Univerzita Karlova
1. lékařská fakulta

Studijní **program**: Ergoterapie pro dospělé

Bc. Karolína Firlová

Plánování a stanovování cílů v neurorehabilitaci

Treatment planning and goal setting in neurorehabilitation

Diplomová práce

Vedoucí závěrečné práce: MUDr. Natálie Šebková

Praha 2024

PODĚKOVÁNÍ

Chtěla bych poděkovat vedoucí diplomové práce, MUDr. Natálii Šebkové, za cenné připomínky a poznámky.

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité literární zdroje. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, Bc. Karolína Firlová

IDENTIFIKAČNÍ ZÁZNAM

FIRLOVÁ, Karolína. *Plánování a stanovování cílů v neurorehabilitaci. [Treatment planning and goal setting in neurorehabilitation].* Praha, 2024. 76 s., 1. Diplomová práce (Mgr.). Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Klinika rehabilitačního lékařství. Vedoucí diplomové práce MUDr. Natálie Šebková.

ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Jméno, příjmení: Bc. Karolína Firlová

Vedoucí práce: MUDr. Natálie Šebková

Název diplomové práce (Title): Plánování a stanovování cílů v neurorehabilitaci

Title: Treatment planning and goal setting in neurorehabilitation

Abstrakt diplomové práce:

Stanovování cílů je nedílnou součástí rehabilitace. Cíle mohou přispět k využití přístupu zaměřeného na člověka. To může pomoct ke kvalitnějšímu poskytování zdravotní péče, ale také k motivaci člověka a lepším výsledkům v rehabilitaci pacienta. Diplomová práce se proto zabývá stanovováním a plánováním cílů v neurorehabilitaci.

Hlavním cílem diplomové práce je zmapování nástrojů a metod pro stanovování cílů v neurorehabilitaci. Praktická část diplomové práce má za cíl zmapovat, jakým způsobem se nejčastěji stanovují cíle v neurorehabilitačních zařízeních napříč Českou republikou.

V teoretické části je s využitím zejména zahraniční literatury vytvořen výčet nejčastěji využívaných nástrojů a metod pro stanovování cílů v rehabilitaci. Dále se zde nachází informace ohledně stanovování cílů u osob s afázií nebo o možnostech motivace pacienta k terapii.

Praktická část diplomové práce byla tvořena online dotazníkovým šetřením, které bylo strukturované dle výsledků rešerše. Díky dotazníkovému šetření se získala data, která vedla k informacím o tom, že se v České republice pro stanovení cílů pacienta nejčastěji využívá metoda SMART, nebo se vychází z úvodního rozhovoru mezi pacientem a terapeutem. Stanovování cílů se většinou pacienti účastní, avšak při stanovování plánů terapie se pacienti zapojují o něco méně. Dochází shodě, že stanovování cílů je důležitou součástí rehabilitace a je potřeba, aby byly terapie vedené směrem k dosažení onoho cíle.

Klíčová slova: ergoterapie, neurorehabilitace, stanovování cílů, plánování terapie, terapeutické cíle

Abstract:

Goal setting is an integral part of rehabilitation. Goals can contribute to the use of a person-centred approach. This can help to improve the quality of healthcare delivery, but also to motivate the person and improve patient outcomes in rehabilitation. This thesis therefore deals with goal setting and planning in neurorehabilitation.

The main aim of the thesis is to map out the tools and methods for goal setting in neurorehabilitation. The practical part of the thesis aims to map how goals are most often set in neurorehabilitation facilities across the Czech Republic.

In the theoretical part, a list of the most commonly used tools and methods for goal setting in rehabilitation is made using mainly foreign literature. Furthermore, there is information on goal setting for people with aphasia or on the possibilities of motivating the patient to therapy.

The practical part of the thesis consisted of an online questionnaire survey that was structured according to the results of the research. As a result of the questionnaire survey, data were obtained which led to conclusion that in the Czech Republic the SMART method is most often used for setting patient goals, or it is based on an initial conversation between patient and therapist. Patients are usually involved in goal setting, but patients are slightly less involved in setting treatment plans. There is consensus that goal setting is an important part of rehabilitation and that therapies need to be guided towards achieving that goal.

Key words: occupational therapy, neurorehabilitation, goal setting, treatment planning, therapeutic goal

Obsah

1. Úvod ... 1
2. Teoretická část ... 3
   2.1 Neurorehabilitace ... 3
      2.1.1 Neurorehabilitační tým ... 3
   2.2 Stanovování cílů ... 3
      2.2.1 SMART ... 5
      2.2.2 Stanovování cílů dle MKF ... 7
      2.2.3 Škálování dosahovaných cílů ... 8
      2.2.4 Kanadské hodnocení výkonu zaměstnávání ... 9
      2.2.5 Client‘s Intervention Priorities ... 10
      2.2.6 SMARTER goal setting ... 11
      2.2.7 Stanovování cílů u osob s afázií ... 12
   2.3 Plánování terapie v neurorehabilitaci ... 13
   2.4 Motivace pacientů k terapii ... 14
3. Praktická část ... 15
   3.1 Cíl práce ... 15
   3.2 Metodologie ... 15
   3.3 Výsledky dotazníkového šetření ... 17
4. Diskuse ... 41
   4.1 Diskuse k metodologii práce ... 42
   4.2 Diskuse k výsledkům práce ... 44
   4.3 Návrh k využití výsledků práce v praxi ... 48
5. Závěr ... 51
6. Seznam použité literatury ... 52

Seznam použitých zkratek ... 63

Seznam tabulek a grafů ... 64

Přílohy ... 65

1. Úvod

V rehabilitaci existuje řada možností přístupu k péči o pacienta. Ze zahraničních studií vyplývá, že se v poslední době začíná využívat přístup zaměřený na člověka. Přístup zdůrazňuje důležitost jedince jako lidské bytosti s pocity, přáními, potřebami, přesvědčením a odpovědností. U přístupu zaměřeného na pacienta je jedním z hlavních cílů návrat do funkčního života, kdežto u přístupu zaměřeném na člověka je cílem dosažení smysluplného života (Doig et al., 2023; Melin et al., 2021). Právě využití tohoto přístupu v neurorehabilitaci k stanovení cíle rehabilitace napomáhá k aktivnímu zapojení a zvýšení motivace pacienta k terapii, zvýšení důvěry pacienta v rehabilitační odborníky a zlepšení spolupráce mezi zdravotníkem a pacientem. Pokud se využívá tento přístup, při stanovování cílů rehabilitace se samotný pacient účastní rozhodování o obsahu péče a způsobu rehabilitace společně se zdravotníkem (Alanko et al., 2019). Cíl můžeme definovat jako zamýšlený výsledek specifického souboru intervencí, nebo také jako předmět, ke kterému směřuje naše úsilí nebo ambice (Wade et al., 2009). Vhodně stanovené cíle, které jsou v souladu s životními cíli pacienta, mají za následek zvýšení motivace pro rehabilitaci a příznivý vliv na její výsledek. Také dochází k zvýšení motivace a většímu zapojení ze strany pacienta do celé terapie (Dekker et al., 2020). Celý proces stanovování cílů terapie začíná mezi zdravotníkem a pacientem již při prvním setkání a pokračuje v průběhu celé léčby. Tento proces udává směr, kterým budou probíhat následující terapie (Stevens et al., 2013). Cíl terapie může být také stanoven jednooborově, tedy zastoupením jedné profese, nebo víceoborově, v rámci multidisciplinárního týmu. Studie ukazují, že pokud se na cíli podílí více odborníků, cíle jsou stanovovány převážně dle metody SMART. Pokud je cíl stanoven jen jednooborově, bývá více zaměřený na funkční schopnosti (Thomposn et al., 2008).

Nejen přístup zaměřený na člověka má tendenci být v zdravotnické praxi využíván čím dál častěji. V praxi se také dále využívá přístup sdíleného rozhodování. Spočívá ve spolupráci zdravotnického profesionála a pacienta na rozhodování o nejlepším možném postupu v jeho terapii. Spolupráce může například zahrnovat povzbuzování pacienta k společné diskusi o svém zdravotním stavu. Pacient i zdravotnický profesionál pak společně kladou otázky směřující k možnostem průběhu rehabilitace. Pacienti se zkušeností s tímto přístupem měli vesměs pozitivní reakce, jelikož se mohli podílet na procesu terapie a vnímali tak kontrolu nad jejich situací, ale ne všem tento přístup vyhovoval. Někteří pacienti, i když v menší míře, uvedli, že celý proces byl pro ně příliš intimní (Rose et al., 2017).

Řady studií popisují možnosti využití různých nástrojů pro stanovování cílů a plánování terapií. Ve velkém množství z nich je závěrem studie uvedeno, že nejlepší strategií pro stanovení cílů je využití více nástrojů a jejich vzájemné kombinování (Cisneros et al., 2019; Haas et al., 2016). Téma plánování a stanovování cílů v neurorehabilitaci stále není v České republice dostatečně probádáno a zdokumentováno. Dohledání většího množství literatury bylo obtížné. Pouze některými metodami pro stanovení cíle terapie se ve svém článku z roku 2015 zabývali M. Říha a P. Dvořáková. Proto bych chtěla k tomuto tématu přispět touto diplomovou prací, která by problematiku stanovování cílů a plánování terapie přiblížila nejen odborníkům v neurorehabilitaci, ale i ostatním zdravotnickým profesionálům a inspirovala je tak k zavádění moderních postupů plánování terapie do jejich každodenní praxe.

2. TEORETICKÁ ČÁST

2.1 Neurorehabilitace

Neurorehabilitaci lze vnímat jako specifický způsob rehabilitace osob s neurologickým onemocněním. Napomáhá nejen dospělým, ale také dětským pacientům k navrácení se do života, zlepšení mobility, ale také kognitivních funkcí. Indikaci k ambulantní či lůžkové rehabilitaci určuje lékař individuálně. Mezi hlavní důvody k indikaci neurorehabilitace patří získané poškození mozku, zánětlivá onemocnění centrálního nervového systému (dále CNS), onemocnění míchy, degenerativní onemocnění CNS, nervosvalová onemocnění, svalová onemocnění, poruchy periferního nervového systému (dále PNS), chronické bolesti, neurologicko-psychosomatické nemoci, funkční poruchy při onemocnění CNS, jako je paréza, spasticita či poruchy jemné motoriky (Grünerová Lippertová et al., 2024).

2.1.1 Neurorehabilitační tým

Neurorehabilitační tým se ve vzájemné spolupráci podílí na maximální podpoře neuroplasticity mozku, zlepšení motorických a kognitivních funkcí, zlepšení a zvýšení úrovně kvality života jedince (Grünerová Lippertová et al., 2024; Kumar et al., 2023). Mezi základy při poskytování rehabilitační péče patří včasnost zahájení rehabilitace, dostupnost péče, komplexnost, spolupráce v týmu, individuální přístup zaměřený na pacienta (Kolář, 2009). V rámci celé své komplexnosti zahrnuje dynamickou spolupráci mezi různými odborníky. Obvykle jsou zde zastoupeni rehabilitační lékaři, neuropsychologové, ergoterapeuti, fyzioterapeuti, logopedi, zdravotní sestry, sociální pracovníci a další zdravotničtí profesionálové. Tyto odbornosti spolu úzce spolupracují a zaměřují se mnohdy na stejnou postiženou oblast. Například ergoterapeut, neuropsycholog i logoped se můžou současně zabývat poruchami v oblasti kognitivních funkcí. Tím pádem intervence jedné odbornosti zároveň ovlivňuje další odbornosti (Shiney et al., 2020).

2.2 Stanovování cílů

Během posledních 20 let došlo ve zdravotnictví k posunu v rámci přístupu k péči o pacienta. Upouští se od pacienta vnímaného jako pasivního příjemce a začíná se klást větší důraz na jeho aktivní zapojení, při kterém se využívá přístup zaměřený na pacienta. Jednou z nezbytných podmínek každého dobrého rehabilitačního procesu je stanovení cílů terapie (Siegert, Taylor., 2004). Samotný cíl ovlivňuje výkon a činnost člověka. Pro celkový úspěch

v plánování a dosahování cílů je zapotřebí mít určitou úroveň kognitivních dovedností pro zvládání sebehodnocení, což může být narušeno, například u osob s traumatickým poškozením mozku (Prescott et al., 2018).

Slovo cíl lze vnímat jako zamýšlený budoucí stav, který zahrnuje nějakou změnu oproti aktuálního stavu. Pomáhá se změnou chování, která vede k dosažení onoho cíle. Jde o motivaci k činnosti a je součástí každého člověka. Stanovení cíle nevede jen k motivaci, ale také k možnosti zhodnocení účinnosti poskytované péče (Wade, 2009). Za stanovení cílů v terapii lze považovat dynamický proces, při kterém dochází ke shodě na vhodném, dosažitelném cíli mezi pacientem a terapeutem, nebo jiným zdravotníkem, případně rodinnými příslušníky (Playford et al., 2000). Tento proces je vnímán jako jeden ze základních kroků. Stanovený cíl není neměnný a během celého procesu jej lze měnit a přizpůsobovat dle pokroků v rehabilitaci. Cíl zaměřený na člověka by měl být smysluplný, relevantní, důležitý a motivující pro pacienta. V začátku je potřeba stanovit si problémové oblasti pacienta, kterým se přiřadí priorita buďto nízká, střední nebo vysoká, podle preferencí pacienta. Poté lze zformulovat krátkodobý a dlouhodobý cíl terapie. Při tomto procesu by se měl zapojovat i pacient (Krivošíková, 2011). K stanovení cílů slouží řada nástrojů nebo strategií, které usnadňují formulaci vlastních cílů pacienta. Ten se společně s lékařem či jiným odborníkem podílí na stanovení cíle, společně rozvíjí plány terapie a hodnotí společně pokroky. Díky tomuto procesu dochází k určení směru léčby a rehabilitace. Stanovený cíl také slouží odborníkům k zhodnocení dosažených výsledků a podporuje spolupráci v rámci multidisciplinarity (Levack et al., 2006). Aktivní zapojení pacienta do stanovování cílů a plánování průběhu terapie může pomoci s motivací pacienta a s celkovým zlepšením výsledků rehabilitační péče, zlepšení emočního stavu, zvýšit sebevědomí pacienta a podpořit možnost rozhodovat o sobě samém v rámci péče (Dekker et al., 2020; Kang et al., 2024). V roce 2000 byl proveden výzkum, kterého se účastnilo 16 zdravotnických pracovníků. Výsledkem bylo zjištění, že úspěšnější dosažení cíle bylo v případě, kdy se zapojil samotný pacient. Zvláště pozitivní výsledky při stanovení a dosažení cílů měli pacienti s chronickým onemocněním, kteří měli zkušenost s rehabilitačním procesem již z dřívější doby (Playford et al., 2000). Je zapotřebí zajistit, že společné podílení se na procesu stanovení cílů povede k cíli, který bude smysluplný pro pacienta. Může totiž docházet k tomu, že ačkoliv se zdá, že se procesu účastní všichni přítomní, ve skutečnosti tomu tak nemusí být a cíl může být stanoven podle terapeuta, bez shody s pacientem (Saito et al., 2021).

Výzkum provedený mezi lety 2019 až 2020 ukázal, že na stanovování cílů se výrazně více podílí ženy v roli pacientů. Oproti nim se muži a senioři do tohoto procesu zapojovali

méně. Autoři toto zjištění vysvětlují tak, že u seniorů stále převládá nižší zdravotnická gramotnost, ale také depresivní stavy, které se mohou u seniorů vyskytovat častěji než v běžné populaci, a mohou tak výrazně komplikovat nejen stanovení cílů, ale celkovou komunikaci se zdravotníky a motivaci k zotavení. Dalším faktorem může být ageismus, kdy lze očekávat, že se starší lidé méně zapojí do stanovování cílů, jelikož bylo dříve běžnou praxí, že byl cíl pacienta formulován v rámci týmu, bez pacientova zapojení (Sagen et al., 2024).

Rehabilitační cíle často zahrnují zlepšení výkonu v oblasti každodenních aktivit, fyzického zdraví a duševní pohody, volnočasových aktivit, navrácení se do pracovního procesu nebo zvládání doprovodných symptomů daného onemocnění. Je-li k tomu cíl stanoven v rámci přístupu zaměřeného na člověka, cíl je smysluplný a důležitý pro pacienta, rehabilitace bývá nejúčinnější (Dekker et al., 2020; Valaas et al., 2022).

Cíle můžeme rozdělit podle časové náročnosti na krátkodobé, které trvají po dobu hospitalizace a nepřesahují dobu 3 měsíců, střednědobé a dlouhodobé. Krátkodobý cíl může být například u člověka po cévní mozkové příhodě (dále CMP) omezen na maximální dobu hospitalizace na daném oddělení. Krátkodobé a střednědobé cíle mohou posloužit jako podpůrné mezikroky k dosažení širšího, dlouhodobého cíle. Stanovení cílů, v nichž se kombinuje jeden dlouhodobý cíl s více krátkodobými cíli, zajišťuje větší efektivitu a lepší výsledky v terapii (Kolář et al, 2020; Wade, 2009).

2.2.1 SMART

Mezi běžný způsob stanovování a zapisování cílů terapie je využití metody SMART. Originální význam jednotlivých písmen znamená Specific (specifický), Measurable (měřitelný), Attainable (dosažitelný), Relevant (relevantní), Time related (časově ohraničený). SMART cíl tedy odpovídá na komponenty cíle, tedy kdo bude dělat co, kde, jakým způsobem a do kdy to zvládne (Abu Tariah et al., 2020). Využívání této metody je oblíbené díky snadné aplikaci do praxe a lehkému zapamatování. Studie, která proběhla v roce 2021 zmiňuje, že místo toho, aby byl cíl dosažitelný, měl by být náročný. Díky oné náročnosti zde autoři předpokládají lepší výsledky, zejména v oblasti cílů týkajících se výkonu, jako je například chůze (Swann et al., 2022).

Stanovení specifického cíle je jedním ze základních kroků. Je zapotřebí stanovit cíl natolik konkrétní, že bude na první pohled jasně srozumitelné, čeho je v plánu dosáhnout a také kým. Je proto také potřeba využít srozumitelný jazyk. Příklad

významu specifičnosti cíle je popsán v článku z roku 2001. Tehdy proběhlo testování 45 osob se získaným poškozením mozku. Byli rozděleni do 2 skupin. U obou skupin proběhlo testování s využitím Purdue Pegboard test. První skupina dostala obecný cíl, aby se snažili, jak nejvíc to jde. Druhá skupina dostala konkrétní cíl. Ten zněl, že mají zrychlit výkon v testu o 20 sekund. Výsledkem bylo zjištění, že skupina, která dostala konkrétní cíl, byla úspěšnější než skupina druhá, s obecným cílem (Wilson et al., 2009).

Měřitelný cíl znamená, že je kvantifikovatelný. Jeho výsledek lze porovnat s obecně platnými standardy či s dřívějšími výsledky pacienta. Jasně se definují kritéria pro změření cíle. Díky tomu se lze vyhnout odpovědnosti za neobjektivní interpretaci získaných výsledků.

Frustrace může nastat, pokud dlouhodobě není dosaženo stanoveného cíle. Toto riziko lze eliminovat tím, že bude cíl dosažitelný. Musí se vzít v potaz nejen časové dispozice pro dosažení cíle, ale také aktuální schopnosti pacienta. Můžou se stanovit také ambicióznější cíle, které přesahují očekávání. Je potřeba vzít v potaz, že bude potřeba vyvinout větší snahu a úsilí (MacLeod, 2012; Kafel et al. 2023).

V souladu s dosažitelností cíle je nutné, aby byl cíl relevantní, dával smysl pacientovi. Lze využít nastavení priorit, pokud je stanoveno více cílů. Jasným stanovením prioritních cílů a následně cílů sekundárních, se zvyšuje motivace a spoluúčast pacienta (Swann et al., 2021).

Nedojde-li k určení konkrétního časového úseku, během kterého bude cíle dosaženo, může dojít k poklesu snahy a disciplíny. Proto je nezbytné stanovovat konkrétní časové okamžiky splnění cíle, jako „do konce měsíce“, „na jaře“, a podobně, namísto neurčitých termínů typu „co nejdříve“. (MacLeod, 2012).

Tab. 1 SMART metoda stanovování cílů

S	Specifický (Specific)	Kdo? Kde? Co?
M	Měřitelný (Measurable)	Kolik? Jak?
A	Dosažitelný (Attainable)	Splnitelný?
R	Relevantní (Relevant)	Smysluplný pro pacienta?
T	Časově ohraničený (Time related)	Do kdy?

2.2.2 Stanovování cílů dle MKF

Mezinárodní klasifikaci funkčních schopností, disability a zdraví (dále MKF) lze vnímat jako specifický jazyk, který napomáhá a usnadňuje komunikaci mezi zdravotníky napříč různými odbornostmi, vědci, pacientem či veřejností, po celém světě. Díky své flexibilitě umožňuje začlenění MKF doplnění jiných standardizovaných postupů pro stanovování cílů jako je například Škálování dosažených cílů nebo Kanadské hodnocení výkonu zaměstnávání.

