámila při ambulantní terapii. Prošla bych s nimi jednotlivé body:

- Cíl – určit si přesný reálný cíl, kterého chci dosáhnout
- Prioritu, která je pro mě v momentální chvíli nejaktuálnější
- Napsat si cíl na viditelné místo, kde nám bude často na očích
- Dále si můžeme rozepsat i další konkrétní věci, na kterých budeme na sobě pracovat
- Sestavit si vhodný denní režim, který nám strukturuje den
- Dát si zásadu, kdy a jak často činnost, cvik či úkol budu provádět
- Pravidelně si zapisovat, zda cvičení dodržuji podle svého stanoveného plánu a kolik času tím trávím
- Po terapii si týž den nové cviky zopakovat
- Vyzkoušet si, v jaké části dne mi nejvíce vyhovuje úkoly provádět
- Pozor na únavu, myslet také na odpočinek!!!
- Možno do cvičení zapojit i ostatní členy rodiny či přátele
- Za zdařený, sebemenší úspěch se umět pochválit
- Občas se i odměnit a udělat si radost
- Velký vliv na úspěch má naše MOTIVACE
- Úkoly aplikovat do činností všedního dne, tím si je člověk zautomatizuje a nebere je jako povinné cvičení
- Na terapii si zadané úkoly zapsat pro pozdější připomenutí
- Velkým přínosem pro dodržování zásad z terapie je pomoc rodiny
- Činnost si rozdělit na jednotlivé sekvence, kroky, kterých budu postupně dosahovat
- Začít od jednoduššího úkolu či činnosti a postupně je ztěžovat neboli stupňovat

- Úkol si individuálně upravit dle možností (prostředí, ...)
- Přizpůsobení, tzv. adaptace ke svým možnostem
- Někdy je výhodou vzít na terapii i své blízké, aby byli v obraze
- Významný vliv má komunikace mezi terapeutem a klientem (jeho rodinou)
- Připravit si na terapii otázky, pokud mám nějaké nejasnosti, tzv. konzultace
- Sám sobě si nic nenalhávat a přiznat si, že jsem dnes nesplnil svůj stanovený plán
- Neodkládat cvičení na příští a zase příští den... tím člověk pomalinku odplouvá od svého daného cíle
- Nevytvářet si úlevové polohy, které vytvoří špatné stereotypy, které se těžko odstraňují
- Dodržovat školu zad, ergonomii
- Cvičení nebrat jako trest
- Dané úkoly raději brát formou hry a nepřipouštět si, že je dělat musím
- Po dovršení svého cíle si určit další vyšší cíl
- Pozitivní myšlení je už půl úspěchu
- Mít pevnou vůli
- Stále na sobě pracujeme a mějme z úspěchů radost, vždyť jsme jich dosáhli vlastním přičiněním

Klientům bych řekla, aby si jednotlivé rady pročetli ještě v klidu doma. Případné dotazy bych zodpověděla hned nebo na jakékoli další terapii.

Seznam „Doporučení pro klienty k dodržování zásad z terapie“ může ergoterapeut vytisknout a předat klientovi. V méj bakalářské práci jej mám jako přílohu. Nemusí se upravovat pro rozličné diagnózy, neboť rady platí všeobecně, nejenom pro cílovou skupinu s cévní mozkovou příhodou. Mnohá doporučení může využívat i zdravý člověk pro svůj každodenní život.

IV. DISKUZE

O vlivu dodržování zásad i mimo terapeutickou místnost na celkový vývoj terapie toho není mnoho napsáno. Z literatury jsem čerpala informace týkající se daného tématu ze širšího pohledu. „Největší část úspěšné terapie závisí na tom, do jaké míry je terapie přenášena klientem, rodinnými příslušníky i doprovodným personálem do všedního života.“ Wernicke (2005:224) Ergoterapie jako jedna z pomáhajících profesí má za úkol pomoci navrátit klienta do běžného denního života. „Lidé se často nezajímají o to, co druhý člověk opravdu vidí, cítí, co si myslí, jak co hodnotí atd. Místo toho hovoří o tom, co by druhý měl prožívat, cítit, myslet, jak by měl věci hodnotit atd. To se stává i pomáhajícím ve vztahu k jejich potřebným protějškům.“ Kopřiva (1997:35)