MKF obsahuje jednotlivé hodnocené složky, které jsou označeny písmeny. Tělesné funkce (b), Tělesné struktury (s), Aktivity a participace (d), Faktory prostředí (e). K těmto písmenům je přiřazen kód a kvalifikátor. Díky kvalifikátoru lze zaznačit rozsah postižení v oblasti tělesné funkce či struktury, přítomnost bariér či facilitátorů, kvalitu provedení dané aktivity (Pfeiffer, Švestková, 2009).

Pacienti mohou volit cíle v různých oblastech, ať je to tělesná funkce nebo aktivit a participací. Roli hraje také aktuální stav pacienta. Pokud se nachází v akutní fázi, většinou dochází k volbě cílů na úrovni tělesné funkce, tedy zvýšení svalové síly a podobně. Oproti tomu, v chronické fázi již dochází k volbě cíle ohledně aktivity a návratu do společnosti (Preedel et al., 2021). Terapeuti tíhnou k cílům v oblasti tělesné funkce, kvůli jejich specifičnosti a měřitelnosti. Cíle v oblasti aktivity a participace však mohou představovat obtíže co se týče měřitelnosti a celkového stanovení cíle. Výhodou tohoto způsobu stanovování cílů je, že bere v potaz okolí pacienta. Často se při využívání jiných metod stanovování cílů stává, že je cíl zvolen v oblasti zlepšení výsledku standardizovaného testu či v upraveném prostředí kliniky, ambulance atd. Tím dochází k upozadění reálných podmínek pacientova života a výkonu aktivit v nic. Je proto výhodné využívat MKF, jelikož bere v potaz právě ony faktory prostředí. Na druhou stranu je velice časově náročné využívání MKF a je důležité důsledné proškolení zdravotního personálu o jeho správném využití. (Bland et al., 2023; Kafel et al., 2023).

Článek z roku 2021 popisuje stanovení cílů s využitím MKF. Došlo nejprve k společnému zhodnocení jednotlivých oblastí. Pacient poté zaznačil své obavy v určitých oblastech. Těm se určila nejvyšší priorita a byl dle toho navržen terapeutický plán. Cíl vycházel z výsledků MKF a byl sestaven s využitím metody SMART (Angeli et al., 2021).

Příklad takového stanovení cíle může být následující. Pacient má středně těžké obtíže s chůzí na delší vzdálenost. Zápis v rámci MKF by zněl d4501.2 a stanovený cíl „Pacient do doby 3 měsíců zvládne ujít samostatně 2 kilometry do čínské restaurace a zpět.“ Je zde zároveň zachována metoda SMART (Wong et al., 2023).

2.2.3 Škálování dosahovaných cílů

Goal attainment scaling (dále GAS) je personalizovaná metoda, jenž podporuje aktivní zapojení pacienta do rehabilitace, a tudíž je v souladu s přístupem zaměřeným na člověka. GAS poskytuje hodnotící nástroj pro prioritizaci oblastí během zdravotní péče, což napomáhá stanovení cílů. Základním postupem při využívání GAS je stanovení cílů, ke kterým povede celá zdravotní péče. K tomu slouží úvodní rozhovor, během kterého se stanoví tři nebo více cílů. Dále dochází k definování aktuálního stavu pacienta, popisu potenciálního zlepšení či zhoršení ve stanovených cílových oblastech, stanovení reálnosti zlepšení stavu. K tomuto stanovení se využívá pětibodová škála. Během hodnocení je potřeba vzít v potaz aktuální stav, sociální zázemí a další okolnosti, které by mohly ovlivňovat dosažení cíle. V průběhu terapií následuje krok, ve kterém se sleduje výsledek a porovnává se se stanoveným cílem.

GAS zahrnuje škálu, která se pohybuje na stupnici od -2 až do +2. Udělení bodu -2 značí, že cíl nebyl splněn a výsledek je horší, než se očekávalo. Hodnota -1 značí, že byl cíl částečně splněn, došlo k malému zlepšení, ale stále menšímu, než se původně očekávalo. 0 je předpokládaný cíl, kterého se terapeut a pacient během rehabilitace snaží dosáhnout a cíle tedy bylo podle předpokladů dosaženo. +1 značí mírné zlepšení, oproti tomu, jaké se předpokládalo, a tedy výsledek předčil očekávání. +2 poukazuje na výjimečné zlepšení, nad rámec očekávaného výsledku.

Jako měřítko, které dává možnost zhodnocení přiměřenosti obtížnosti cíle slouží T skóre, které se vypočítá následovně:

$$\text{GAS skóre} = 50 + \frac{[\,10 \sum (wi \times xi)\,]}{\sqrt{[\,0.7 \sum w2\,i + 0.3\,(\sum wi)2\,]}}$$

Výhodou GAS je možnost stanovení cíle podle pacienta a jeho priorit. Po vzájemném dialogu pacienta a terapeuta se stanoví cíle. Těm se přiřadí váha, podle priorit pacienta. Mohou se zaznamenat na škále 1-5, kdy 1 představuje nejvyšší prioritu pro dosažení onoho cíle. Lze názorně porovnat výsledky a provádět průběžnou kontrolu v průběhu zdravotní péče. Na druhou stranu z přehledového článku vyplývá nedostatečnost jasných pokynů a problém s vyjádřením cílů v T skóre. Také se ukázalo, že využití pětibodové škály může být subjektivně ovlivněno hodnotitelem a výsledek tedy nemusí být validní (Bard-Pondarré et al., 2023; Logan et al., 2022).

Pro usnadnění užívání GAS je k dispozici například aplikace vytvořená Kevinem Gaffneym s názvem GOALed – Quantify Goal Attainment. Tato aplikace zvládá vyhodnotit jednotlivé cíle, vypočítat skóre pomocí rovnice a zaznamenat je do křivky. Terapeut má tedy přehledný souhrn cílů a výsledků terapie na jednom místě.

2.2.4 Kanadské hodnocení výkonu zaměstnávání

Canadian Occupational Performance Measure (dále COPM) je jedním z typicky na klienta zaměřených nástrojů. Vychází z kanadského modelu výkonu zaměstnání. Jedná se o sebehodnocení pacienta s využitím semistrukturovaného rozhovoru s terapeutem, kterým je často ergoterapeut. Rozhovor se skládá ze 3 hodnocených oblasti, kterými jsou soběstačnost, produktivita a volný čas. Do soběstačnosti spadají aktivity, které zajišťují pacientovi funkční nezávislost v oblasti osobní péče, funkční mobility a samostatnosti v komunikaci. Zaměstnávání, které je zaměřené na finanční zabezpečení jak pacienta, tak jeho rodiny a domácnosti, spadá do hodnotící oblasti produktivity. Poslední kategorie z hodnocených oblastí je volný čas, čímž se myslí takové zaměstnávání, které nespadá do oblasti produktivity. Může se jednat o aktivní a pasivní činnosti za účelem odpočinku. Pacient subjektivně popíše své obtíže ve všech daných oblastech. Udělí jim body 1-10 na likertově škále, kdy 1 značí, že pro pacienta obtíž není vůbec zásadní, 10 značí, že je extrémně zásadní. Pacient je poté vyzván, aby určil u 5 hlavních problémů, které vyplývají z předchozího hodnocení, určil subjektivně jeho spokojenost s jejich výkonem. Opět se zde využívá stejná hodnotící 10 bodová škála. Na základě tohoto hodnocení pro pacienta zásadních výkonů činností poté terapeut společně s pacientem vytvoří prioritní cíle (Doig et al., 2010; Siegert, Levack; 2014). Na konci tohoto hodnocení dochází k bodování. Terapeut vypočítává celkové skóre tak, že součet celkového skóre výkonu nebo spokojenosti vydělí počtem problémových oblastí, stanovených pacientem. Tento výpočet se provádí na začátku a na konci celé

rehabilitace. Pozoruje se změna ve výkonu dané problémové oblasti a změna ve spokojenosti s výkonem. Tím dojde k získání konkrétních dat, které zaznamenají posun během rehabilitace.

Výhodou je možnost opětovného provedení hodnocení během průběhů terapií. Ačkoliv bylo COPM poprvé popsáno již v roce 1991, je řada publikací potvrzující jeho validitu, spolehlivost, užitečnost v praxi a citlivost v rámci měření, což jsou parametry důležité pro ergoterapeuty i další výzkumníky. Řada ergoterapeutů však uvádí také nevýhody využití COPM v praxi, kterými mohou být obtíže s pochopením a využitím hodnotící škály některými pacienty, nebo nedostatek náhledu na vlastní zdravotní stav. (Carswell et al., 2004).

V praxi to může vypadat, že pacient ohodnotí před zahájením terapií jím vybrané aktivity dle jeho vlastních priorit. Zvolil by například sprchování, ve Výkonu by ohodnotil aktivitu číslem 1 a Spokojenost 1, oblékání 5 a 7, malování 4 a 2. celkové skóre by bylo vypočítáno jako 3,3. Pokud by došlo ke zlepšení, mohlo by to vypadat následovně. Sprchování se zlepšilo ve výkonu na 5 a spokojenosti také na 5, oblékání na 6 a 7, malování 5 a 3. Výsledné celkové skóre při kontrolním hodnocení by bylo 5,3 pro Výkon daných aktivit a 5 pro Spokojenost s jejich prováděním. Takto dojde k názornému zobrazení výsledků terapií a jejich přínosu pro dosažení stanovených cílů (Law, 2008).

2.2.5 Client‘s Intervention Priorities

Nástroj Priority intervence klienta (dále CIP) vznikl za účelem podpoření aktivní účasti a motivace pacienta se získaným poškozením mozku do rehabilitačního procesu. Na vývoji tohoto nástroje se podíleli kliničtí lékaři, psychologové a neuropsychologové, ergoterapeuti, speciální pedagogové a další. CIP byl vyvinut rámci Traumatic Brain Injury Program v kanadském městě Quebec (Cisneros et al., 2009).

Nástroj CIP využívá 41 karet, které obsahují seznam každodenní aktivit a sociálních rolí, které spadají celkem do 12 kategoriích. Pacient má za úkol subjektivně zhodnotit uvedené aktivity a přiložit jednotlivé karty ke škále 0-5, na kterých je uvedena úroveň schopnosti provádění dané situace. Škála je od 0 do 5. 0 značí, že daná činnost není součástí běžných aktivit. 1 znamená, že je pacient při výkonu činnosti limitovaný nynějším stavem a činnost musí udělat druhá osoba, 2 značí, že, pacient aktivitu neudělá zcela sám, ale potřebuje supervizi, nebo zvládne 50 % samostatně, s fyzickou nebo slovní pomocí druhé osoby. 3 je využita v případě, že pacient potřebuje druhou osobu jen pro případ nutnosti. K číslu 4 přiřadí pacient aktivitu, kterou zvládne samostatně, ale s obtížemi. 5 je aktivita, kterou pacient zvládá

samostatně a bez potíží. Poté terapeut odebere ty aktivity, které pacient přiřadil k škále 0 a 5, jelikož jsou to aktivity, které buď nejsou pro pacienta nijak důležité, nebo je zvládá samostatně bez problémů. Zbylé karty s aktivitami pacient rozdělí do 2 kategorií. První obsahuje aktivity, které jsou pro pacienta důležité a vyžadují okamžitou intervenci. Druhá obsahuje aktivity, které jsou pro pacienta důležité, ale necítí je jako prioritu v rámci krátkodobé intervence. Karty z první kategorie pacient seřadí podle důležitosti a díky tomu se může stanovit rehabilitační cíl.

CIP využívá uvědomění si pacientových silných stránek, jelikož se společně s terapeutem podívají na aktivity, u kterých pacient uvedl, že je zvládá samostatně bez obtíží. Tyto silné stránky mohou být využity jako facilitátory při dosahování stanovených rehabilitačních cílů.

Kontrolní hodnocení může posloužit k zaznamenání subjektivního zlepšení či zhoršení ve výkonu aktivity pacienta, případně vede k aktualizaci a přehodnocení stanovených cílů (Cisneros et al., 2019).

2.2.6 SMARTER goal setting

Zkratka SMARTER může značit ve stanovování cílů 2 rozdílné postupy. Jeden přístup je rozšířením metody SMART o 2 další body. Druhý je spíše řídící proces a nenahrazuje metodu SMART. V následujícím textu budou oba postupy popsány.

MacLeod popsal v článku z roku 2012 metodu SMARTER. Stále zde platí, že by měl být cíl specifický, měřitelný, dosažitelný, relevantní, časově ohraničený. Dále zde přidává 2 položky, kterými jsou Engaging (zapojující se) a Rewarding (odměňující).

Zapojení se napomáhá efektivnějším výsledkům, jelikož se docílí pocitu, že je cíl opravdu pacientův. Zapojí-li se pacient do stanovování cílů již od samého počátku, předejde se pasivnímu přístupu, někdy až odporu v přístupu k léčbě a rehabilitaci (MacLeod, 2012).

Odměna může být pro pacienta vnitřní, vnější, či kombinovaná. Napomáhá k ovlivnění chování a má za následek větší snahu dosažení stanovených cílů.

Druhý význam zkratky SMARTER popsal Hersh v roce 2012 ve svém článku o využití SMARTER u osob s afázií během rehabilitace. Rámec pro stanovování cílů SMARTER byl vyvinut z cílů Aphasia Project. Oproti metodě SMART, která značí, jak má

daný cíl vypadat, metoda SMARTER je řídící proces k stanovení cílů. Není to tedy náhrada za SMART, ale možnost vzájemného propojení. Jednotlivá písmena určují proces stanovení cílů. Měl by být Shared (sdílený), Monitored (monitorovaný), Accessible (přístupný), Relevant (relevantní), Transparent (transparentní), Evolving (vyvíjející se) a Relationship-centred (zaměřený na vztah).

Pojem sdílení v tomto případě zahrnuje sdílení cílů pacienta i jeho rodiny. Také sem spadá sdílení cílů ve spolupráci s ostatními odborníky a tím se podpořil holistický pohled na pacienta.

Oproti měřitelnosti, jak je tomu ve SMART, je zde použit pojem monitorovaný. Měření změn v oblasti dosahování cílů totiž nemusí být vždy možné vyjádřit číselně. Monitorování může probíhat jako sebehodnocení pacienta, hodnocení jeho rodinou. Cíl je stále založený na důkazech, ale není rigidní, bez nutnosti dosahování určitých výsledků v testování (Hersh et al., 2012).

2.2.7 Stanovování cílů u osob s afázií

Stanovování cílů může představovat pro terapeuta složitý úkol, a to zejména u osob po CMP, u kterých se vyskytuje porucha kognitivních funkcí. Komunikaci může ztěžovat afázie. Ta je po hemiparéze nejčastějším neurologickým následkem CMP (Lubart et al., 2005). Afázie se vyskytuje u 21 – 38 % pacientů zasažených CMP (Flowers et al., 2013). Celý proces stanovení cílů je složitější, jelikož pacient nemůže sdílet své potřeby a předchozí zkušenosti (Worrall et al., 2011).

Linda Worral ve svém článku z roku 2011 popsala na základě rozhovorů s osobami s afázií 9 hlavních oblastí, kterých chtěly tyto osoby dosáhnout v rámci cílů terapie. Oblasti byly určeny podle odpovědí, které se ve většině případů opakovaly. Těmito oblastmi jsou Navrácení do života jako před CMP; Komunikace; Informace; Logopedie a další zdravotnické služby; Kontrola a nezávislost; Důstojnost a respekt; Sociální, volnočasové a pracovní dovednosti; Altruismus a přínos pro společnost; Fyzické funkce a zdraví. Pro většinu dotázaných byla aktuální situace náročná a přáli si vrátit se k životu, ve kterém cítili životní jistoty, kde by neměli následky chronického postižení. Tento cíl byl zejména u osob v počáteční fázi, ale u některých přetrvával i nadále. Dalším cílem byla obnova komunikačních dovedností. Mnozí lidé uváděli, že je pro ně důležitější spíš znovu obnovit řeč než zlepšení fyzických dovedností. Tento fakt je ztížen tím, že se až 54,9 % lidem se

získaným poškozením mozku nedostalo logopedické péče dřív, než po několika týdnech až měsících v ambulantní péči (MacDonald, 2017). Třetím cílem bylo získání informací o zdravotním stavu. Pacienti cítili potřebu dostat informace o tom, co se děje při CMP nebo co znamená afázie, aby lépe pochopili svůj zdravotní stav, příčinu potíží i případnou prognózu. Dalším cílem byla lepší dostupnost logopedické a další zdravotnické péče, která by odpovídala dané fázi zotavení, ve které se pacient nachází. Dotazovaní udávali, že ukončili terapii z důvodu, že si s terapeutem nerozuměli, nebo měli pacienti pocit, že jsou jejich cíle upozaďovány. Následoval cíl převzít kontrolu nad rozhodováním o své péči, ale také získat nezávislost především ve výkonu denních činností po propuštění z nemocnice. Další, co pacienti cítili, byla bezmoc, proto chtěli získat respekt, aby s nimi bylo jednáno jako s dospělou a inteligentní osobou. Cílem byl také návrat ke společenským, volnočasovým a pracovním aktivitám. Zejména sociální aktivity byly důležitým cílem osob s afázií, aby se mohli opět socializovat a byli schopní vést konverzaci nebo číst vnoučatům. Zejména mladší osoby si uvědomovaly své limity v rámci návratu do původního povolání. Pokud nebyl návrat do práce možný, často se lidé s afázií stávali dobrovolníky. Několik lidí uvedlo svou touhu po tom, aby byli přínosní pro společnost. V tomto případě se například účastnili výuky studentů logopedie, v rámci praktického nácviku. Ačkoliv se dotazovaní zaměřovali zejména na problémové oblasti způsobené afázií, uvědomovali si, že bude potřeba zlepšit také fyzické funkce a své zdraví. Aby se mohli opět socializovat a mohli být součástí komunity, bylo zapotřebí nejen zlepšit komunikační dovednosti, ale také zlepšit chůzi, hybnost horních končetin nebo celkově zlepšit svou kondici (Worrall et al., 2011)

2.3 Plánování terapie v neurorehabilitaci

Při plánování rehabilitace, ale také celkové léčby, je důležité funkční zhodnocení aktuálního stavu pacienta. To napomáhá k stanovení cílů léčby a určuje její směr. Plánování cílů by mělo vycházet z evidence o tom, jak jsou jednotlivé metody účinné a jaký mají vliv na plasticitu mozku. Je vhodné využívat zejména rehabilitační přístupy, které napomáhají k adaptivní neuroplasticitě. Mezi možnosti využití technik kladoucích důraz na facilitaci lze zařadit metody založené na neurofyziologickém podkladě, případně techniky kladoucí důraz na motorické řízení a motorickou kontrolu jako je constraint-inducted movement therapy (dále CIMT). Z článku z roku 2023 vyplývá, že je vhodné některé metody kombinovat, jako například CIMT a transkraniální stimulaci stejnosměrným proudem (Katz et al., 2021; Aderinto et al., 2023)

Během plánování terapie je potřeba zvážit volbu techniky, která bude využita během terapie, nejlépe taková, která je založená na důkazech. Dále se bere v potaz časový rámec a doporučené dávkování a intenzita rehabilitace (Katz et al., 2021).

Léčebně-rehabilitační plán lze rozdělit na krátkodobý a dlouhodobý. Při stanovení krátkodobého plánu se stanoví konkrétní postup, na kterém se odráží aktuální stav pacienta. Krátkodobý plán nepřesahuje víc než 3 měsíce, případně trvá po dobu léčby v daném zařízení. Dlouhodobý léčebně-rehabilitační plán obsahuje již obecnější cíle a postupy (Grünerová Lippertová et al., 2024; Kolář, 2020).

2.4 Motivace pacientů k terapii

Pojem motivace je úzce spjatý s hlavní myšlenkou cílů, kterou je dosažení určitého stavu. V rámci rehabilitace je tento pojem vnímán jako důležitý, avšak velice abstraktní a tím pádem těžce objektivně měřitelný (Siegert, Taylor, 2004). Vnitřní motivace pacienta a jejich aktivní účast na terapii má za následek pozitivnější výsledky v oblasti funkčních schopností a kvalitě života (Grahn et al., 2009).

Výzkumy naznačují, že pokud se terapeut při stanovování cílů řídí metodou SMART, může být díky specifičnosti cíle motivace pacienta k jeho dosažení významně vyšší ve srovnání s cílem obecným (Hersh et al., 2012).

Oyake ve své studii z roku 2020 společně se spoluautory vytvořil přehled strategií pro motivaci pacientů po CMP k rehabilitačnímu programu. Sbírali odpovědí zdravotníků, jako jsou lékaři, fyzioterapeuti nebo ergoterapeuti. Podle odpovědí respondentů vytvořili 15 kategorií ohledně motivačních strategií. Aktivní naslouchání terapeuta se umístilo na prvním místě. Na toto naslouchání navazuje chvála pacienta. Jednou ze strategií k motivaci je stanovení si cílů a cvičení se zaměřením na dosažení cíle. Další kategorie jsou úzce spjaty s individuálním přístupem k pacientovi, vlídnou komunikací a s využitím dřívějších zkušeností pacienta. Výsledkem této studie je také zjištění, že kvalitní motivace pramení z klinické praxe a zkušeností jednotlivých zdravotníků. S rostoucí zkušeností roste množství používaných motivačních strategií (Oyake et al., 2020).