Kompletní literatura na dané téma není napsaná, neboť celkové výsledky nejsou jednoduše měřitelné. Na celkový vývoj mají vliv i další faktory. Každý klient má jiný rozsah onemocnění, které jej postihlo v rozdílném věku, v rozdílných životních podmínkách, odlišném rodinném zázemí, tudíž k němu přistupuje odlišně, má jiné touhy a klade si různé cíle. Při využití informací získaných z dotazníků je nutné brát na zřetel, že každý klient sebe může vidět jinak než se ukazuje ve skutečnosti – jedná se o subjektivní pohled. Odpovědi v dotaznících nemusí být zcela pravdivé, neboť není možnost ověření. Snad v případě, že s klientem vždy cvičí rodinný příslušník, ale ani to není objektivní. Člověk také prochází různými proměnami, které ovlivňují jak samotné cvičení, tak i pohled na něj.

A co únava, na kterou jsem se ptala? Každý člověk má její jinou hranici. A také vůli ji překonávat. Při svém dotazu jsem měla na mysli, zda klient přestane s cvičením, když začne pociťovat únavu a tím dostatečně nekontroluje kvalitu cvičení. Otázka však mohla pro někoho vyznít tak, že necvičí, když pociťuje únavu, tudíž může cvičení odkládat ze dne na den, protože se necítí dobře.

Z dotazníku vyplynulo, že si většina klientů pamatuje, co má doma cvičit. Nepředpokládala jsem, že jen jeden respondent odpoví ne. Naopak jsem si myslela, že si poznámky zapíše více klientů. Také pochvala za zdárné cvičení se vyskytovala méně než jsem očekávala. Pozitivní ohodnocení pokroku na další terapii bylo naopak větší.

„Závěrem se dá říci: individuální plán terapie podléhá regulaci: stanovení cílů, vypracování plánu, provádění, reflexe, eventuálně nové stanovení cílů. Pro klienta

je důležitá jednoznačná každodenní vyváženost – cvičení se tak stávají kontrolovatelnými soubory.“ Wernicke (2005:224)

Tématem bakalářské práce jsem se zabývala dosti podrobně. Vzhledem k výše uvedeným důvodům (obtížné odlišení výsledků a subjektivnost dotazníků) je velmi obtížné přesně měřit vliv domácího cvičení. Na základě tohoto zjištění jsem se pokusila nastínit jednotlivé faktory, které mají vliv na vývoj terapie. Prostudováním literatury, zkušenostmi z dosavadních praxí a podnětnými myšlenkami z odpovědí klientů jsem sestavila Doporučení pro klienty k dodržování zásad z terapie.

V. ZÁVĚR

Cílem mé bakalářské práce bylo zjistit, jaký mají klienti vztah ke cvičení a k dodržování zásad i mimo terapeutickou místnost a jaký to má vliv na celkový vývoj terapie.

Teoretickou část jsem rozdělila do 10 kapitol, které souvisejí s daným tématem. Klienta musíme vidět jako celek, a proto využíváme holistický přístup, který nám takové vidění umožňuje. Terapie musí být naplánovaná podle současného zdravotního stavu klienta s přihlédnutím k jeho přání, co od ní očekává. Důležitý je vztah ergoterapeuta a klienta, který se buduje od prvního okamžiku a stále se na něm pracuje. Komunikace neprobíhá jen mezi ergoterapeutem a klientem, ale také mezi ergoterapeutem a rodinou klienta a mezi rodinou a klientem. Správná motivace nasměruje klienta, aby co nejvíce cvičil i mimo terapie. Souvislost s pamětí a učením je zřejmá. Nezastupitelnou úlohu hraje klientova rodina a celý multidisciplinární tým. Cvičení na terapii nekončí, naopak začíná jeho uvádění mimo terapeutickou místnost do běžných denních činností.