3. Praktická část

3.1 Cíl práce

Hlavním cílem této diplomové práce bylo zjištění nejčastější využívaných metod pro stanovování cílů v rámci neurorehabilitace napříč Českou republikou. Dílčím cílem bylo zjištění, zda se pacienti ve většině případů podílí na stanovování cílů terapie.

Byly stanoveny 4 hypotézy:

H1 V neurorehabilitační praxi v České republice se pro stanovování cílů nejčastěji využívá metoda SMART

H2 Ve více než v 50 % případů se stanovování cílů terapie účastní pacient

H3 Ve více než v 50 % případů se stanovování plánů terapie účastní pacient

H4 Ve více než v 50 % případů dochází k souhrnu dosažených cílů při ukončení terapií

3.2 Metodologie

Prováděný výzkum byl kvantitativní a byl založen na hypoteticko-deduktivním modelu. Na základě formálního vyjádření obecného tvrzení ohledně stanovování cílů a plánování terapií v neurorehabilitaci byly stanoveny 4 hypotézy. Po operační definici byla získávána data pro testování hypotéz, které byly následně verifikovány (Hendl, 2023).

Jelikož měla diplomová práce za cíl obsáhnout osoby pracující v rámci neurorehabilitace napříč celou Českou republikou, bylo zvoleno dotazníkové šetření. Strukturovaný dotazník byl sestaven online s využitím aplikace Survio. Tento dotazník obsahoval 26 otázek s možnost 1 i více odpovědí. Dotazník začínal od obecných otázek v rámci demografie a následně zařazoval specifičtější otázky ohledně stanovování cílů a plánování terapií v praxi. Na konci dotazníku byla možnost zanechání své emailové adresy pro zaslání výsledků zkoumání.

Dotazník byl anonymní, s čímž byli respondenti seznámeni v úvodu dotazníku. Pokud někdo využil možnost zanechání emailové adresy pro zaslání výsledků zkoumání, budou emaily zaslány individuálně a následně bude smazán záznam se všemi emailovými adresami.

Celkem bylo osloveno 181 osob přes emailovou adresu uvedenou na webových stránkách nemocnic, rehabilitačních ústavů, ambulancí a sociálních zařízení. Tyto osoby byly zejména primáři oddělení, lékaři a vedoucí rehabilitační pracovníci. V textu emailu bylo sdělení ohledně obsahu diplomové práce, prosba k vyplnění dotazníku a případné zaslání dalším kolegům pro zvýšení dosahu.

Nezbytnou podmínkou pro zařazení do výzkumu bylo zapojení pracoviště respondenta do neurorehabilitace. Další podmínkou bylo, aby byl v zařízení alespoň 1 ergoterapeut a/nebo fyzioterapeut.

Sběr dat byl zahájen 11. 12. 2023 a byl ukončen 11. 2. 2024. Celkem bylo získáno 116 odpovědí, z toho bylo 13 vyřazeno z důvodu nevyhovění kritériím o nutnosti být součástí neurorehabilitace. Výsledný počet dotazníků splňující kritéria byl 103. Aby bylo zajištěno reprezentativní zastoupení respondentů napříč Českou republikou, byly osloveny zejména fakultní a krajské nemocnice. Do každého kraje byl poslán dotazník na alespoň 4 různé emailové adresy a do minimálně 2 různých zařízení.

Získaná data byla převedena do programu MS Excel, kde byla následně analyzována a graficky zpracována.

3.3 Výsledky dotazníkového šetření

Zastoupení respondentů v rámci krajů České republiky

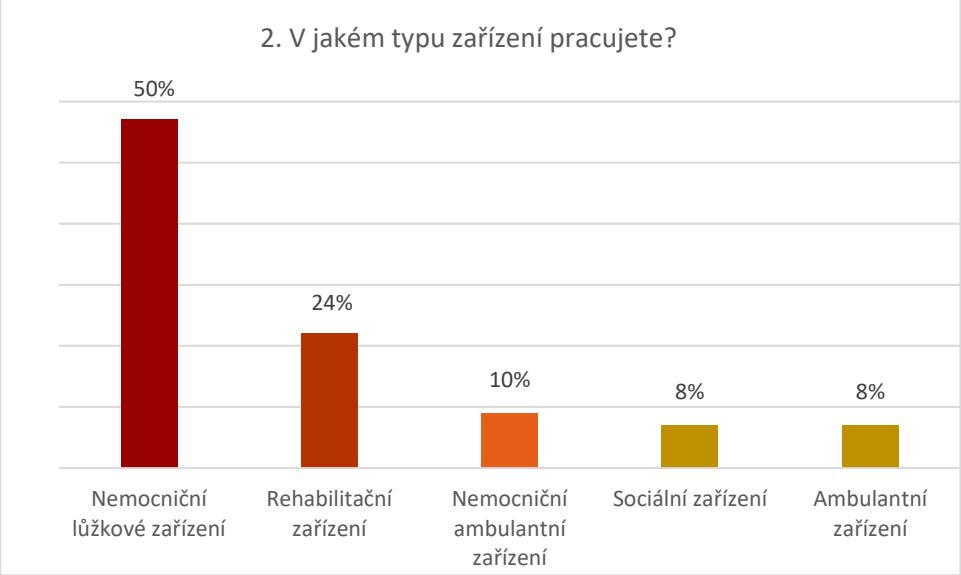
Nejvíc respondentů uvedlo, že pracuje v hlavním městě Praze (21 respondentů). Nejméně respondentů bylo z kraje Vysočina (4 respondenti). Názorný přehled zastoupení respondentů v jednotlivých krajích uvádí Graf 3.1.

Graf 3.1 Zastoupení respondentů v rámci krajů ČR

Typ zařízení

Zastoupení jednotlivých typů zařízení je uvedeno v Grafu 3.2. Mezi nejčastější pracoviště respondentů patřila nemocnice, konkrétně lůžkové oddělení (50 %). Rehabilitační zařízení se vyskytovalo ve 24 %, ambulance, které spadají pod nemocniční zařízení se vyskytovala v 10 %. Na posledních 2 místech se se stejným výskytem zastoupení umístila sociální zařízení a ambulantní zařízení, která nespadají pod nemocnice (8 %).

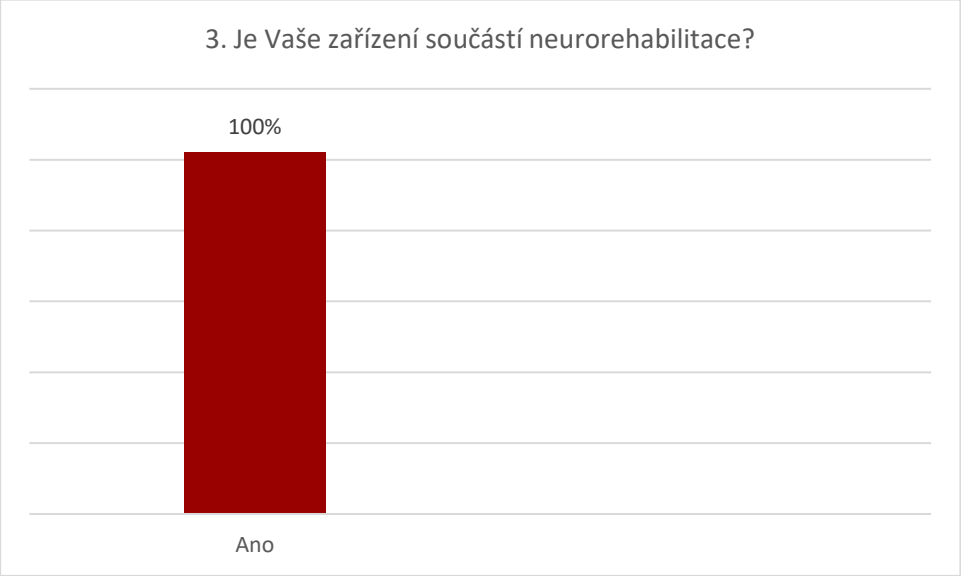
Graf 3.2 Typ zařízení



Neurorehabilitace

Jelikož se celá diplomová práce zabývá oblastí neurorehabilitace ve zdravotnictví v České republice, podmínkou pro zařazení do dotazníkového šetření bylo, že zařízení, ve kterém respondenti aktuálně pracují, spadá pod neurorehabilitaci. Na otázku, zda zařízení respondenta spadá pod neurorehabilitaci, odpovědělo 116 osob. 13 z nich uvedlo, že nejsou součástí neurorehabilitace, proto jejich odpovědi nebyly zahrnuty do výsledných dat a dále jejich odpovědi nebyly zaznamenány.

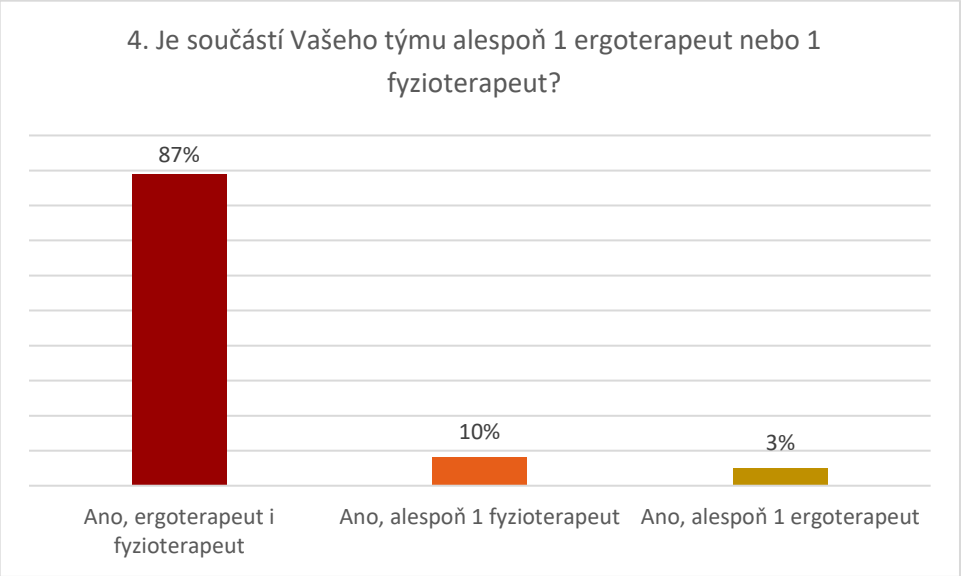
Graf 3.3 Zařazení pracoviště pod neurorehabilitaci



Složení týmu

Jak znázorňuje Graf 3.4, v 87 % byl v týmu respondentů zastoupen jak ergoterapeut, tak fyzioterapeut. V 10 % byl přítomen alespoň 1 fyzioterapeut bez ergoterapeuta. Ve 3 % byl přítomen alespoň 1 ergoterapeut bez fyzioterapeuta. Přítomnost alespoň 1 ergoterapeuta nebo fyzioterapeuta byla podmínkou k zařazení do dotazníku. 1 respondent uvedl, že v týmu není ani ergoterapeut a ani fyzioterapeut. Jeho odpovědi tedy nebyly zahrnuty do konečných výsledků.

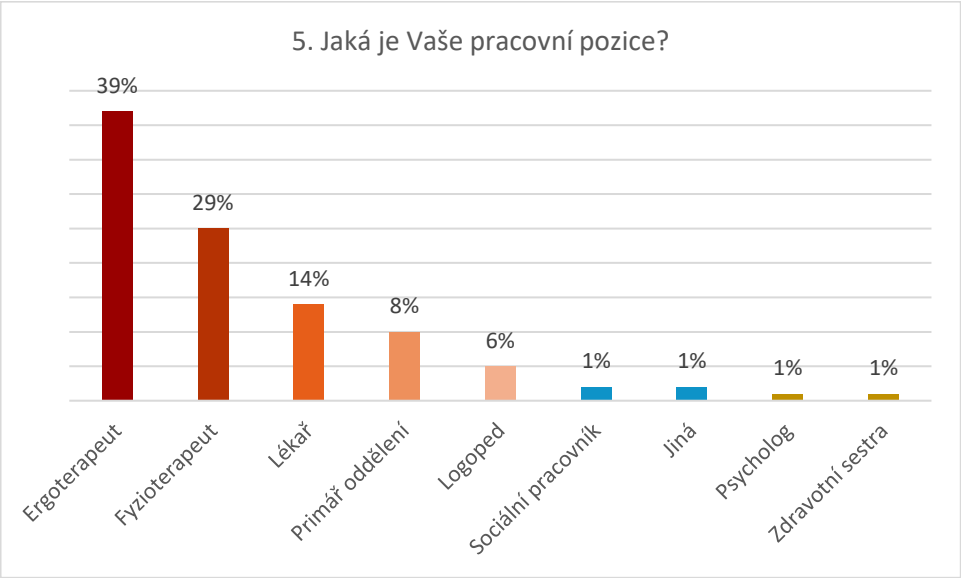
Graf 3.4 Složení týmu



Pracovní pozice respondenta

Největší míru zastoupení měla pozice ergoterapeuta, následně pozice fyzioterapeuta. Nejméně zastoupené profese byly sociální pracovníci, psychologové a zdravotní sestry. Grafické znázornění pracovní pozice uvádí Graf 3.5.

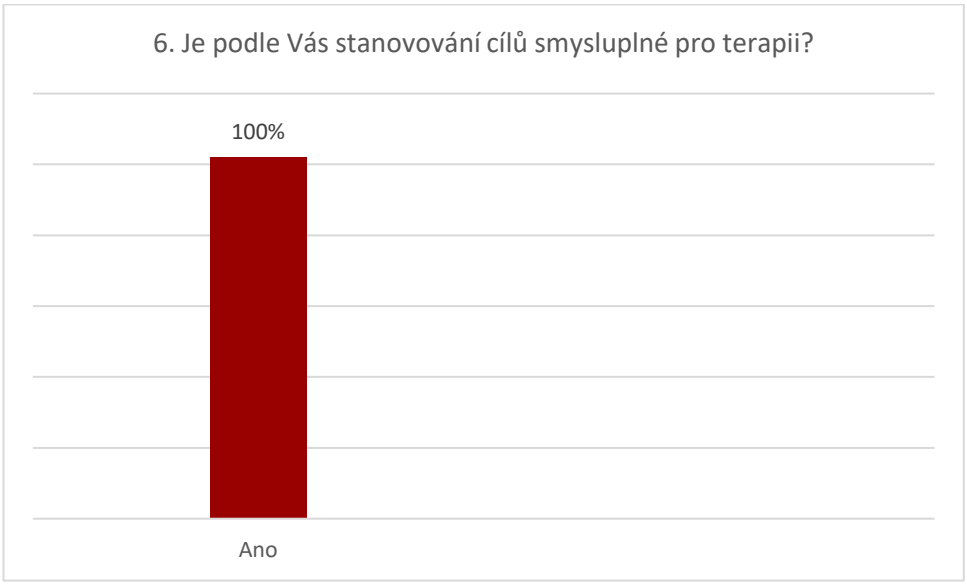
Graf 3.5 Pracovní pozice respondentů



Smysluplnost stanovování cílů terapie

Graf 3.6 ukazuje, že všichni dotazovaní respondenti souhlasí s tvrzením, že je stanovování cílů v terapii smysluplné.

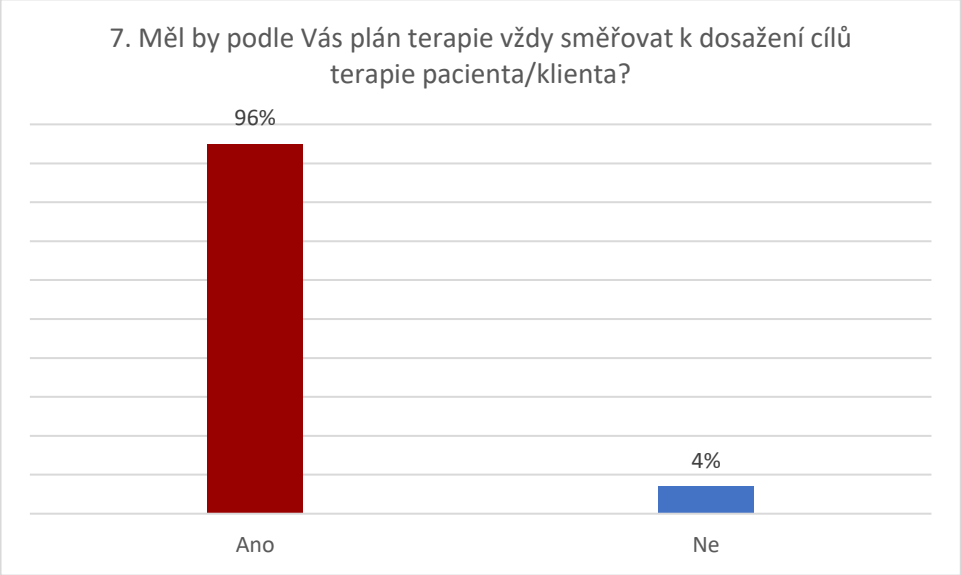
Graf 3.6 Smysl stanovování cílů terapie



Směr plánu terapie k dosažení cílů terapie

Na otázku, zda by měl plán terapie vždy směřovat k dosažení cílů terapie, většina odpověděla ano (96 %).

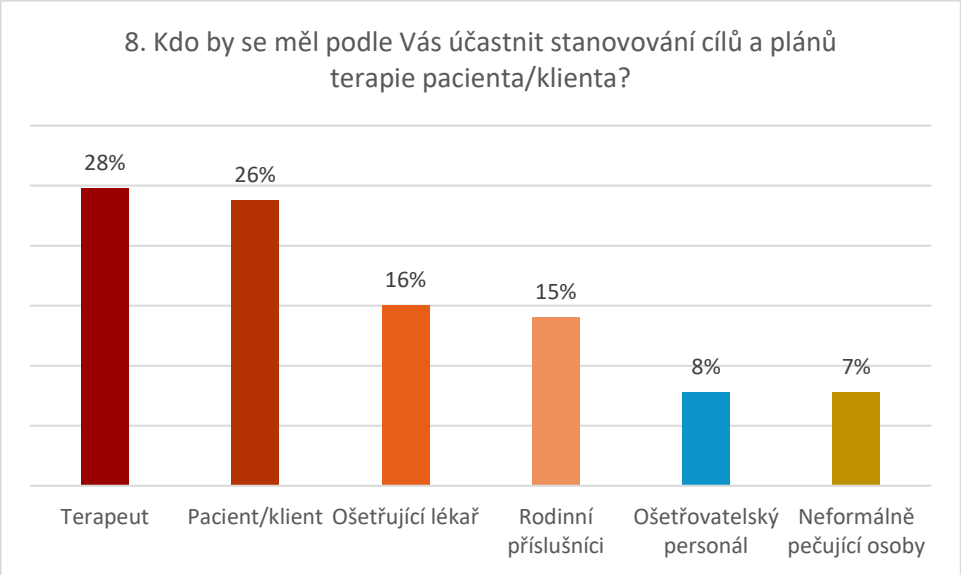
Graf 3.7 Směr plánu terapie k dosažení cílů terapie



Účastníci při stanovování cílů a plánů terapie

V Grafu 3.8 jsou zaznamenány odpovědi respondentů ohledně toho, kdo by se měl podle jejich názoru podílet na stanovování cílů a plánů terapie. Zde mohli respondenti vybrat více odpovědí. Nejčastěji se respondenti shodli na odpovědi, že by se měl tohoto procesu účastnit terapeut, a to v 28 % odpovědí. Hned za terapeutem se umístil pacient/klient s 26 %. V 16 % respondenti uvedli, že by se tohoto stanovení měl účastnit ošetřující lékař. 15 % respondentů uvedlo, že by se měli do procesu zapojit také rodinní příslušníci. Ošetřovatelský personál byl uveden v 8 % a na posledním místě se umístila neformálně pečující osoba, kterou zvolilo 7 % respondentů.

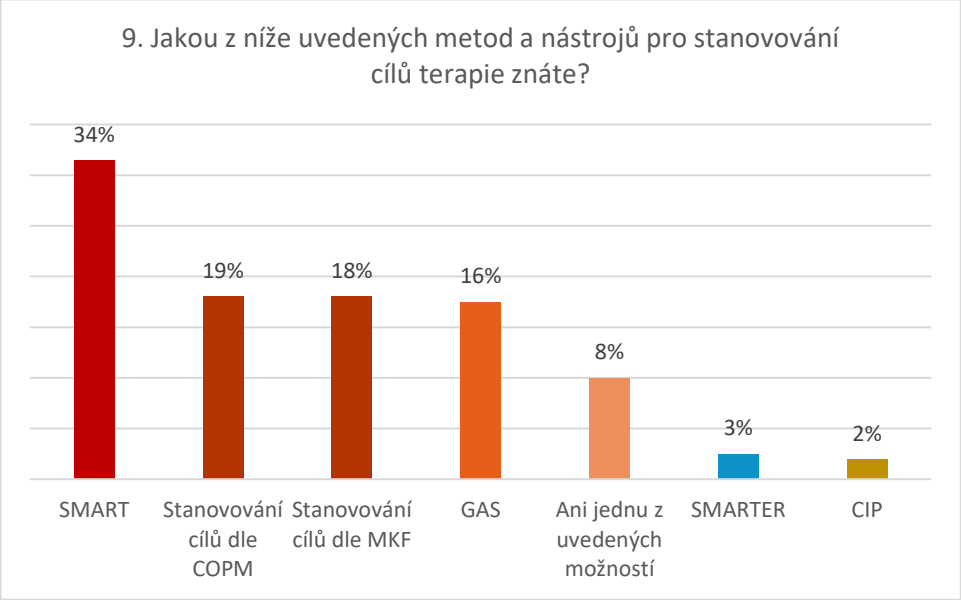
Graf 3.8 Osoby podílející se na stanovování cílů a plánů terapie



Známé metody a nástroje pro stanovování cílů terapie

Respondenti mohli zaznamenat 1 a více odpovědí v otázce, jaké znají metody a nástroje pro stanovování cílů v terapii. Měli na výběr ze 7 možností. Nejznámější metodou mezi respondenty byla metoda SMART, kterou zvolilo 34 %. Na dalším místě bylo stanovování cílů s využitím COPM, s 19 %. Jen o 1 % méně respondentů uvedlo, že znají stanovování cílů dle MKF. Nástroj GAS zná 16 % dotázaných. 8 % uvedlo že neznají ani jednu metodu nebo nástroj pro stanovování cílů terapie. Pouze 3 % znají metodu SMARTER a 2 % CIP. Přehled odpovědí je uveden v Grafu 3.9.

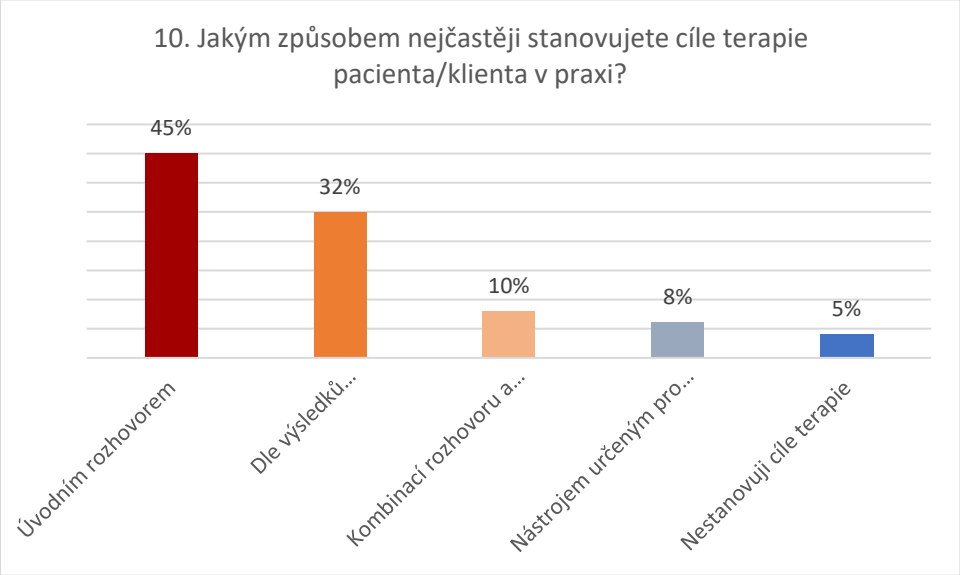
Graf 3.9 Známé metody a nástroje pro stanovování cílů terapie



Stanovení cílů v praxi

Úvodní rozhovor pro stanovení cílů terapie využívá nejvíce respondentů, a to 45 %. Podle výsledků standardizovaných testů stanoví cíl 32 %. Kombinaci rozhovoru a standardizovaných testů je využito v 10 %. Nástroj přímo určený pro stanovení cílů využívá 8 %. V 5% cíl terapie není stanoven vůbec (Graf 3.10).

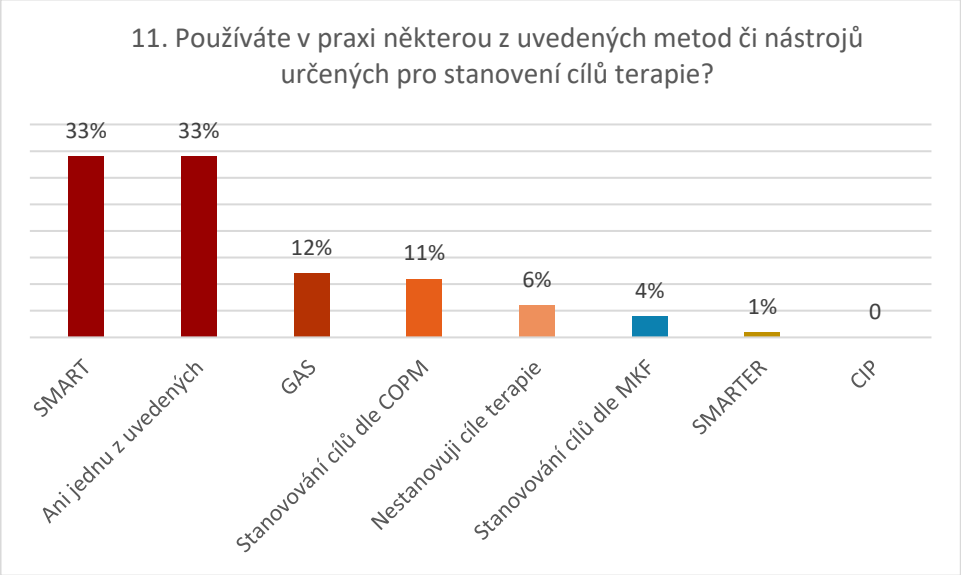
Graf 3.10 Způsob stanovování cílů terapie v praxi



Využití metody či nástroje určené pro stanovování cílů terapie

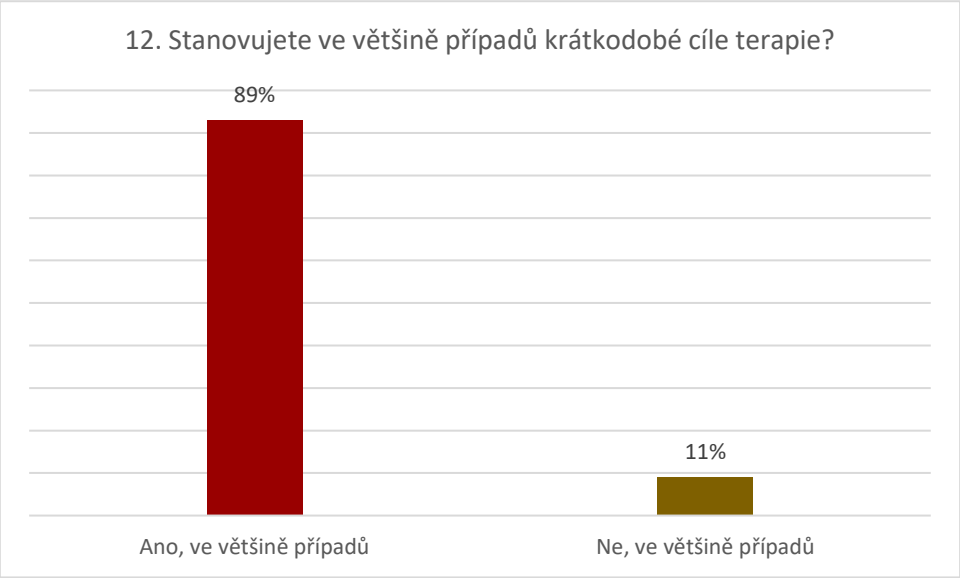
Odpovědi na otázku využívání konkrétního nástroje pro stanovování cílů v praxi jsou zaznamenány v Grafu 3.11. Nejčastěji byla volena metoda SMART, a to ve 33 %. Se stejnou četností byla volena odpověď, že respondenti nevyužívají ani jeden nástroj určený pro stanovování cílů terapie. Ve 12 % byla zvolena metoda GAS. V 11 % je využíváno COPM. Na posledních místech se nachází stanovování cílů dle MKF, SMARTER. Metodu CIP neuvedl ani jeden z dotázaných respondentů. 6 % respondentů nevyužívá ani jeden z uvedených nástrojů určených pro stanovování cílů terapie.

Graf 3.11 Využití metod či nástrojů určených pro stanovování cílů terapie v praxi

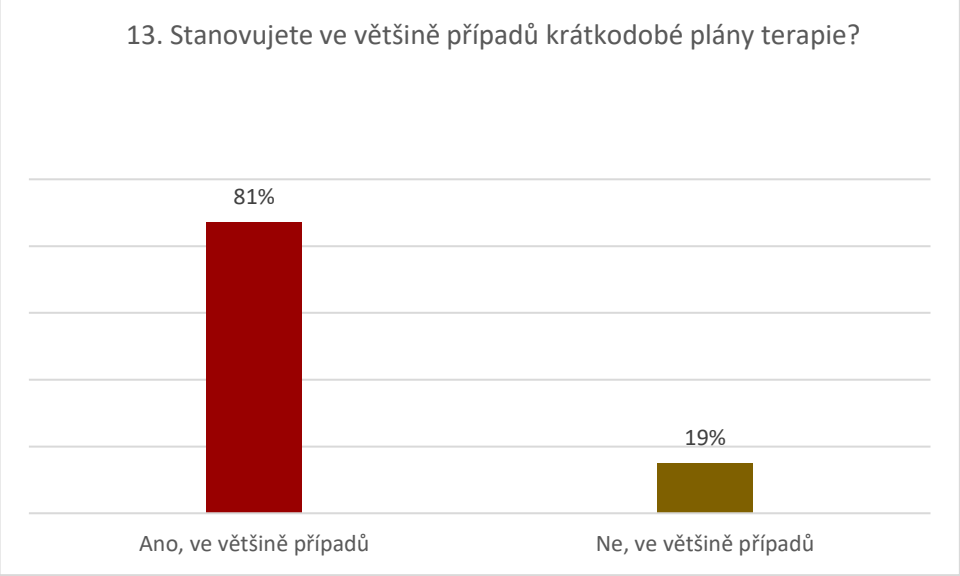


Krátkodobé cíle a plány terapie

89 % respondentů udává, že ve většině případů stanovují krátkodobé cíle terapie. 11 % ve většině případů krátkodobé cíle nestanovuje. Co se týče krátkodobých plánů terapie, ty stanovuje 81 % respondentů. Zbylých 19 % uvádí, že ve většině případů k tomuto stanovení nedochází. Porovnání těchto údajů je uvedeno v Grafu 3.12 a Grafu 3.13.



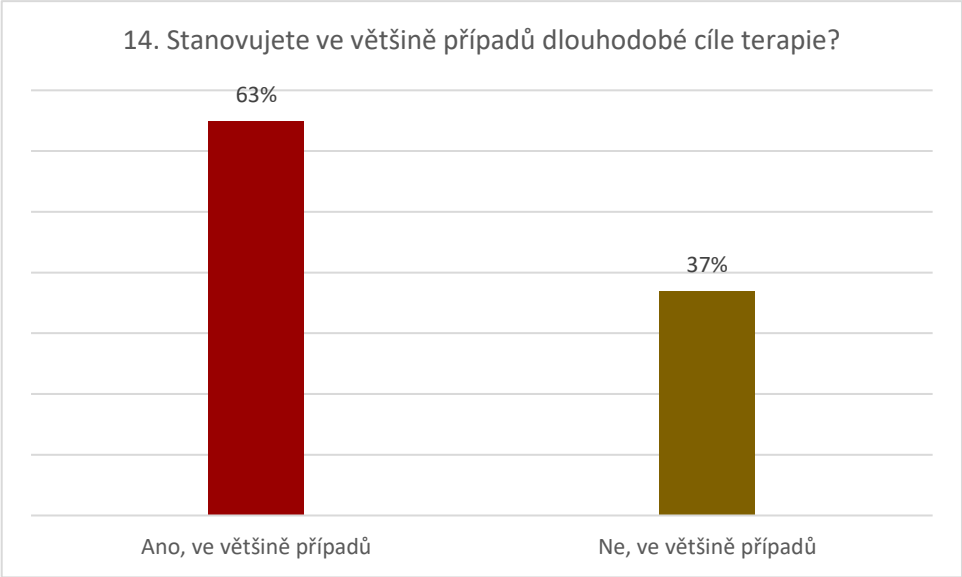
Graf 3.13 Stanovování krátkodobých plánů terapie v praxi



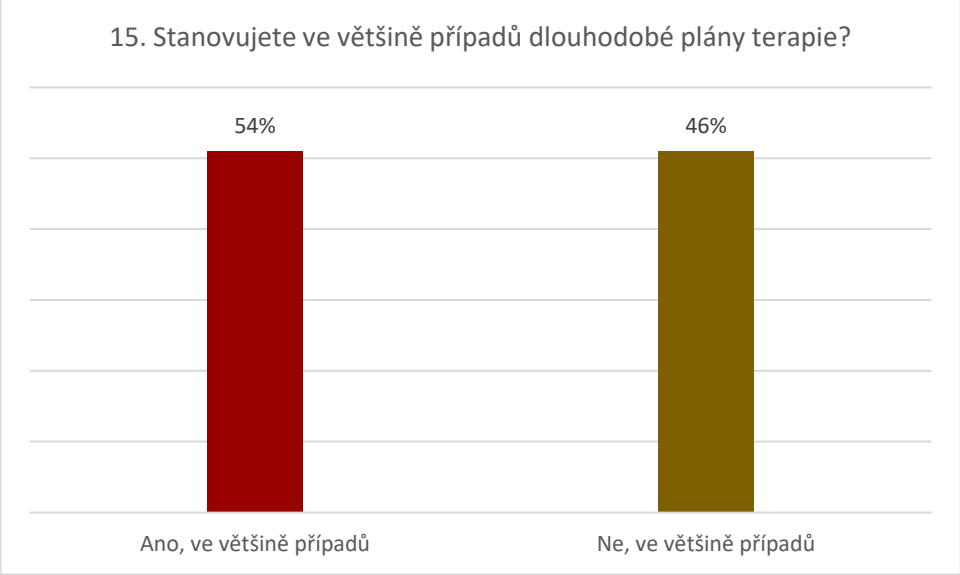
Stanovování dlouhodobých cílů a plánů terapie

Respondenti v 63 % stanovují dlouhodobé cíle terapie ve většině případů. U 37 % ve většině případů nedochází k stanovení dlouhodobého cíle. K stanovení dlouhodobého plánu terapie dochází u 54 %, u 46 % k tomuto stanovení nedochází (Graf 3.14, Graf 3.15).

Graf 3.14 Stanovování dlouhodobých cílů terapie v praxi



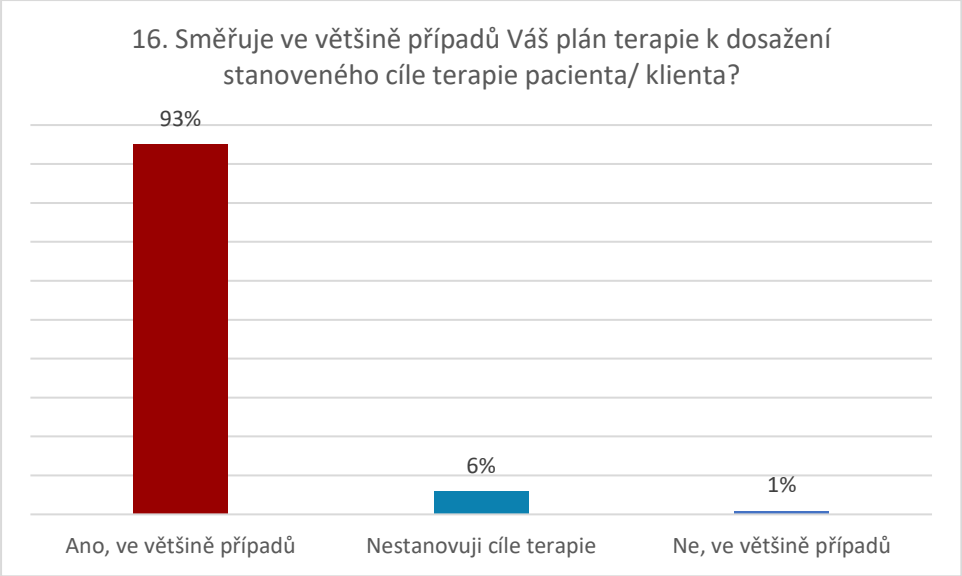
Graf 3.15 Stanovování dlouhodobých plánů terapie v praxi



Směřování plánů terapie k dosažení cíle terapie

Respondenti v 93 % odpověděli, že ve většině případů jejich plán terapie vede k tomu, aby bylo dosaženo stanoveného cíle terapie. 1 % uvedlo že ve většině případů k tomu nedochází. Zbylých 6 % jsou respondenti, kteří vůbec cíle terapie nestanovují (Graf 3.16).

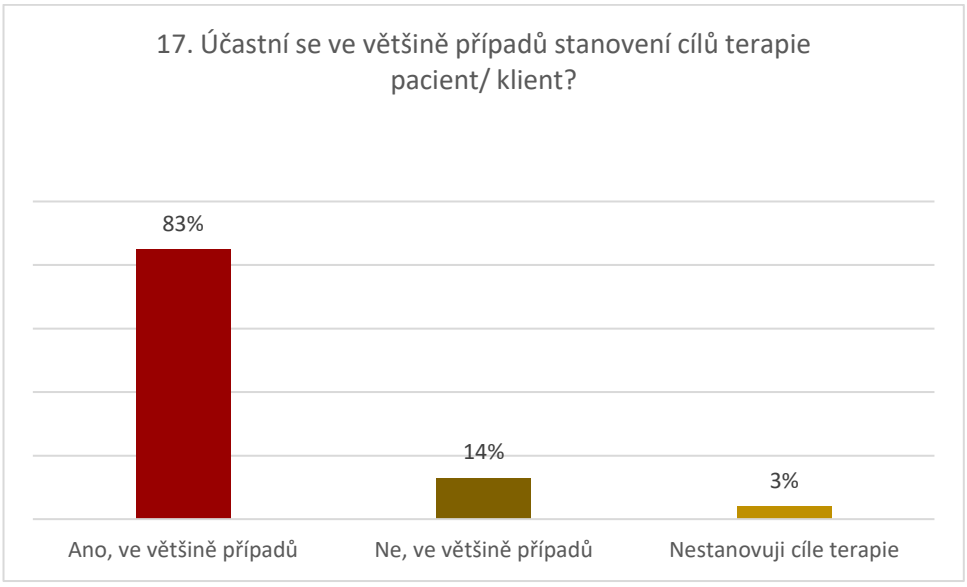
Graf 3.16 Směřování plánu terapie k cíli



Účast pacientů/klientů na stanovování cílů terapie

Na otázku ohledně spoluúčasti pacienta/klienta na procesu stanovování cílů terapie odpovědělo 83 %, že se ve většině případů pacient/klient spolupodílí na stanovování cílů terapie. Ve 14 % se pacient/klient nepodílí na stanovování cílů terapie. Zbylá 3 % jsou respondenti, kteří cíle vůbec nestanovují (Graf 3.17).

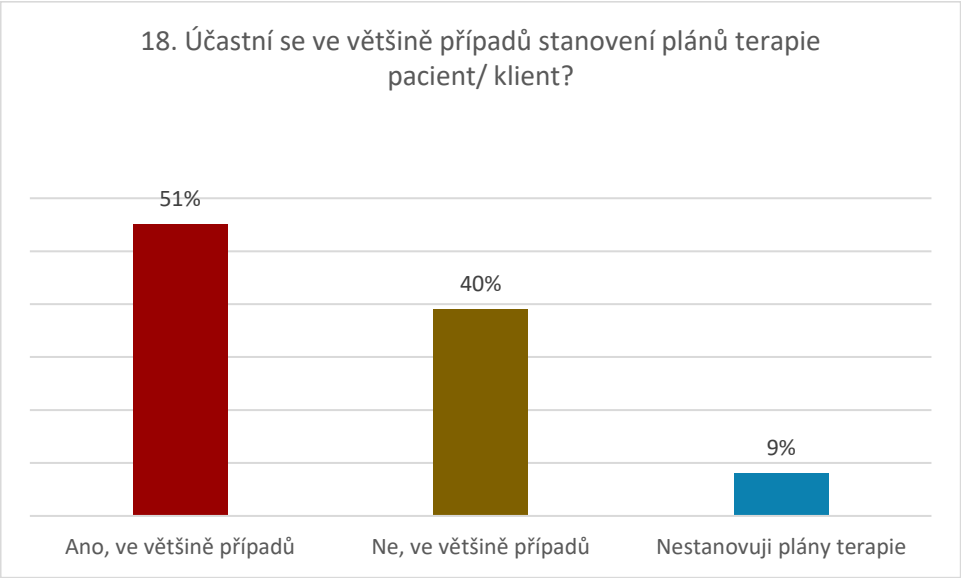
Graf 3.17 Spoluúčast pacienta/klienta na stanovování cílů



Účast pacientů/klientů na stanovování plánů terapie

V 51 % případů dochází k stanovení plánů terapie společně s pacientem/klientem. Oproti tomu ve 40 % se pacient/klient nepodílí na stanovování plánů terapie. Zbylých 9 % respondentů jsou ti, kteří plány terapií nestanovují vůbec (Graf 3.18).