Pro praktickou část jsem zvolila sestavení dotazníku, který mi vyplnili klienti na rehabilitačních odděleních 1. LF UK, VFN Motol, VFN Královské Vinohrady, nemocnice Tábor a G-centra (DD) v Táboře. Zaměřila jsem se na cílovou skupinu s CMP. Shromážděné dotazníky jsem vyhodnotila a zapsala jejich výsledky. Z některých odpovědí jsem sestavila grafy. Jiné jsem porovnávala v procentech, zapsala do tabulky nebo zapsala počet jednotlivých odpovědí. Tam, kde se měli klienti rozepsat, jsem uvedla jejich celá vyjádření.

K teoretické části jsem čerpala z literatury a získala tak cenné informace, které jsem spojila se svými zkušenostmi z dosavadních praxí a sestavila „Doporučení pro klienty k dodržování zásad z terapie“. Jedná se o praktické rady, jež mohou využívat nejenom klienti s cévní mozkovou příhodou, kteří tvoří cílovou skupinu praktické části mé bakalářské práce, ale i klienti s různými diagnózami, stejně jako zdraví lidé. Tato doporučení může ergoterapeut vytisknout a dát klientovi na terapii, aby se s nimi seznámil. Doma v klidu si je pak klient může ještě pročíst a začít používat.

Z praktické části mé bakalářské práce mi vyplynul závěr, že když klienti dodržují zásady i mimo terapeutickou místnost, má to nepostradatelný vliv na celkový vývoj terapie. Pokud klient dochází na terapii a současně doma cvičí, nelze plně odlišit, jestli je zlepšení výsledkem prvního nebo druhého. Každý člověk si klade různé cíle, má jiné

touhy, žije v rozdílném prostředí, k onemocnění přistupuje odlišně. Klienti, kteří jsou krátce po CMP, docházejí na terapie častěji. U nich jde o správné provádění cvičení na terapii a následně jeho pravidelné opakování mimo terapeutickou místnost, aby si vytvořili správné návyky pro činnosti všedního dne, které přenesou do dalšího života. U klientů v chronickém stádiu, kteří na terapie docházejí méně často a intervaly mezi jednotlivými terapiemi se u nich prodlužují, jde o to, aby cvičením a dodržováním zásad přispívali nejen ke zlepšení, ale i preventivně předcházeli zhoršování stavu a sekundárním změnám. Vždyť nejde jen o zlepšení funkcí, ale i o udržení se v kondici.

Rozšířila jsem si vědomosti z mého oboru. Do budoucnosti vím, že vždy musím cvičení na terapii přizpůsobovat tak, aby klienti neřekli, tak jak jeden z nich odpověděl v dotazníku, že se cvičení odlučuje od běžného praktického života. Vždyť právě do běžného života se snažíme klienty vrátit.

VI. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- 1) Case-Smith, J., Allen, S.A., Pratt, P.N.: Occupational Therapy for Children, 3rd, edition, Mosby, St. Louis, 1996
- 2) Čáp, J.: Psychologie výchovy a vyučování. Praha, Univerzita Karlova, 1997
- 3) Hort, J., Rusina, R. a kol: Paměť a její poruchy. Praha, Maxdorf, 2007
- 4) Chlumecká, J.: Teorie ergoterapie, přednáška 21.4.2005
- 5) Kolektiv autorů, Adamčová: Neurologie 2003. Praha, Triton, 2003
- 6) Kopřiva, K.: Lidský vztah jako součást profese. Praha, Portál, 1997
- 7) Lorenz, K. H.: O biologii učení. Praha, Academia, 1974
- 8) Maurer, H. Ch., Maurer, R.: Náhlá mozková příhoda. Praha, Victoria publishing, 1989
- 9) Nakonečný, M.: Encyklopedie obecné psychologie. Praha, Academia, 1997
- 10) Nakonečný, M.: Motivace lidského chování. Praha, Academia, 1996
- 11) Országh, J., Svatopluk, J.: Cévní příhody mozkové. Praha, Brána, 1995
- 12) Preiss, M., a kol.: Klinická neuropsychologie. Praha, Grada Publishing, 1998
- 13) Říčan, P.: Psychologie - příručka pro studenty. Praha, Portál, 2005
- 14) Samuel, D.: Paměť - jak ji používáme, ztrácíme a můžeme zlepšit. Praha, Grada Publishing, 2002
- 15) Schönová, V.: Seminární práce z předmětu Ergoterapie – Psychosociální přístupy, 2002
- 16) Svoboda, B.: Stručná pedagogika sportu. Praha, Karolinum, 1996
- 17) Urban, H.: To nejdůležitější v životě. Praha, Portál, 2004 (z angl. originálu přeložila Petráková)
- 18) Wernicke, U.: Das Üben endet nicht im Behandlungsraum. Pflegepraxis Ergotherapie- eine „alltagliche“ Therapie?, 58, 2005, č.4., s.224
- 19) http://www.sanquis.cz/clanek.php?id_clanek=731 (8.11.2007)
- 20) <http://www.wivacz.euweb.cz/index2.htm> (12.11.2007)

VII. PŘÍLOHA

Doporučení pro klienty k dodržování zásad z terapie

- **Cíl** – určit si přesný reálný cíl, kterého chci dosáhnout.
- **Prioritu**, která je pro mě v momentální chvíli nejaktuálnější
- **Napsat si cíl** na viditelné místo, kde nám bude často na očích
- **Dále si můžeme rozepsat i další konkrétní věci**, na kterých budeme na sobě pracovat
- **Sestavit si vhodný denní režim**, který nám strukturuje den
- **Dát si zásadu**, kdy a jak často činnost, cvik či úkol budu provádět.
- **Pravidelně si zapisovat**, zda cvičení dodržuji podle svého stanoveného plánu a kolik času tím trávím
- **Po terapii si týž den nové cviky zopakovat**
- **Vyzkoušet si**, v jaké části dne mi nejvíce vyhovuje úkoly provádět
- **Pozor na únavu**, myslet také na odpočinek!!!
- **Možno do cvičení zapojit i ostatní členy rodiny či přátele**
- **Za zdařený, sebemenší úspěch se umět pochválit**
- **Občas se i odměnit a udělat si radost**
- **Velký vliv na úspěch má naše MOTIVACE**
- **Úkoly aplikovat do činností všedního dne**, tím si je člověk zautomatizuje a nebere je jako povinné cvičení
- **Na terapii si zadané úkoly zapsat pro pozdější připomenutí**
- **Velkým přínosem pro dodržování zásad z terapie je pomoc rodiny**
- **Činnost si rozdělit na jednotlivé sekvence, kroky**, kterých budu postupně dosahovat
- **Začít od jednoduššího úkolu či činnosti a postupně je ztěžovat neboli stupňovat**
- **Úkol si individuálně upravit dle možností (prostředí, ...)**
- **Přizpůsobení, tzv. adaptace ke svým možnostem**
- **Někdy je výhodou vzít na terapii i své blízké**, aby byli v obraze
- **Významný vliv má komunikace mezi terapeutem a klientem (jeho rodinou)**
- **Připravit si na terapii otázky**, pokud mám nějaké nejasnosti, tzv. konzultace
- **Sám sobě si nic nenalhávat a přiznat si**, že jsem dnes nesplnil svůj stanovený plán

- Neodkládat cvičení na příští a zase příští den... tím člověk pomalinku odplouvá od svého daného cíle
- Nevytvářet si úlevové polohy, které vytvoří špatné stereotypy, které se těžko odstraňují
- Dodržovat školu zad, ergonomii
- Cvičení nebrat jako trest
- Dané úkoly raději brát formou hry a nepřipouštět si, že je dělat musím
- Po dovršení svého cíle si určit další vyšší cíl
- Pozitivní myšlení je už půl úspěchu
- Mít pevnou vůli
- Stále na sobě pracujeme a mějme z úspěchů radost, vždyť jsme jich dosáhli vlastním přičiněním