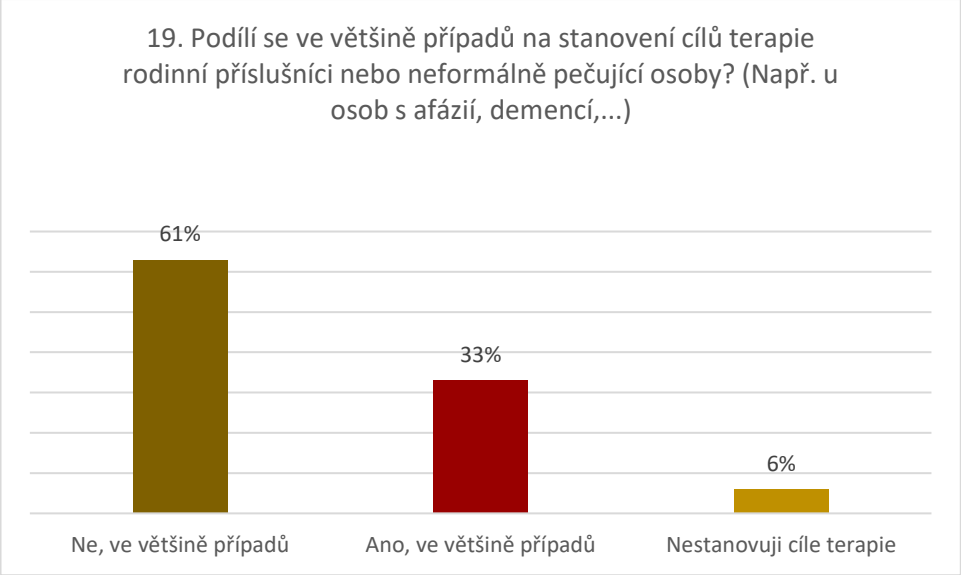
Graf 3.18 Spoluúčast pacienta/klienta na stanovování plánů terapie



Účast rodinných příslušníků nebo neformálně pečujících osob na stanovování cílů terapie

61 % respondentů uvedlo, že se na stanovování cílů terapie neúčastní ve většině případů rodinný příslušník nebo neformálně pečující osoba. Ve 33 % se do procesu stanovování cílů tyto osoby zapojují. Zbylých 6 % jsou respondenti, kteří cíle terapie nestanovují (Graf 3.19).

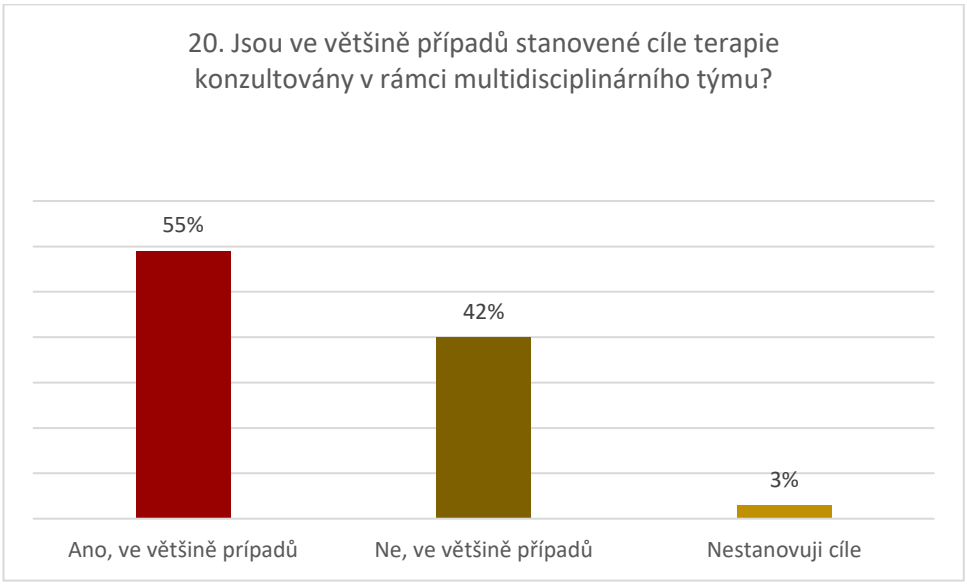
Graf 3.19 Spoluúčast rodiny/neformálně pečujících osob při stanovování cílů v praxi



Konzultace stanoveného cíle terapie v rámci multidisciplinárního týmu

55 % respondentů konzultuje stanovené cíle ve svém multidisciplinárním týmu. Ve 42 % k tomu nedochází. Zbylé 3 % jsou respondenti, kteří cíle nestanovují (Graf 3.20).

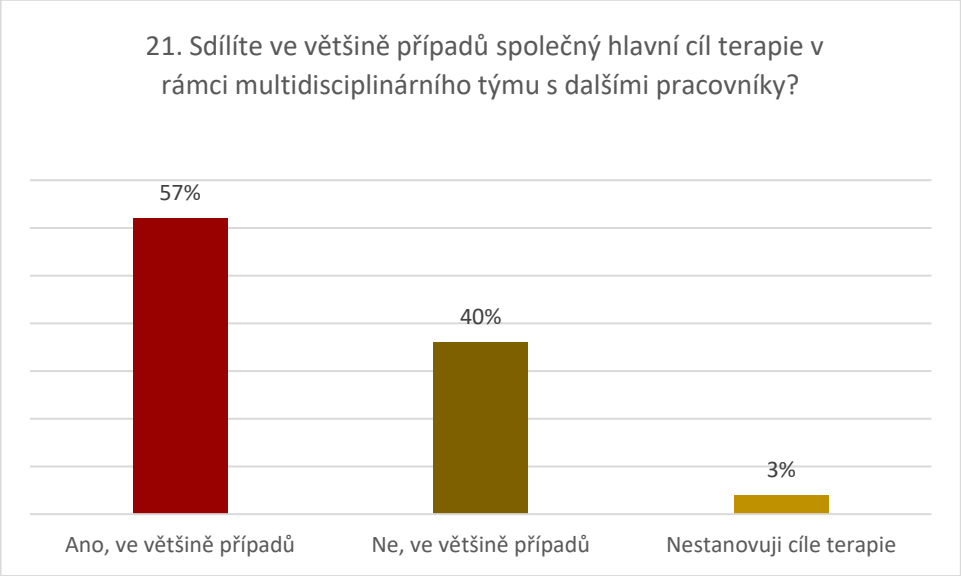
Graf 3.20 Konzultace cíle terapie v multidisciplinárním týmu



Sdílení společného hlavního terapeutického cíle v rámci multidisciplinárního týmu

Respondenti byli dotázáni, zda sdílí hlavní terapeutický cíl s dalšími členy multidisciplinárního týmu. 57 % respondentů sdílí vzájemně cíl, ve 40 % nedochází ke sdílení. Zbylé 3 % respondentů nestanovují cíle (Graf 3.21).

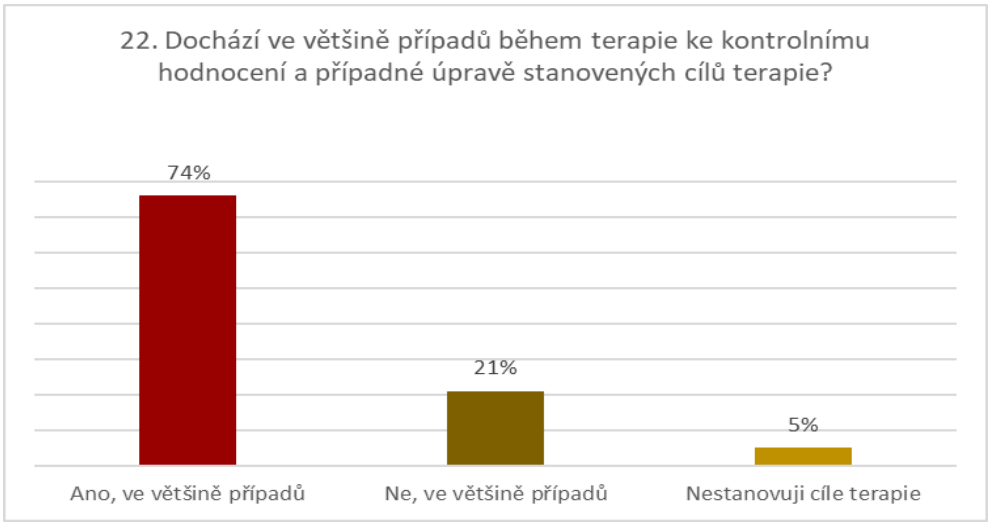
Graf 3.21 Sdílení společného terapeutického cíle v multidisciplinárním týmu



Kontrolní hodnocení a úprava stanovených cílů terapie

Další otázka cílila na to, zda dochází ke kontrolnímu hodnocení stanovených cílů a popřípadě k jejich úpravě během terapie. Nadpoloviční většina (74 %) uvedla, že ke kontrole a případné úpravě cíle terapie ve většině případů dochází. 21 % uvedlo, že k tomuto procesu během terapií nedochází. Zbylých 5 % jsou respondenti, kteří nestanovují cíle terapie (Graf 3.22).

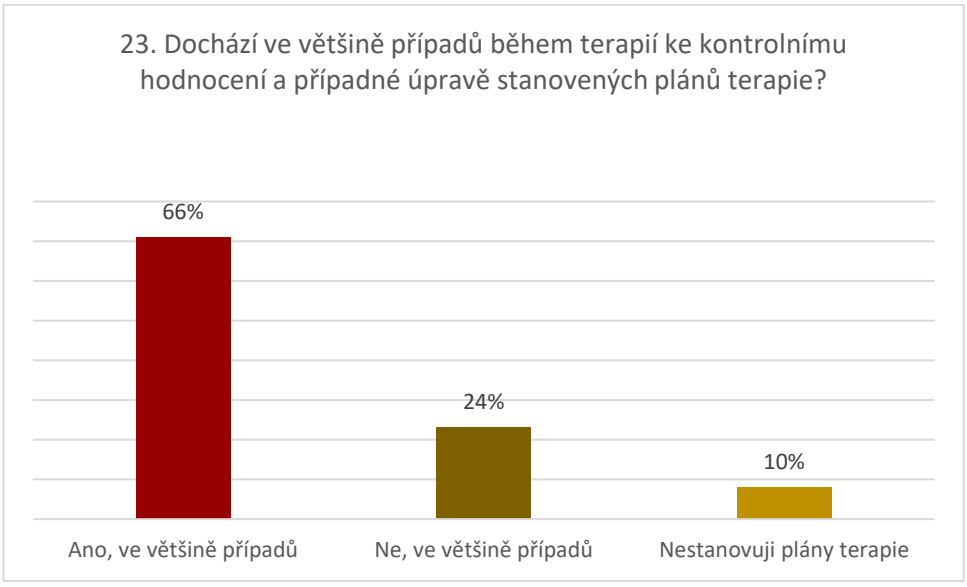
Graf 3.22 Kontrolní hodnocení a úprava cílů v průběhu terapie



Kontrolní hodnocení a úprava stanovených plánů terapie

Respondenti odpovídali na otázku, zda ve většině případů provádí kontrolní hodnocení a případně upravují stanovený plán terapie. 66 % uvedlo, že k tomu dochází ve většině případů. 24 % toto hodnocení a úpravu neprovádí. Zbylých 10 % jsou respondenti, kteří nestanovují plány terapie (Graf 3.23).

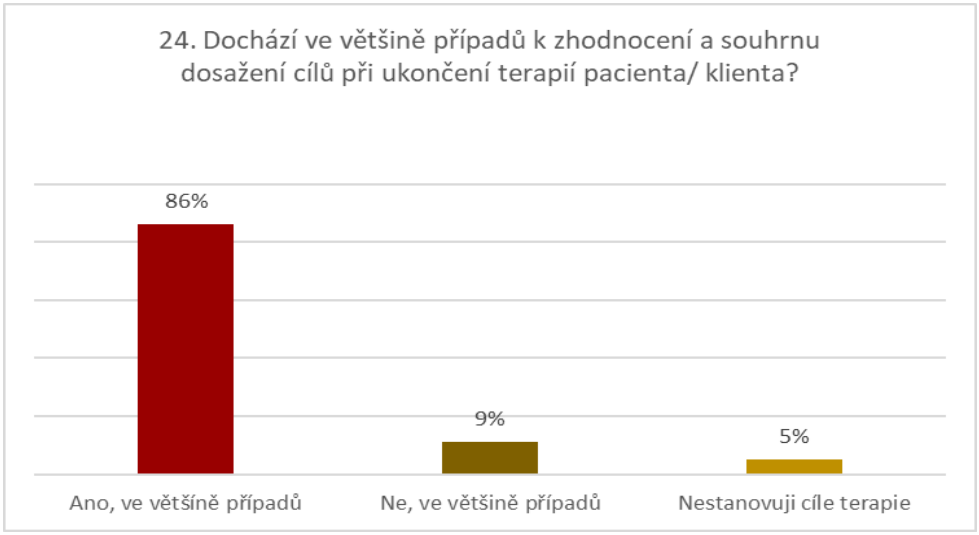
Graf 3.23 Kontrolní hodnocení a úprava plánů v průběhu terapie



Závěrečné zhodnocení a shrnutí dosažených cílů při ukončení terapie

Respondenti byli dotázáni, zda při ukončení terapie provádí zhodnocení dosažených cílů a jejich shrnutí. 86 % odpovědí se shodovalo, že dochází k zhodnocení a souhrn cílů při ukončení terapie. 9 % uvedlo že k tomuto souhrnu a zhodnocení nedochází. Zbylých 5 % tvoří respondenti, kteří nestanovují cíle terapie (Graf 3.24).

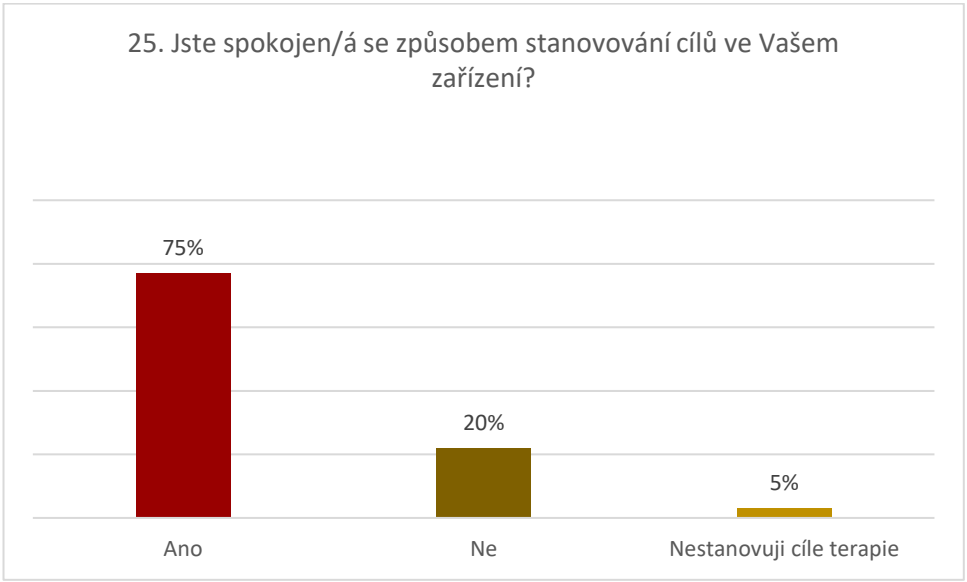
Graf 3.24 Závěrečné zhodnocení a shrnutí cílů terapie



Spokojenost se způsobem stanovování cílů v zařízení

Předposlední otázka hodnotila, zda jsou respondenti spokojeni se způsobem stanovování cílů v jejich zařízení. Většina uvedla, že jsou spokojeni. 20 % spokojených není. Zbylých 5 % jsou respondenti, kteří cíle terapie nestanovují (Graf 3.25).

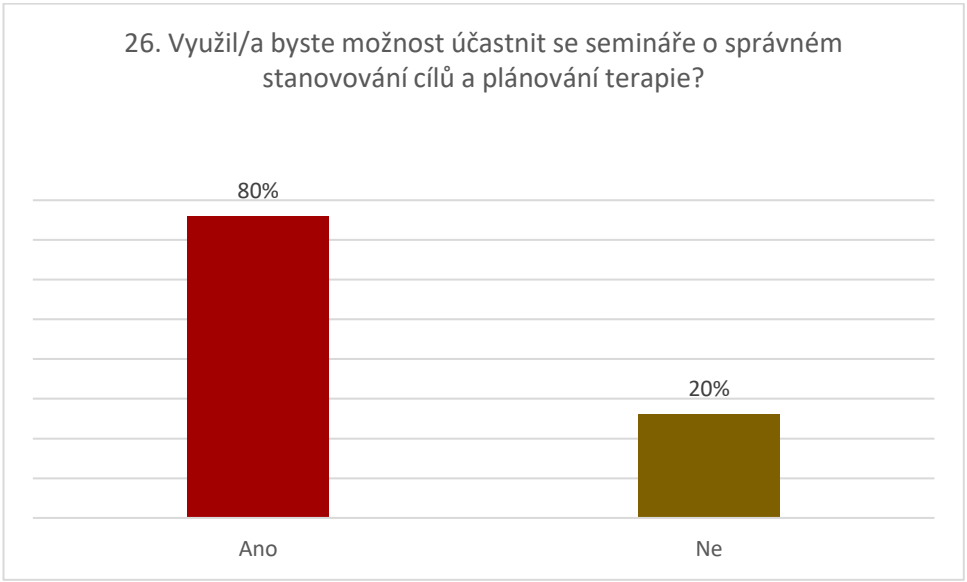
Graf 3.25 Spokojenost se stanovováním cílů v zařízení



Příležitost účasti na semináři o stanovování cílů a plánování terapie

Poslední otázkou na respondenty bylo, zda by využili možnost účasti na semináři, který by se zaměřoval na stanovování cílů a plánování terapie. 80 % by této možnosti využilo (Graf 3.26).

Graf 3.26 Účast na semináři o stanovování cílů a plánování terapie



4. Diskuse

Stanovování cílů je významným procesem, který napomáhá nejen k motivaci pacienta k změně chování, ale také k jeho aktivnímu zapojení do rehabilitace a větší pravděpodobnosti, že rehabilitace povede k pozitivním výsledkům. Také napomáhá určení směru terapie, a tedy k stanovení plánu celkové terapie. Proces stanovení a plánování terapie pacienta, by měl být v praxi využíván všemi zdravotníky, ovšem ve skutečnosti to je obtížný úkol. Zejména kvůli neznalosti metod a nástrojů pro správné využití stanovování cílů. Kvůli tomuto problému, se kterým se setká mnoho nejen začínajících terapeutů nebo jiných zdravotníků, vznikla diplomová práce zabývající se stanovováním cílů a plánováním terapie v neurorehabilitaci, ve které byly rozebrány některé metody, které jsou k tomuto stanovování navrženy.

Jak literatura zmiňuje, v posledních letech se začíná ve zdravotnictví využívat přístup zaměřený na člověka. V praxi je však vidět, že zejména starší pacienti stále zaujímají postoj pasivního příjemce zdravotní péče a nezapojují se do celého procesu léčby. S tímto problémem může pomoct stanovování cílů a plánování terapie, do kterého terapeut zapojí i samotného pacienta, případně jeho rodinu. Díky tomu se stane aktivním účastníkem celého procesu na cestě k uzdravení.

Studie z roku 2021 říká, že stanovení cíle se spoluúčastí pacienta, vede k zlepšení fyzického ale také mentálního zdraví po ukončení rehabilitace (Preed et al., 2021). To potvrzuje také studie z roku 2017, která zastává názor, že stanovování cílů je nedílnou součástí zotavení. Poskytuje naplnění cílů, zvyšuje pocit naděje pro pacienta a poskytuje mu osobní smysl (Maxoham et al., 2017). Existují studie, které ukazují na to, že stanovování cílů a zapojení pacienta vede k lepším výsledkům, nebo že vedou k zvýšení kvality. Jsou však studie, které toto tvrzení vyvrací, jako například studie z roku 2015 (Levack et al., 2015).

Z literární rešerše vyplynulo, že existují různé metody a nástroje pro stanovování cílů. Ty se od sebe liší jak způsobem jejich využití, tak aktivním zapojením pacienta, které metoda vyžaduje. Například stanovení cílů podle výsledků COPM je založeno na subjektivním hodnocení samotného pacienta, a to jak na začátku – při stanovování cílů, tak při kontrolním nebo závěrečném hodnocení, zda bylo cíle dosaženo. Zapojení pacienta do tohoto procesu je tedy nedílnou součástí. Jsou na něj kladeny nároky v rámci zamyšlení se nad sebou samým a sebehodnocením. Při využití GAS je potřeba, aby byly cíle objektivní a aby byl terapeut schopen posoudit, zda bylo dosaženo stanoveného cíle (Siegert, Levack; 2014). Oproti tomu u metody SMART není zapotřebí tak velká míra sebehodnocení a sebereflexe pacientem. To

může být výhodou, jelikož u některých pacientů může být narušen náhled na svou vlastní osobu a schopnosti komunikace. Někteří pacienti si nepřipouští, že by mohli mít v domácím prostředí s čímkoliv problém, někteří mohou naopak mít pocit, že již nic nebude jako dřív a tím pádem se mohou podhodnocovat. To může být ovlivněno také tím, že se u osob po CMP vyskytuje deprese. Depresivní porucha je totiž považována za nejčastější a nezávažnější psychickou poruchou spojenou s CMP (Liu et al., 2023).

Metoda GAS je, jak již bylo zmíněno, do značné míry subjektivní. Oproti využívání standardizovaných testů a hodnocení, jako je například Barthel index, neobsahuje jasně stanovené soubory úkolů hodnocených standardizovaným postupem. Tento způsob lze hodnotit jako citlivý a výhodný kvůli jeho zaměření na subjektivní hodnocení pacientem (Harris et al., 2004). Jiné studie však upozorňují na náročnější výpočet za použití vzorce pro vyhodnocení a také časovou náročnost. Zároveň kvůli jeho pozitivnímu hodnocení z důvodu, že zapojuje pacienta do procesu, může právě ono subjektivní pacientovo sebehodnocení zkreslovat reálné výsledky (Turner-Stokes et al., 2009).

Diskuse k diplomové práci byla strukturována do 3 oblastí. První oblastí je metodologie, která byla využita při tvorbě diplomové práce. Druhou oblastí je diskuse o výsledcích, které byly zjištěny. Poslední oblastí jsou návrhy na další studie.

4.1 Diskuse k metodologii práce

Základním krokem při tvorbě teoretické části diplomové práce bylo vytvoření literární rešerše, která byla zaměřená na zmapování nástrojů a metod pro stanovování cílů a stanovení plánu terapie v neurorehabilitaci. Vyhledávání zdrojů probíhalo ve 4 databázích, kterými byl Scopus, PubMed, Ovid a Web of Science.

Zdroje diplomové práce byly vyhledány s využitím klíčových slov, kterými byly ergoterapie, neurorehabilitace, stanovování cílů, plánování terapie, terapeutické cíle. Hlavní zdroje byly v anglickém jazyce, jelikož česká literatura příliš nepojednává o stanovování cílů a plánování terapií. Většina zdrojů není starších 5 let, pouze významné publikace byly staršího data vydání.

V rámci metodologie praktické části práce bylo využito dotazníkové šetření, aby se získala kvantitativní data od co největšího vzorku respondentů spadajících do stejné kategorie, tedy do kategorie zaměstnanců v rámci neurorehabilitace (Hendl, 2004). Sběr dat probíhal od

11. 12. 2023, byl ukončen 11. 2. 2024 a jeho vyplnění bylo časově nenáročné. V 62 % zvládli respondenti vyplnit dotazník během 2-5 minut, ve 30 % byl vyplněn během 5-10 minut. Zbylé odpovědi zabraly víc než 30 minut, nebo dotazník nebyl dokončen. Dotazník byl strukturovaný, s možností výběru 1 i více odpovědí. Dohromady byl dotazník rozeslán na 180 emailových adres dostupných na internetových stránkách jednotlivých zařízení. Díky tomu, že byl stejný dotazník rozeslán všem respondentům, došlo k rychlému získání kvantitativních dat v jednotném formátu, která mohla být následně objektivně zpracována. Silnou stránkou této diplomové práce je její inovativnost. Zabývá se dosud nezmapovanou problematikou stanovování cílů v reálném prostředí zdravotnických zařízení a monitoruje tak opravdový stav využívání plánování a stanovování cílů terapie zdravotníky a jejich pacienty. Další silnou stránkou je vysoký počet získaných odpovědí. Mimo to studie obsáhla široké spektrum zdravotnických pracovníků – ergoterapeuty, fyzioterapeuty, lékaře a primáře oddělení, logopedy, sociální pracovníky, psychology i zdravotní sestry, což práci dodává mezioborový rozměr. Vliv na rozsah navrácených dotazníků mohla mít kromě zajímavosti tématu také forma jeho diseminace s osobním oslovením adresáta a zejména detailní popis očekávání směrem k potenciálním respondentům – předpokládaná časová náročnost, oblasti, jež dotazník pokrývá, či možnost zanechat kontakt pro obdržení výsledků šetření či osobní komentář. Jedním z faktorů pro získání takového množství odpovědí mohla být samotná problematika, kterou se diplomová práce zabývá. Každý email byl tedy odeslán jednotlivě, každý adresát byl osloven titulem, příjmením a dále byl seznámen s obsahem diplomové práce, oblastmi, kterými se dotazník zabývá. Byl mu sdělen předpokládaný čas vyplnění dotazníkového šetření a navrhnuta možnost zaslání dotazníku dalším spolupracovníkům, pokud jej toto téma oslovilo. Aby autorka ukázala další snahu o individuální přístup k respondentům, v dotazníkovém šetření nechala kolonku, ve které mohli zanechat své emailové adresy, na které jim bude zaslán souhrn výsledků z diplomové práce.

Pro ověření vlastního sběru dat byl dotazník v rámci pilotáže rozeslán v rámci Fakultní nemocnice Královské Vinohrady ergoterapeutům, fyzioterapeutům, lékařům a psychologovi. Na deseti vzorcích odpovědí od terapeutů a lékařů byly diskutovány případné nesrovnalosti nebo nejasnosti ze strany respondentů. Na základě této pilotáže pak došlo ke změně formulace či upřesnění některých otázek.

Relevantnost získaných dat může být narušena například formulací otázky, nebo nesprávnou interpretací respondentem. Dalším ovlivňujícím faktorem může být nedostatek času respondenta na vyplnění dotazníku. Roli může také hrát lidský faktor, kdy odpovědi

nemusí být zvoleny podle skutečnosti, nýbrž podle predikce očekávané odpovědi, Což může významně zkreslovat reálnou situaci. Limitací výběru dotazníkového šetření mohla být také omezená interakce s respondenty. Při osobním rozhovoru by bylo možné lépe nahlédnout do problematiky a případně společně rozebrat a specifikovat konkrétní otázky a možnosti odpovědí. Tento způsob získávání dat by však byl časově náročný, jelikož práce cílila na neurorehabilitační zařízení v celé České republice, a mohl by vnášet do studie subjektivní komponenty.

Do dotazníkového šetření byly jako odpovědi ohledně metod a nástrojů určených k stanovování cílů zvoleny takové metody, které se nejčastěji vyskytovaly v různých přehledových studiích (Budget et al., 2024; Okita et al., 2024). Také zde byla zařazena metoda CIP, vzhledem k její vysoké validitě i reliabilitě (Cisneros et al., 2019). Je však možné, že některé využívané metody plánování a stanovování cílů nebyly zahrnuty.

Mezi kritéria pro zařazení odpovědí respondentů do výzkumu patřila podmínka, že je jejich zařízení součástí neurorehabilitace. Toto kritérium bylo zvoleno pro získání dat od konkrétního vzorku respondentů v České republice a s cílem získat data co nejcitlivější. Dalším kritériem bylo, že v zařízení respondentů musí být zaměstnán alespoň 1 ergoterapeut a/nebo 1 fyzioterapeut. Toto druhé kritérium bylo zvoleno pro zmapování, zda jsou v neurorehabilitačních zařízeních přítomni tito zaměstnanci a pramení také z předpokladu, že jsou to v praxi právě ti, kteří stanovují rehabilitační cíle a plány terapie pacienta.

4.2 Diskuse k výsledkům práce

Výsledkem diplomové práce s využitím dotazníkového šetření bylo zjištění, jakým způsobem stanovují cíle terapie pracovníci v neurorehabilitaci napříč Českou republikou. Dotazníkové šetření bylo rozesláno na emailové adresy získané na webových stránkách daných zařízení. Odpovědi respondentů ohledně jejich pracovní pozice jsou v souladu s obecně známou a doporučenou strukturou neurorehabilitačního týmu (Grünerová-Lippertová., 2024; Kolář et al., 2020). Zastoupeny byly všechny pracovní pozice, nejvíce respondentů bylo na pozici ergoterapeuta a následně fyzioterapeuta. Seznam pracovních pozic byl sestaven dle výsledků rešerše a byl zde zahrnut lékař, primář oddělení, ergoterapeut, fyzioterapeut, logoped, sociální pracovník, psycholog a zdravotní sestra. Jelikož byly dotazníky pro zvýšení návratnosti zasílány také primářům oddělení, byla zde tato pracovní

pozice také uvedena. Nejvíce odpovědí patřilo ergoterapeutům. To mohl zapříčinit fakt, že se jedná o diplomovou práci studenta ergoterapie.

Jelikož byla celá práce zaměřená na neurorehabilitaci, dotazníkové šetření obsahovalo kritéria pro zařazení či vyloučení odpovědí respondentů. Hlavní podmínkou bylo zařazení zařízení pod neurorehabilitaci. Tímto kritériem neprošlo 13 respondentů, a jejich odpovědi byly následně vyloučeny, aby nedošlo ke zkreslení výsledků. Díky tomuto kritériu lze výsledky globálně aplikovat na neurorehabilitační zařízení v České republice.

Jak již bylo zmíněno, stanovování cílů je jedním ze základních postupů nejen v neurorehabilitační v praxi, ale celkově ve zdravotnictví a dotýká se všech zaměstnanců, od lékařů, po terapeuty, sociální pracovníky nebo psychology. Není to proces týkající se pouze nemocničních zařízení, ale také ambulantních zařízení, stacionárních zařízení a mnoha dalších. Stanovování cílů a plánování terapie pomáhá se zkvalitněním poskytované péče a pomáhá zaměřit svou terapii na pacienta. Samotný cíl může pomoct při plánování terapie a celkového léčebného plánu. Jsou-li cíle a plány dobře stanovené, mohou pomoct pacientovi k pozitivnějším výsledkům terapie, jejich zapojení má vliv také k celkové motivaci pacienta. Pro terapeuta může sloužit k posouzení pokroku a případné zvážení přehodnocení cílů terapie. Vhodně nastavené cíle mohou pomoct s udáním směru terapie a tím pomůže sestavit celkový plán terapie, který vede k dosažení onoho stanoveného cíle. Stanovení krátkodobých cílů, které mohou být jakýmsi mezikrokem k dosažení dlouhodobých cílů, může napomoct limitovat riziko snížení motivace pacienta, jelikož dojde ke splnění dílčích cílů, v kratším čase. Také to může mít vliv na pocit kontroly nad procesem pacientových terapií. Tuto teorii potvrdily výsledky dotazníkového šetření, kdy se všichni dotazovaní shodli, že je stanovování cílů pro terapii smysluplné. Zároveň bylo zajímavé zjištění, že 100 % respondentů považuje stanovování cílů za smysluplné, ale již ne všichni se shodli, že by měl plán terapie vždy směřovat k dosažení cílů terapie pacienta. Jedná se však pouze o 4 % odpovědí, kdy bylo uvedeno, že plán terapie nemusí vždy směřovat k dosažení cílů. Zde by bylo vhodné například osobní setkání a diskuze s respondenty. Pozitivním zjištěním je, že ve většině případů, kdy dojde ke stanovení cílů terapie pacienta, dochází k naplánování kroků, které pomůžou tohoto cíle dosáhnout.

Za zmínku stojí zjištění, že se v mnohem větší míře stanovují krátkodobé cíle a plány terapie oproti dlouhodobým. Dlouhodobé cíle, které většinou přesahují dobu hospitalizace, se stanovují méně často než krátkodobé, ovšem stále častěji se stanovuje dlouhodobý cíl oproti

dlouhodobému plánu. Jedním z možných důvodů, proč tomu tak je, může být předpoklad následné hospitalizace pacienta v jiném zařízení, kde dojde k dalšímu stanovení cílů.

Práce blíže popisuje různé metody a nástroje pro stanovování cílů a plánování terapií v neurorehabilitaci. Ačkoliv existují nástroje přímo k tomu určené, z praxe dle výsledků dotazníku vyplývá, že se ke stanovení cíle terapie nejčastěji využívá rozhovor mezi terapeutem a pacientem. Až poté se využívá například některý ze standardizovaných testů jako je COPM. Poté se často terapeuti rozhodnou pro využití kombinaci rozhovoru a výsledků vyšetření. Nástroj přímo určený pro tento proces využívá nejméně dotazovaných respondentů.

Jako nejvyužívanější a nejznámější metodu, která pomáhá se stanovováním cílů pacienta je nejen podle literatury, ale také výsledků dotazníkového šetření, metoda SMART. Studie z roku 2024 zmiňuje, že je tato metoda vhodnější pro stanovení krátkodobých cílů (Budgett et al., 2024). Metoda SMART je často využívána zejména pro její srozumitelnost a jasně danou strukturu. Stanovený cíl podle této metody je tedy specifický, měřitelný, dosažitelný, relevantní, časově ohraničený. Při správném použití podporuje přístup zaměřený na člověka, jelikož jedním z kritérií pro SMART cíl je, aby byl relevantní a dával smysl samotnému pacientovi. Limitace této metody může být například její rigidita. Zejména u neurologických pacientů je stav v krátkém čase proměnlivý, a proto může být časové ohraničení limitující. Proto je potřeba přehodnocovat stanovené cíle v průběhu času. Také může docházet ke konfliktu v ohledu relevantnosti, jelikož se terapeut nemusí shodovat s pacientem. V tomto případě vyvstává otázka, jak moc by měl do tohoto rozhodnutí zasahovat terapeut tak, aby nedocházelo k vnucování cílů terapeuta, nebo jiného zdravotníka, které jsou sice relevantní pro něj samotného, ale pacient je nemusí přijmout za své. To pak může mít vliv na motivaci a aktivní účast pacienta v terapii.

Metoda COPM, využívaná zejména ergoterapeuty, má řadu svých pro a proti pro využití v praxi. Nabízí přístup zaměřený na člověka, poskytuje holistický pohled na pacienta. Je velmi flexibilní a přizpůsobivá. Metodu lze využít u řady diagnóz a věkových kategorií. Oproti ostatním nástrojům hodnotí nejen výkon, ale také spokojenost samotného pacienta. Na druhou stranu se jedná o velice časově náročnou metodu. Jelikož pacient subjektivně hodnotí svůj výkon a spokojenost, interpretace výsledků může být pro terapeuta obtížná a je potřeba pečlivé zvažování stanovení a formulace samotného cíle, aby se jednalo o dosažitelný cíl (Doig et al., 2010).

V době, kdy se začíná klást důraz na individualitu člověka, jeho možnost rozhodování se a účast na procesu léčby, se pacienti začínají účastnit také stanovování cílů a plánů terapie. To potvrzuje výsledek dotazníku, jelikož 83 % respondentů uvedlo, že se procesu stanovování cílů účastní samotný pacient. Pouze ve 14 % tomu tak není. Možnými důvody pro negativní odpověď jsou pacienti s afázií nebo vážnějším kognitivním deficitem, Zajímavé je srovnání se spoluúčastí pacienta na stanovování plánů terapie. Zde, oproti stanovování cílů, je účast pacientů nižší. Právě tato skutečnost poukazuje na fakt, že ve většině případů dochází ke společnému stanovení cílů terapie společně s pacientem, samotného plánu se však účastní již méně pacientů, případně se samotný plán terapie nestanoví vůbec, a to v 9 % z odpovědí respondentů.

Při stanovování cílů a plánování terapie je přínosné, pokud se tohoto procesu účastní také některý z rodinných příslušníků nebo neformálně pečující osoby. Zejména u osob s afázií mohou být tyto osoby nápomocné. V praxi se však stanovování cílů ve většině případů neúčastní (Worrall et al., 2011). Toto tvrzení potvrzují výsledky dotazníkového šetření, kdy v 61 % nedochází k účasti rodinných příslušníků nebo neformálně pečujících osob pacienta na stanovování cílů terapie.

Zajímavé a také pozitivní je zjištění, že během léčby dochází k průběžnému hodnocení a přezkoumávání cílů a plánů terapie.

Ačkoliv literatura klade důraz na multidisciplinaritu v neurorehabilitaci (Grünerová Lippertová et al., 2024; Kolář, 2020), z dotazníkového šetření vyplývá, že ke konzultaci cílů a plánů terapie pacienta v multidisciplinárním týmu dochází pouze v 55 %. V mírně vyšším procentu dochází k sdílení společného cíle v týmu, a to v 57 %, což ale stále nekoresponduje s literaturou a jejím apelem na spolupráci pro zajištění co nejkvalitnější péče o pacienta. Díky tomuto výsledku lze usoudit, že stanovování cílů není pouze záležitostí ergoterapeutů nebo fyzioterapeutů, ale také lékařů, psychologů, sociálních pracovníků, psychologů a dalších zaměstnanců v neurorehabilitaci, nicméně ve srovnání se zahraničními zdroji je spolupráce stále nízká. Jeden z možných důvodů může být nedostatek zdravotníků, a tudíž méně času na zaměření se individuálně na jednotlivé pacienty například v rámci týmových supervizí.

Během získávání dat z dotazníkového šetření mohlo dojít k získání více odpovědí z téhož zařízení, což by mohlo ovlivnit výsledky. Například, kdyby došlo k tomu, že v jednom konkrétním rehabilitačním ústavu odpoví 15 respondentů, že všichni využívají jednu a tu stejnou metodu, například GAS, a jiní zaměstnanci například z konkrétního ambulantního

zařízení odpověděli pouze 2. K tomu však nedošlo. Stránka Survio má možnost filtrování vybraných odpovědí. Když se zadal filtr odpovědí respondentů, kteří pracují v Praze, ukázalo se, že nejvíc respondentů odpovědělo, že pracují v nemocnici (celkem 7 respondentů). Emaily byly rozeslány v rámci Prahy do 6 nemocnic a dle emailů, které poslaly konkrétní oslovené osoby jsou do odpovědí zahrnuty minimálně 3 nemocnice. Tímto způsobem autorka prošla odpovědi, aby zjistila, že opravdu nedošlo ke zkreslení výsledků.

4.3 Návrh k využití výsledků práce v praxi

Tato práce si klade za cíl dát popud k vzniku dalších studií a výzkumů, které by byly přínosné nejen pro neurorehabilitaci a terapeuty, ale i pro další obory a další zdravotníky. Mohla by být podnětem k navázání bližší spolupráce mezi různými obory, což by mohlo podpořit holistický přístup k pacientovi.

Tato práce může přispět ke zvýšení povědomí o celkové problematice stanovování cílů a plánování terapie, a tím pádem by mohla být podnětem k zahájení školení zdravotníků a sociálních pracovníků. Na konci dotazníkového šetření této diplomové práce byla možnost zanechat svou emailovou adresu pro zaslání získaných dat. Tuto možnost využilo 21 respondentů, což signalizuje zájem o danou problematiku v neurorehabilitaci. Školení na téma stanovování a plánování cílů by mohlo probíhat v jednotlivých zařízeních tak, aby došlo k sjednocení přístupu k pacientovi a jednotný proces stanovování cílů, využití stejných nástrojů a metod určených pro tento proces. Po absolvování školení by tedy došlo k edukaci a předložení možností pro výběr vhodného přístupu v rámci multidisciplinárního týmu a také by se podpořila vzájemná spolupráce, která je významnou součástí správného fungování multidisciplinárního týmu v neurorehabilitaci. Nestačí pouze přesvědčení, že pokud se na péči podílí více odborností, vytváří to multidisciplinární tým. Je zapotřebí, aby tyto profese mezi sebou navzájem komunikovaly, jednaly koordinovaně a synchronizovaně (Grünnerová-Lippertová,2024). Spolupráce v multidisciplinárním týmu má také dle výsledků studie z roku 2024 vliv na kvalitu života pacienta (Albarqi et al., 2024).

Jelikož je pro dost terapeutů, ale také lékařů, obtížné stanovování cílů a plánování terapie u osob s afázií a dochází ke globalizaci cílů bez zapojení pacienta nebo jeho rodinných příslušníků, mohlo by se školení věnovat také způsobu stanovování cílů a plánování terapie u těchto osob. To by mohlo pomoct nejen samotným lidem s afázií, ale také by mohli zdravotničtí pracovníci získat při tomto procesu sebevědomí. Jelikož by bylo školení

zaměřené pro zdravotnický personál v daném zařízení, mohl by ukázat návrh pro možnosti navázání spolupráce mezi jednotlivými obory a jaké mají možnosti v rámci sdílení cílů.

Další návrh studie se lehce dotýká obsahu předchozí navrhované studii. Navazující studie by se mohly zabývat problematikou, která byla okrajově popsána v této diplomové práci, a to stanovováním cílů u osob s afázií. Tím by mohl vzniknout návrh možností postupů při stanovování cílů a plánování terapie u osob s afázií. V postupu by mohla být popsána správná komunikace a spolupráce se samotným pacientem, s rodinnými příslušníky nebo jinými neformálně pečujícími osobami pacienta. To by mohlo být přínosem jak pro pacienty a jejich blízké, tak pro zdravotníky. Tento postup by podpořil rozšiřující se přístup zaměřený na člověka a pomohl zdravotníkům získat větší jistotu při poskytování celkové péče osobám s afázií.

Jelikož dostupné literatury zabývající se touto problematikou je velice málo, další možností je zaměřit literární rešerši na jeden konkrétní nástroj, který je určený pro stanovování cílů, bez omezení pouze na neurorehabilitaci, jak je tomu v této diplomové práci. Jelikož z dotazníku vyplývá, že se v České republice nejvíce využívá metoda SMART, mohla by se studie v praktické části zaměřit na to, zda zdravotníci tuto metodu využívají v praxi správným způsobem a zda využívají celý potenciál této metody, nebo pouze některé části. Bylo by vhodné k tomu využít osobní setkání s těmito pracovníky a pozorovat samotný proces stanovování cílů terapie. Tím by se omezila špatná interpretace výsledků a byla by možnost doptání se na některé nejasnosti jak ze strany hodnotitele, tak ze strany účastníka studie.

Dalším zajímavým výzkumem by mohlo být zjištění, jaký má vliv na stanovování cílů kombinace více metod, které jsou ke stanovování cílů určeny, jako například metoda SMART a COPM, nebo SMART a GAS, jelikož studie ukazují na větší efekt výsledků a větší pravděpodobnost dosažení cílů terapie při kombinování nástrojů (Cisneros et al., 2019; Haas et al., 2016). Zejména se jako vhodné ukazuje využití nástroje, který je subjektivní a je do něj zapojen zejména pacient, ale v kombinaci s jiným, méně subjektivním nástrojem, který pomůže k jasnější interpretaci výsledků a zjednoduší jejich vyhodnocování a případné kontrolní nebo výstupní hodnocení. Tento výzkum by mohl by proběhnout také v rámci České republiky. Jelikož počet osob s CMP nebo traumatickým poškozením mozku roste, mohl by se výzkum opět soustředit na oblast neurorehabilitace. Výsledkem studie by mohlo být zjištění, zda kombinace metody SMART a COPM, nebo SMART a GAS, mají pacienti větší pravděpodobnost k úspěchům terapie a dosažení stanovených cílů. Pokud by byly cíle

subjektivně pro pacienta smysluplné a sám by byl zapojen do celého procesu, došlo by k větší motivaci k terapii, nebo například k motivaci pro cvičení sestavené cvičební jednotky fyzioterapeutem nebo ergoterapeutem v domácím prostředí. Následovalo by porovnání s úspěšností dosaženého cíle, který byl stanoven pouze s využitím 1 metody, například pouze SMART, oproti cíli, který byl stanoven v kombinaci více metod.

5. Závěr

Hlavním cílem diplomové práce bylo zmapování metod a nástrojů užívaných pro stanovování cílů a plánování terapie v neurorehabilitaci napříč Českou republikou. Jako dílčí cíl bylo stanoveno zjištění, zda se ve většině případ podílí na stanovování cílů terapie samotní pacienti. K tomu účelu byl sestaven online dotazník a rozeslán do zařízení, která poskytují neurorehabilitační péči. Podařilo se splnit stanovené cíle.

Díky dotazníkového šetření byly získány odpovědi ze všech krajů České republiky. Nejčastější metodou, která je určena pro stanovování cílů, byla metoda SMART. Dále také respondenti uvedli, že pokud nevyužívají konkrétní metodu nebo nástroj pro stanovování cílů, využívají pro tento proces úvodní rozhovor s pacientem. Také bylo z dotazníku zjištěno, že, se v 83% pacient účastní stanovování cílů. Tím byl splněn dílčí cíl.

První hypotéza tvrdila, že se v české neurorehabilitační praxi nejčastěji využívá metoda SMART. Tato hypotéza se potvrdila. Z dotazníku vyplývá, že pokud respondenti využívají nějaký prostředek pro stanovování cílů, je to právě metoda SMART. Takto odpovědělo 33 %, tedy 34 respondentů ze 103. Další hypotézy byly také potvrzeny. Potvrdilo se, že ve více než 50 % případů se stanovování cílů terapie účastní pacient, a to konkrétně v 83 %. U hypotézy ohledně účasti pacienta na stanovování plánů terapie se také potvrdilo, že je tomu tak u více než 50 %, a to konkrétně u 51 % respondentů. Poslední hypotéza, která tvrdila že ve více než 50 % případů probíhá shrnutí dosažených cílů při ukončení terapie, byla potvrzena, a dokonce předčila očekávání. Podle získaných dat z dotazníků k tomuto shrnutí dochází u 86 % respondentů.

Z výsledků tedy vyplývá, že by se v praxi mohla využívat metoda SMART pro stanovování cílů, do kterého bude zapojen pacient, nebo jeho rodina. Dalším výsledkem z dotazníkového šetření bylo, že 80 % respondentů by využila možnost účasti na semináři o stanovování cílů a terapie, z čehož vyplývá, že je to aktuální téma, o které se zdravotníci zajímají.

6. Seznam použité literatury

- ABU TARIAH, Hashem; ALJEHANI, Amal Saud; ALENAZI, Dana Yasser; ALTURAIF, Dona Abdularhman a ALSARHANI, Malak Nabit. Occupational Therapy Goal Achievement for People with Stroke: A Retrospective Study. Online. *Occupational Therapy International*. 2020, roč. 2020, s. 1-6. ISSN 0966-7903. Dostupné z: https://doi.org/10.1155/2020/8587908. [cit. 2024-06-23].
- ADERINTO, Nicholas; ABDULBASIT, Muili O.; OLATUNJI, Gbolahan a ADEJUMO, Temilade. Exploring the transformative influence of neuroplasticity on stroke rehabilitation: a narrative review of current evidence. Online. *Annals of Medicine & Surgery*. 2023, roč. 85, č. 9, s. 4425-4432. ISSN 2049-0801. Dostupné z: https://doi.org/10.1097/MS9.0000000000001137. [cit. 2024-10-15].
- ALANKO, Tuulikki; KARHULA, Maarit; KRÖGER, Teppo; PIIRAINEN, Arja a NIKANDER, Riku. Rehabilitees perspective on goal setting in rehabilitation – a phenomenological approach. Online. *Disability and Rehabilitation*. 2019, roč. 41, č. 19, s. 2280-2288. ISSN 0963-8288. Dostupné z: https://doi.org/10.1080/09638288.2018.1463398. [cit. 2024-06-22].
- ALBARQI, Mohammed Nasser. Assessing the Impact of Multidisciplinary Collaboration on Quality of Life in Older Patients Receiving Primary Care: Cross Sectional Study. Online. *Healthcare*. 2024, roč. 12, č. 13. ISSN 2227-9032. Dostupné z: https://doi.org/10.3390/healthcare12131258. [cit. 2024-11-24].
- ANGELI, Jennifer M.; SCHWAB, Sarah M.; HUIJS, Lobke; SHEEHAN, Amber a HARPSTER, Karen. ICF-inspired goal-setting in developmental rehabilitation: an innovative framework for pediatric therapists. Online. *Physiotherapy Theory and Practice*. 2021, roč. 37, č. 11, s. 1167-1176. ISSN 0959-3985. Dostupné z: https://doi.org/10.1080/09593985.2019.1692392. [cit. 2024-07-01].
- BARD-PONDARRÉ, Rachel, Claire VILLEPINTE, Fabienne ROUMENOFF, et al. Goal Attainment Scaling in rehabilitation: An educational review providing a comprehensive didactical tool box for implementing Goal Attainment Scaling. *Journal of Rehabilitation Medicine* [online]. 2023, **55** [cit. 2023-07-28]. ISSN 1651-2081. Dostupné z: doi:10.2340/jrm.v55.6498

- BLAND, Marghuretta D.; HOLLERAN, Carey L.; NEWMAN, Caitlin A.; FAHEY, Meghan; NORDAHL, Timothy J. et al. ICF classification of therapeutic goals for outpatient episodes of neurorehabilitation in post-stroke and Parkinson disease. Online. *Disability and Rehabilitation*. 2023, S. 1-7. ISSN 0963-8288. Dostupné z: https://doi.org/10.1080/09638288.2023.2290201. [cit. 2024-07-01].
- BOVEND'EERDT, Thamar JH; BOTELL, Rachel E a WADE, Derick T. Writing SMART rehabilitation goals and achieving goal attainment scaling: a practical guide. Online. *Clinical Rehabilitation*. 2009, roč. 23, č. 4, s. 352-361. ISSN 0269-2155. Dostupné z: https://doi.org/10.1177/0269215508101741. [cit. 2024-11-18].
- BROWN, Sophie Eleanor, Lesley SCOBBIE, Linda WORRALL a Marian C. BRADY. A multinational online survey of the goal setting practice of rehabilitation staff with stroke survivors with aphasia. *Aphasiology* [online]. 2023, **37**(3), 479-503 [cit. 2023-07-28]. ISSN 0268-7038. Dostupné z: doi:10.1080/02687038.2022.2031861
- BUDGETT, Jessica; SOMMERLAD, Andrew; KUPELI, Nuriye; ZABIHI, Sedigheh; OLSEN, Anna et al. Setting individualised goals for people living with dementia and their family carers: A systematic review of goal-setting outcome measures and their psychometric properties. Online. *Dementia*. 2024, roč. 23, č. 2, s. 312-340. ISSN 1471-3012. Dostupné z: https://doi.org/10.1177/14713012231222309. [cit. 2024-11-22].
- CARSWELL, Anne; MCCOLL, Mary Ann; BAPTISTE, Sue; LAW, Mary; POLATAJKO, Helene et al. The Canadian Occupational Performance Measure: A Research and Clinical Literature Review. Online. *Canadian Journal of Occupational Therapy*. 2004, roč. 71, č. 4, s. 210-222. ISSN 0008-4174. Dostupné z: https://doi.org/10.1177/000841740407100406. [cit. 2024-07-03]
- CISNEROS, Eduardo; BARBEAU, Audrey-Kristel; CHARETTE, Gilles; LÉVEILLÉ, Geneviève a MCKERRAL, Michelle. Autodétermination et résilience en réadaptation avec l'outil Priorités d'intervention du client (PIC). Online. *Frontières*. 2009, roč. 22, č. 1-2, s. 85-88. ISSN 1916-0976. Dostupné z: https://doi.org/10.7202/045031ar. [cit. 2024-10-29].
- CISNEROS, E., et al. The Client's Intervention Priorities (CIP)©: A person-centered tool to support goal setting during interdisciplinary neurorehabilitation. *Cogent Psychology* [online]. 27 Apr 2019, 1-16 [cit. 2023-02-18]. ISSN ISSN 2331-1908. Dostupné z: https://doi.org/10.1080/23311908.2019.1603614

- DE COCK, E., et al. Dysphagia, dysarthria and aphasia following a first acute ischaemic stroke: incidence and associated factors. Online. *European Journal of Neurology*. 2020, roč. 27, č. 10, s. 2014-2021. ISSN 1351-5101. Dostupné z: https://doi.org/10.1111/ene.14385. [cit. 2024-06-22].
- DEKKER, Joost, Vincent DE GROOT, Anne Marie TER STEEG, et al. Setting meaningful goals in rehabilitation: rationale and practical tool. *Clinical Rehabilitation* [online]. 2020, **34**(1), 3-12 [cit. 2023-07-28]. ISSN 0269-2155. Dostupné z: doi:10.1177/0269215519876299.
- DOIG, Emmah, Sarah PRESCOTT, Valerie PICK, Ben TURNER, Sameera SULEMAN, David DOUGLAS a Michele FOSTER. Normalising interdisciplinary role-based goal setting in inpatient brain injury rehabilitation: reflections and recommendations of clinicians. *Disability and Rehabilitation* [online]. 2023, **45**(4), 673-683 [cit. 2023-07-28]. ISSN 0963-8288. Dostupné z: doi:10.1080/09638288.2022.2040612.
- DOIG, Emmah; FLEMING, Jennifer; KUIPERS, Pim a CORNWELL, Petrea L. Clinical Utility of the Combined Use of the Canadian Occupational Performance Measure and Goal Attainment Scaling. Online. *The American Journal of Occupational Therapy*. 2010, roč. 64, č. 6, s. 904-914. ISSN 0272-9490. Dostupné z: https://doi.org/10.5014/ajot.2010.08156. [cit. 2024-07-02].
- ECCLES, Jacquelynne S. a WIGFIELD, Allan. Motivational Beliefs, Values, and Goals. Online. *Annual Review of Psychology*. 2002, roč. 53, č. 1, s. 109-132. ISSN 0066-4308. Dostupné z: https://doi.org/10.1146/annurev.psych.53.100901.135153. [cit. 2024-11-10].
- FLOWERS, Heather L.; SILVER, Frank L.; FANG, Jiming; ROCHON, Elizabeth a MARTINO, Rosemary. The incidence, co-occurrence, and predictors of dysphagia, dysarthria, and aphasia after first-ever acute ischemic stroke. Online. *Journal of Communication Disorders*. 2013, roč. 46, č. 3, s. 238-248. ISSN 00219924. Dostupné z: https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2013.04.001. [cit. 2024-11-08].
- FRANZ, Shiney; MUSER, Jürgen; THIELHORN, Ulrike; WALLESCH, Claus W. a BEHRENS, Johann. Inter-professional communication and interaction in the neurological rehabilitation team: a literature review. Online. *Disability and Rehabilitation*. 2020, roč. 42, č.11, s.1607-1615. ISSN 0963-8288. Dostupné z: https://doi.org/10.1080/09638288.2018.1528634. [cit. 2024-06-15].

- FINCH, Emma; COPLEY, Anna; MCLISKY, Michelle; CORNWELL, Petrea L.; FLEMING, Jennifer M. et al. Can goal attainment scaling (GAS) accurately identify changes in social communication impairments following TBI? Online. *Speech, Language and Hearing*. 2018, roč. 22, č. 3, s. 183-194. ISSN 2050-571X. Dostupné z: https://doi.org/10.1080/2050571X.2019.1611220. [cit. 2024-11-13].
- GRAHN, B.; EKDAHL, C. a BORGQUIST, L. Motivation as a predictor of changes in quality of life and working ability in multidisciplinary rehabilitation. Online. *Disability and Rehabilitation*. 2009, roč. 22, č. 15, s. 639-654. ISSN 0963-8288. Dostupné z: https://doi.org/10.1080/096382800445443. [cit. 2024-11-11].
- GRANT, Michele a PONSFORD, Jennie. Goal Attainment Scaling in brain injury rehabilitation: Strengths, limitations and recommendations for future applications. Online. *Neuropsychological Rehabilitation*. 2014, roč. 24, č. 5, s. 661-677. ISSN 0960-2011. Dostupné z: https://doi.org/10.1080/09602011.2014.901228. [cit. 2024-11-18].
- GRÖNBERG, Angelina, Ingrid HENRIKSSON, Martin STENMAN a Arne G. LINDGREN. Incidence of Aphasia in Ischemic Stroke. *Neuroepidemiology* [online]. 2022, **56**(3), 174-182 [cit. 2023-07-28]. ISSN 0251-5350. Dostupné z: doi:10.1159/000524206.
- GRÜNEROVÁ LIPPERTOVÁ, Marcela. *Neurorehabilitace*. 2. Praha: Galén, 2024. ISBN 978-80-7492-708-9.
- HARRIS, Jocelyn E. a ENG, Janice J. Goal Priorities Identified through Client-Centred Measurement in Individuals with Chronic Stroke. Online. *Physiotherapy Canada*. 2004, roč. 56, č. 03. ISSN 0300-0508. Dostupné z: https://doi.org/10.2310/6640.2004.00017. [cit. 2024-11-24].
- HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Páté, přepracované vydání. Praha: Portál, 2023. ISBN 978-80-262-1968-2.
- HENDL, Jan. Přehled statistických metod zpracování dat: analýza a metaanalýza dat. Vyd. 1. Praha: Portál, 2004, 583 s. ISBN 80-7178-820-1.
- HERSH, Deborah; WORRALL, Linda; HOWE, Tami; SHERRATT, Sue a DAVIDSON, Bronwyn. SMARTER goal setting in aphasia rehabilitation. Online. *Aphasiology*. 2012, roč. 26, č. 2, s. 220-233. ISSN 0268-7038. Dostupné z: https://doi.org/10.1080/02687038.2011.640392. [cit. 2024-07-04].

- HUNT, Anne W., Guylaine LE DORZE, Barry TRENTHAM, Helene J. POLATAJKO a Deirdre R. DAWSON. Elucidating a Goal-Setting Continuum in Brain Injury Rehabilitation. *Qualitative Health Research* [online]. 2015, **25**(8), 1044-1055 [cit. 2023-07-28]. ISSN 1049-7323. Dostupné z: doi:10.1177/1049732315588759.
- KAFEL, Tibor; ŠUC, Lea; VIDOVIČ, Marko a SMITH, Marnie. Methods of Goal-Setting in Rehabilitation of Adults with Physical Dysfunctions—A Scoping Review. Online. *Occupational Therapy In Health Care*. S. 1-30. ISSN 0738-0577. Dostupné z: https://doi.org/10.1080/07380577.2023.2294817. [cit. 2024-10-28].
- KANG, Eunyoung; KIM, Moon Young; LIPSEY, Kim L. a FOSTER, Erin R. Person-Centered Goal Setting: A Systematic Review of Intervention Components and Level of Active Engagement in Rehabilitation Goal-Setting Interventions. Online. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 2022, roč. 103, č. 1, s. 121-130.e3. ISSN 00039993. Dostupné z: https://doi.org/10.1016/j.apmr.2021.06.025. [cit. 2024-11-13].
- KANG, Eunyoung a FOSTER, Erin R. Development of a goal setting and goal management system: Intervention Mapping. Online. *Frontiers in Rehabilitation Sciences*. 2024, roč. 4. ISSN 2673-6861. Dostupné z: https://doi.org/10.3389/fresc.2023.1274191. [cit. 2024-06-16].
- KATZ, Douglas I. a DWYER, Brigid. Clinical Neurorehabilitation: Using Principles of Neurological Diagnosis, Prognosis, and Neuroplasticity in Assessment and Treatment Planning. Online. *Seminars in Neurology*. 2021, roč. 41, č. 02, s. 111-123. ISSN 0271-8235. Dostupné z: https://doi.org/10.1055/s-0041-1725132. [cit. 2024-10-15].
- KESSLER, Dorothy, Ian WALKER, Katrine SAUVÉ-SCHENK a Mary EGAN. Goal setting dynamics that facilitate or impede a client-centered approach. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* [online]. 2019, **26**(5), 315-324 [cit. 2023-07-28]. ISSN 1103-8128. Dostupné z: doi:10.1080/11038128.2018.1465119.
- KOLÁŘ, Pavel. Rehabilitace v klinické praxi. Praha: Galén, c2009. ISBN 978-80-7262-657-1
- KOLÁŘ, Pavel. *Rehabilitace v klinické praxi*. Druhé vydání. Praha: Galén, 2020. ISBN 978-80-7492-500-9.

- KRASNY-PACINI, A.; HIEBEL, J.; PAULY, F.; GODON, S. a CHEVIGNARD, M. Goal Attainment Scaling in rehabilitation: A literature-based update. Online. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*. 2013, roč. 56, č. 3, s. 212-230. ISSN 18770657. Dostupné z: https://doi.org/10.1016/j.rehab.2013.02.002. [cit. 2024-05 -22].
- KRIVOŠÍKOVÁ, Mária. *Úvod do ergoterapie*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-2699-1.
- KUMAR, Rajesh et al,. *Current Advances in Physical Education and Sport Science*. Online. 2. Indie: AkiNik Publications, 2023. ISBN 978-93-5570-930-1. Dostupné z: https://doi.org/10.22271. [cit. 2024-05-02].
- LAW, Mary C. *Kanadské hodnocení výkonu zaměstnávání*. Praha: Česká asociace ergoterapeutů, c2008. ISBN 978-80-254-2744-6.
- LEONARDI, Matilde a FHEODOROFF, Klemens. Goal Setting with ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) and Multidisciplinary Team Approach in Stroke Rehabilitation. Online. In: PLATZ, Thomas (ed.). *Clinical Pathways in Stroke Rehabilitation*. Cham: Springer International Publishing, 2021, s. 35-56. ISBN 978-3-030-58504-4. Dostupné z: https://doi.org/10.1007/978-3-030-58505-1_3. [cit. 2024-11-13].
- LEVACK, William MM; TAYLOR, Kathryn; SIEGERT, Richard J; DEAN, Sarah G; MCPHERSON, Kath M et al. Is goal planning in rehabilitation effective? A systematic review. Online. *Clinical Rehabilitation*. 2006, roč. 20, č. 9, s. 739-755. ISSN 0269-2155. Dostupné z: https://doi.org/10.1177/0269215506070791. [cit. 2024-06-23].
- LEVACK, William MM; WEATHERALL, Mark; HAY-SMITH, E. Jean C; DEAN, Sarah G; MCPHERSON, Kathryn et al. Goal setting and strategies to enhance goal pursuit for adults with acquired disability participating in rehabilitation. Online. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2015, roč. 2015, č. 7. ISSN 14651858. Dostupné z: https://doi.org/10.1002/14651858.CD009727.pub2. [cit. 2024-11-13].
- LIU, Lu; XU, Min; MARSHALL, Iain J.; WOLFE, Charles DA; WANG, Yanzhong et al. Prevalence and natural history of depression after stroke: A systematic review and meta-analysis of observational studies. Online. *PLOS Medicine*. 2023, roč. 20, č. 3. ISSN 1549-1676. Dostupné z: https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1004200. [cit. 2024-11-17].

- LOGAN, Benignus; JEGATHEESAN, Dev; VIECELLI, Andrea; PASCOE, Elaine a HUBBARD, Ruth. Goal attainment scaling as an outcome measure for randomised controlled trials: a scoping review. Online. *BMJ Open*. 2022, roč. 12, č. 7. ISSN 2044-6055. Do
- LUBART, Emily; LEIBOVITZ, Arthur; BAUMOEHL, Yehuda; KLEIN, Colin; GIL, Israel et al. Progressing stroke with neurological deterioration in a group of Israeli elderly. Online. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2005, roč. 41, č. 1, s. 95-100. ISSN 01674943. Dostupné z: https://doi.org/10.1016/j.archger.2004.12.002. [cit. 2024-11-08].stupné z: https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-063061. [cit. 2024-06-28].
- MACDONALD, Sheila. Introducing the model of cognitive-communication competence: A model to guide evidence-based communication interventions after brain injury. Online. *Brain Injury*. 2017, roč. 31, č. 13-14, s. 1760-1780. ISSN 0269-9052. Dostupné z: https://doi.org/10.1080/02699052.2017.1379613. [cit. 2024-11-09].
- MACLEOD, Les, Making SMART goals smarter. Online. *Physician executive*. 2012. *38*(2), 68–72. [cit. 2024-05-03].
- MOXHAM, Lorna; TAYLOR, Ellie K.; PATTERSON, Christopher; PERLMAN, Dana; BRIGHTON, Renee et al. Goal Setting Among People Living with Mental Illness: A Qualitative Analysis of Recovery Camp. Online. *Issues in Mental Health Nursing*. 2017, roč. 38, č. 5, s. 420-424. ISSN 0161-2840. Dostupné z: https://doi.org/10.1080/01612840.2016.1271067. [cit. 2024-11-24].
- MELIN, Jeanette, Åsa NORDIN, Caroline FELDTHUSEN a Louise DANIELSSON. Goal-setting in physiotherapy: exploring a person-centered perspective. *Physiotherapy Theory and Practice* [online]. 2021, **37**(8), 863-880 [cit. 2023-07-28]. ISSN 0959-3985. Dostupné z: doi:10.1080/09593985.2019.1655822.
- OKITA, Yuho; KAWAGUCHI, Yuko; INOUE, Yuki; OHNO, Kanta; SAWADA, Tatsunori et al. Characteristics of goal-setting tools in adult rehabilitation: A scoping mezireview. Online. *Clinical Rehabilitation*. 2024, roč. 38, č. 2, s. 234-250. ISSN 0269-2155. Dostupné z: https://doi.org/10.1177/02692155231197383. [cit. 2024-06-16].

- OYAKE, Kazuaki; SUZUKI, Makoto; OTAKA, Yohei a TANAKA, Satoshi. Motivational Strategies for Stroke Rehabilitation: A Descriptive Cross-Sectional Study. Online. *Frontiers in Neurology*. 2020, roč. 11. ISSN 1664-2295. Dostupné z: https://doi.org/10.3389/fneur.2020.00553. [cit. 2024-11-25].
- PFEIFFER Jan; Švestková Olga. Překlad z anglického originálu, *Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví: MKF*. Praha: Grada Publishing 2009. ISBN 978-80-247-1587-2.
- PLAYFORD, E D; DAWSON, L; LIMBERT, V; SMITH, M; WARD, C D et al. Goal-setting in rehabilitation: report of a workshop to explore professionals' perceptions of goal-setting. Online. *Clinical Rehabilitation*. 2000, roč. 14, č. 5, s. 491-496. ISSN 0269-2155. Dostupné z: https://doi.org/10.1191/0269215500cr343oa. [cit. 2024-10-13].
- PREEDE, Line; SOBERG, Helene L; DALEN, Håkon; NYQUIST, Astrid; JAHNSEN, Reidun et al. Rehabilitation Goals and Effects of Goal Achievement on Outcome Following an Adapted Physical Activity-Based Rehabilitation Intervention. Online. *Patient Preference and Adherence*. 2021, roč. 15, s. 1545-1555. ISSN 1177-889X. Dostupné z: https://doi.org/10.2147/PPA.S311966. [cit. 2024-11-24].
- PRESCOTT, Sarah; FLEMING, Jennifer a DOIG, Emmah. Rehabilitation goal setting with community dwelling adults with acquired brain injury: a theoretical framework derived from clinicians' reflections on practice. Online. *Disability and Rehabilitation*. 2018, roč. 40, č. 20, s. 2388-2399. ISSN 0963-8288. Dostupné z: https://doi.org/10.1080/09638288.2017.1336644. [cit. 2024-07-03].
- ROSE, Alice; ROSEWILLIAM, Sheeba a SOUNDY, Andrew. Shared decision making within goal setting in rehabilitation settings: A systematic review. Online. *Patient Education and Counseling*. 2017, roč. 100, č. 1, s. 65-75. ISSN 07383991. Dostupné z: https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.07.030. [cit. 2024-11-28].
- SAGEN, Joachim Støren; KJEKEN, Ingvild; HABBERSTAD, Andreas; LINGE, Anita Dyb; SIMONSEN, Ann Elisabeth et al. Patient Involvement in the Rehabilitation Process Is Associated with Improvement in Function and Goal Attainment: Results from an Explorative Longitudinal Study. Online. *Journal of Clinical Medicine*. 2024, roč. 13, č. 2. ISSN 2077-0383. Dostupné z: https://doi.org/10.3390/jcm13020320. [cit. 2024-06-16].

- SAITO, Yuki; TOMORI, Kounosuke; NAGAYAMA, Hirofumi; SAWADAI, Tatsunori a KIKUCHI, Emiko. Differences in the occupational therapy goals of clients and therapists affect the outcomes of patients in subacute rehabilitation wards: a case-control study. Online. *Journal of Physical Therapy Science*. 2019, roč. 31, č. 7, s. 521-525. ISSN 0915-5287. Dostupné z: https://doi.org/10.1589/jpts.31.521. [cit. 2024-11-13].
- SAITO, Yuki; TOMORI, Kounosuke; SAWADA, Tatsunori; TAKAHASHI, Satoshi; NAKATSUKA, Satoshi et al. Determining whether occupational therapy goals match between pairs of occupational therapists and their clients: a cross-sectional study. Online. *Disability and Rehabilitation*. 2021, roč. 43, č. 6, s. 828-833. ISSN 0963-8288. Dostupné z: https://doi.org/10.1080/09638288.2019.1643417. [cit. 2024-11-25].
- SIEGERT, Richard J a TAYLOR, William J. Theoretical aspects of goal-setting and motivation in rehabilitation. Online. *Disability and Rehabilitation*. 2004, roč. 26, č. 1, s. 1-8. ISSN 0963-8288. Dostupné z: https://doi.org/10.1080/09638280410001644932. [cit. 2024-11-07].
- SIEGERT, Richard J. a LEVACK, William M. M. (ed.). *Rehabilitation Goal Setting*. Online. CRC Press, 2014. ISBN 9781439863305. Dostupné z: https://doi.org/10.1201/b17166. [cit. 2024-11-10].
- STEVENS, Anita, Anna BEURSKENS, Albère KÖKE a Trudy VAN DER WEIJDEN. The use of patient-specific measurement instruments in the process of goal-setting: a systematic review of available instruments and their feasibility. *Clinical Rehabilitation* [online]. 2013, **27**(11), 1005-1019 [cit. 2023-07-28]. ISSN 0269-2155. Dostupné z: doi:10.1177/0269215513490178.
- STRUBBIA, Carla; LEVACK, William Mark Magnus; GRAINGER, Rebecca; TAKAHASHI, Kayoko a TOMORI, Kounosuke. Use of technology in supporting goal setting in rehabilitation for adults: a scoping review. Online. *BMJ Open*. 2020, roč. 10, č. 11. ISSN 2044-6055. Dostupné z: https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-041730. [cit. 2024-11-13].

- STRUBBIA, Carla; LEVACK, William MM; GRAINGER, Rebecca; TAKAHASHI, Kayoko a TOMORI, Kounosuke. Use of an iPad App (Aid for Decision-making in Occupational Choice) for Collaborative Goal Setting in Interprofessional Rehabilitation: Qualitative Descriptive Study. Online. *JMIR Rehabilitation and Assistive Technologies*. 2021, roč. 8, č. 4. ISSN 2369-2529. Dostupné z: https://doi.org/10.2196/33027. [cit. 2024-11-13].
- SWANN, Christian; ROSENBAUM, Simon; LAWRENCE, Alex; VELLA, Stewart A.; MCEWAN, Desmond et al. Updating goal-setting theory in physical activity promotion: a critical conceptual review. Online. *Health Psychology Review*. 2021, roč. 15, č. 1, s. 34-50. ISSN 1743-7199. Dostupné z: https://doi.org/10.1080/17437199.2019.1706616. [cit. 2024-07-07].
- SWANN, Christian; JACKMAN, Patricia C.; LAWRENCE, Alex; HAWKINS, Rebecca M.; GODDARD, Scott G. et al. The (over)use of SMART goals for physical activity promotion: A narrative review and critique. Online. *Health Psychology Review*. 2022, roč. 17, č. 2, s. 211-226. ISSN 1743-7199. Dostupné z: https://doi.org/10.1080/17437199.2021.2023608. [cit. 2024-06-25].
- TURNER-STOKES, L; WILLIAMS, H a JOHNSON, J. Goal attainment scaling: Does it provide added value as a person-centred measure for evaluation of outcome in neurorehabilitation following acquired brain injury? Online. *Journal of Rehabilitation Medicine*. 2009, roč. 41, č. 7, s. 528-535. ISSN 1650-1977. Dostupné z: https://doi.org/10.2340/16501977-0383. [cit. 2024-11-24].
- VALAAS, Helene Lindtvedt; KLOKKERUD, Mari et al. Rehabilitation goals described by patients with rheumatic and musculoskeletal diseases: content and attainment during the first year after rehabilitation. Online. *Disability and Rehabilitation*. 2022, roč. 44, č. 25, s. 7947-7957. ISSN 0963-8288. Dostupné z: https://doi.org/10.1080/09638288.2021.2003879. [cit. 2024-05-22].
- WADE, Derick T. Goal setting in rehabilitation: an overview of what, why and how. Online. *Clinical Rehabilitation*. 2009, roč. 23, č. 4, s. 291-295. ISSN 0269-2155. Dostupné z: https://doi.org/10.1177/0269215509103551. [cit. 2024-11-26].
- WILSON, Barbara A. et al.; Goal setting as a way of planning and evaluating neuropsychological rehabilitation. Online. In: *Neuropsychological Rehabilitation*. Cambridge University Press, 2009, s. 37-46. ISBN 9780521841498. Dostupné z: https://doi.org/10.1017/CBO9780511581083.005. [cit. 2024-10-17].

- WONG, Mabel Ngai-Kiu; TONG, Horace; CHEUNG, Mike Kwun-Ting; NG, Yuk-Mun; YUAN, Huan-Ling et al. Goal-setting and personalization under the International Classification of Functioning, Disability, and Health framework: Community reintegration program for post-stroke patients. Online. *Frontiers in Rehabilitation Sciences*. 2023, roč. 4. ISSN 2673-6861. Dostupné z: https://doi.org/10.3389/fresc.2023.1219662. [cit. 2024-06-02].
- WORRALL, Linda; SHERRATT, Sue; ROGERS, Penny; HOWE, Tami; HERSH, Deborah et al. What people with aphasia want: Their goals according to the ICF. Online. *Aphasiology*. 2011, roč. 25, č. 3, s. 309-322. ISSN 0268-7038. Dostupné z: https://doi.org/10.1080/02687038.2010.508530. [cit. 2024-11-09].

Seznam použitých zkratek

CIP – Client´s Intervention Priorites

CIMT – constraint-inducted movement therapy

CMP – cévní mozková příhoda

CNS – centrální nervová soustava

COPM – Canadian Occupational Performance Measure

GAS – goal attainment scaling

MKF – Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví

PNS – periferní nervová soustava

Seznam tabulek a grafů

Tab. 1 SMART metoda stanovování cílů 7
Graf 3.1 Zastoupení respondentů v rámci krajů ČR 17
Graf 3.2 Typ zařízení 18
Graf 3.3 Zařazení pracoviště pod neurorehabilitaci 19
Graf 3.4 Složení týmu 20
Graf 3.5 Pracovní pozice respondentů 21
Graf 3.6 Smysl stanovování cílů terapie 22
Graf 3.7 Směr plánu terapie k dosažení cílů terapie 23
Graf 3.8 Osoby podílející se na stanovování cílů a plánů terapie 24
Graf 3.9 Známé metody a nástroje pro stanovování cílů terapie 25
Graf 3.10 Způsob stanovování cílů terapie v praxi 26
Graf 3.11 Využití metod či nástrojů určených pro stanovování cílů terapie v praxi 27
Graf 3.12 Stanovování krátkodobých cílů v praxi 28
Graf 3.13 Stanovování krátkodobých plánů terapie v praxi 28
Graf 3.14 Stanovování dlouhodobých cílů terapie v praxi 29
Graf 3.15 Stanovování dlouhodobých plánů terapie v praxi 29
Graf 3.16 Směřování plánu terapie k cíli 30
Graf 3.17 Spoluúčast pacienta/klienta na stanovování cílů 31
Graf 3.18 Spoluúčast pacienta/klienta na stanovování plánů terapie 32
Graf 3.19 Spoluúčast rodiny/neformálně pečujících osob při stanovování cílů v praxi 33
Graf 3.20 Konzultace cíle terapie v multidisciplinárním týmu 34
Graf 3.21 Sdílení společného terapeutického cíle v multidisciplinárním týmu 35
Graf 3.22 Kontrolní hodnocení a úprava cílů v průběhu terapie 36
Graf 3.23 Kontrolní hodnocení a úprava plánů v průběhu terapie 37
Graf 3.24 Závěrečné zhodnocení a shrnutí cílů terapie 38
Graf 3.25 Spokojenost se stanovováním cílů v zařízení 39
Graf 3.26 Účast na semináři o stanovování cílů a plánování terapie 40

Přílohy

Příloha č.1 – Dotazník o plánování a stanovování cílů v neurorehabilitaci

Plánování a stanovování cílů v neurorehabilitaci

Dobrý den,

jmenuji se Karolína Firlová a jsem studentkou magisterského studia ergoterapie pro dospělé na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy. V diplomové práci se zabývám plánováním a stanovováním cílů v neurorehabilitaci.

Tímto krátkým anonymním dotazníkem chci zjistit, jaký způsob stanovování cílů je u nás v České republice nejvyužívanější.

Budu vděčná za vyplnění dotazníku a pomoc s výzkumem.

Děkuji.

1. Do kterého kraje spadá Vaše zařízení?

Označte jen jednu možnost

a) Hlavní město Praha
b) Jihočeský kraj
c) Jihomoravský kraj
d) Karlovarský kraj
e) Královehradecký kraj
f) Liberecký kraj
g) Moravskoslezský kraj
h) Olomoucký kraj
i) Pardubický kraj
j) Plzeňský kraj
k) Středočeský kraj
l) Ústecký kraj
m) Vysočina
n) Zlínský kraj

2. **V jakém typu zařízení pracujete?**
   Označte jen jednu možnost

   a) Nemocniční lůžkové zařízení
   b) Nemocniční ambulantní zařízení
   c) Ambulantní zařízení
   d) Rehabilitační ústav
   e) Sociální zařízení
   f) Jiné

3. **Je Vaše zařízení součástí neurorehabilitace?**
   Označte jen jednu možnost

   a) Ano
   b) Ne

4. **Je součástí Vašeho týmu alespoň 1 ergoterapeut nebo 1 fyzioterapeut?**
   a) Ano, alespoň 1 ergoterapeut
   b) Ano, alespoň 1 fyzioterapeut
   c) Ano, oba dva
   d) Ne

5. **Jaká je Vaše pracovní pozice?**
   Označte jen jednu možnost

   a) Ergoterapeut
   b) Fyzioterapeut
   c) Lékař
   d) Logoped
   e) Ošetřovatelský personál
   f) Psycholog
   g) Sociální pracovník
   h) Jiná

6. **Je podle Vás stanovování cílů smysluplné pro terapii?**
   a) Ano
   b) Ne

7. **Měl by podle Vás plán terapie vždy směřovat k dosažení cíle terapie pacienta?**
   a) Ano
   b) Ne

8. **Kdo by se podle Vás měl účastnit stanovování cílů a plánů terapie pacienta?**
Můžete označit více možností

   a) Pacient
   b) Terapeut
   c) Rodinní příslušníci
   d) Neformálně pečující osoby
   e) Ošetřovatelský personál
   f) Ošetřující lékař

9. **Jaké metody a nástroje pro stanovování cílů terapie znáte?**
Můžete označit více možností

   a) SMART
   b) GAS
   c) CIP
   d) SMARTER
   e) Stanovování cílů dle MKF
   f) Stanovování cílů dle COPM
   g) Jiné

10. **Jakým způsobem ve většině případů stanovujete cíle terapie pacienta v praxi?**
Označte jen jednu možnost

   a) Nástrojem určeným pro stanovování cílů terapie (CIP, GAS,...)
   b) Pouze vodním rozhovorem
   c) Dle výsledků získaných standardizovanými testy (COPM, FIM, Barhtel Index,...)
   d) Nestanovuji cíle terapie
   e) Jiným způsobem

11. **Jaké nástroje pro stanovování cílů terapie používáte v praxi?**
Můžete označit více možností

   a) GAS
   b) CIP
   c) SMART
   d) Nevyužívám nástroj pro stanovování cílů terapie
   e) Jiné

12. **Stanovujete ve většině případů krátkodobé cíle terapie?**
   a) Ano
   b) Ne

13. **Stanovujete ve většině případů krátkodobé plány terapie?**
   a) Ano
   b) Ne

14. **Stanovujete ve většině případů dlouhodobé cíle terapie?**
   a) Ano
   b) Ne

15. **Stanovujete ve většině případů dlouhodobé plány terapie?**
    a) Ano
    b) Ne

16. **Směřuje Váš plán terapie k dosažení stanoveného cíle terapie pacienta?**
    a) Ano
    b) Ne
    c) Nestanovuji plán terapie pacienta
    d) Nestanovuji cíl terapie pacienta

17. **Účastní se ve většině případů stanovování cílů terapie pacient?**
    a) Ano ve většině případů
    b) Ne ve většině případů
    c) Nestanovuji cíle terapie

18. **Účastní se ve většině případů stanovování plánů terapie pacient?**
    a) Ano ve většině případů
    b) Ne ve většině případů
    c) Nestanovuji plány terapie

19. **Podílí se ve většině případů na stanovování cílů terapie rodinní příslušníci nebo neformálně pečující osoby? (např. u osob s afázií, demencí, ...)**
    a) Ano ve většině případů
    b) Ne ve většině případů
    c) Nestanovuji cíle terapie

20. **Jsou stanovené cíle terapie ve většině případů konzultovány v rámci multidisciplinárního týmu?**
    a) Ano
    b) Ne
    c) Nestanovuji cíle

21. **Sdílíte ve většině případů společný hlavní cíl terapie v rámci multidisciplinárního týmu s dalšími pracovníky?**
    a) Ano
    b) Ne
    c) Nestanovuji cíle

22. **Dochází ve většině případů během terapií ke kontrolnímu hodnocení a případné úpravě stanovených cílů terapie?**
    a) Ano
    b) Ne
    c) Nestanovuji cíle terapie

23. Dochází ve většině případů během terapií ke kontrolnímu hodnocení a případné úpravě stanovených plánů terapie?

a) Ano
b) Ne
c) Nestanovuji plány terapie

24. Dochází ve většině případů k zhodnocení a souhrnu dosažených cílů při ukončení terapií pacienta?

a) Ano
b) Ne
c) Nestanovuji cíle terapie

25. Jste spokojen/a se způsobem stanovování cílů ve Vašem zařízení?

a) Ano
b) Ne

26. Využil/a byste možnost účastnit se semináře o správném stanovování cílů a plánování terapie?

a) Ano
b) Ne

27. V případě zájmu o zaslání získaných výsledků diplomové práce můžete zanechat emailovou adresu.