

Možnosti ergoterapeuta pro ovlivnění přenosu dovedností naučených v terapii do běžného života

Possibilities for Occupational Therapist to Influence the Transfer of Skills Learned in Therapy to Everyday Life

Kamila Česáková¹, Olga Nováková², Yvona Angerová²

¹Městská nemocnice následné péče, Praha

²Klinika rehabilitačního lékařství, 1. lékařská fakulta, Univerzita Karlova a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze

ČESÁKOVÁ, Kamila; NOVÁKOVÁ, Olga a ANGEROVÁ, Yvona. Možnosti ergoterapeuta pro ovlivnění přenosu dovedností naučených v terapii do běžného života. Online. *Ergoterapie: Teorie a praxe*. 2025, roč. 3, č. 1, s. 12–18. ISSN 3029-5025.

Dostupné z: <https://ergoterapie.cz/casopis-ergoterapie-teorie-a-praxe-1-2025/>

Datum doručení do redakce: 4. 11. 2024, datum přijetí k publikaci: 18. 5. 2025

Abstrakt: Proces přenosu naučených dovedností je rozsáhlým tématem kombinujícím poznatky z různých oborů od psychologie až po neurovědy. V rámci rehabilitace je podpora tohoto procesu klíčovou součástí pro návrat pacienta do běžného života. Zahraníční literatura za tímto účelem nabízí celou řadu technik a přístupů, které však nejsou v praxi příliš často využívány. Tento přehledový článek si klade za cíl seznámit čtenáře s technikami a přístupy pro podporu přenosu v teoretické i praktické rovině. Článek byl zpracován na základě diplomové práce Schopnost přenosu naučených dovedností ve všedních denních aktivitách do běžného života u pacientů po získaném poškození mozku (Česáková, 2024).

Klíčová slova: ergoterapie, generalizace, transfer

Abstract: The process of transferring learned skills is a complex theme combining findings from various disciplines ranging from psychology to neuroscience. In rehabilitation, supporting this process is a key component for the patient's return to daily life. Foreign literature offers a range of techniques and approaches for this purpose, but these are not widely used in practice. This review article aims to introduce the reader to these techniques and approaches in both theoretical and practical terms. The article was prepared on the basis of the thesis Ability to Transfer Learned Skills in Activities of Daily Living to Everyday Life in Patients with Acquired Brain Injury (Česáková, 2024).

Key words: occupational therapy, generalisation, transfer

Úvod

Cílem rehabilitace by mělo být dosažení co nejvyšší míry soběstačnosti pacienta v každodenním životě (Švestková et al., 2017). Pro naplnění tohoto cíle se jako ergoterapeuti v terapii zaměřujeme na trénink různých činností i jejich komponent.

Otázkou ale je, do jaké míry je poté pacient schopen naučené dovednosti do běžného života přenést. S přenosem naučených dovedností se pojí dva pojmy – generalizace a transfer. Oba tyto pojmy úzce souvisí s psychologií učení. Generalizace se vztahuje k přenosu dovedností z jednoho kontextu do nového, odlišného od původního cvičného prostředí. Transfer

je označením pro schopnost použít specifické dovednosti na související úkol podobný kontextu a prostředí, v němž se pacient dovednost učil (Li et al., 2015).

Terapeuti si často myslí, že se dovednosti a strategie naučené během terapií přenesou do běžného života automaticky, avšak tento předpoklad není zcela správný a jeho důsledkem je snížená efektivita rehabilitace. Dle Ganeshe Babulala a jeho spoluautorů by ergoterapeutická praxe měla být konceptualizována jako učící se proces, ve kterém ergoterapeut funguje jako facilitátor procesu učení (Babulal et al., 2016). Jak ale můžeme proces učení i samotný přenos naučených dovedností jako ergoterapeuti podpořit?

Metodologie

Metodou sněhové koule (Miovský, 2006) byly hledány nejprve zdroje, které pojednávají o přenosu naučených dovedností nebo konkrétně o souvisejících technikách a přístupech vztahujících se ideálně k ergoterapii nebo obecněji k rehabilitaci. Z těchto zdrojů byly poté vybrány ty, z jejichž obsahu je možné čerpat užitečné rady pro praxi, a v nichž bylo použití doporučených postupů v terapii pro lepší představu popsáno na příkladech. Zároveň byly vybrány ty techniky a přístupy, které byly zmíněny ve více zdrojích. K pojmům, které bylo nutné dovysvětlit (např. self-management nebo chunking), byly následně dohledány další zdroje. Nejvyužívanější databázi pro hledání zdrojů byla EBSCOhost. Jako klíčová slova byla použita následující: ergoterapie, rehabilitace, generalizace, transfer, dovednost, psychologie učení, uplatnění učení, učení, cévní mozková příhoda. Informace byly kategorizovány podle toho, zda se vztahovaly k obecnému vysvětlení přenosu naučených dovedností, základním principům, jednotlivým přístupům nebo souvisejícím pojmům, tedy podle kapitol teoretické části diplomové práce (Česáková, 2024), jejichž uspořádání bylo inspirováno diplomovou prací Adiny Houldin (2018).

V rámci praktické části diplomové práce (Česáková, 2024), z které tento článek vychází, byla navázána spolupráce se čtyřmi pacienty po cévní mozkové příhodě vybranými dle předem stanovených kritérií. Výběr probíhal metodou záměrného výběru přes instituci (Miovský, 2006). Spolupráce s každým z účastníků výzkumu trvala přibližně 6–8 měsíců. Vždy proběhlo nejprve úvodní setkání, kdy bylo mimo jiné provedeno úvodní vyšetření a stanovení cílů terapie. Následně se uskutečnilo dalších 5 terapií s frekvencí 1× týdně. Náplní terapií byl trénink problematických komponent činnosti, nácvik problematických denních činností (ADL), trénink dalších souvisejících úkolů a instruktáž k autoterapii. Průběh všech terapií byl doprovázen aplikací technik a přístupů pro podporu přenosu naučených dovedností do běžného života. Po skončení série

terapií proběhly s každým z účastníků další dvě setkání, vždy s časovým odstupem 2–3 měsíců. Náplní těchto setkání byl hlavně semistrukturovaný rozhovor zaměřený na zjišťování změn ve výkonu činností a průběhu přenosu naučených dovedností do běžného života i probírání souvisejících témat. Při názorné ukázce provádění nějaké činnosti a porovnávání s předchozím výkonem bylo také využíváno strukturované extrospektivní pozorování (Miovský, 2006). U tří ze čtyř účastníků výzkumu byla rovněž provedena domácí návštěva. Výstupy z domácích návštěv byly zaznamenány formou shrnujících protokolů (Hendl, 2008).

Pro hodnocení a popis vývoje přenosu naučených dovedností z oblasti ADL do běžného života byla zvolena metoda semistrukturovaného rozhovoru, při kterém byly pokládány otevřené i uzavřené otázky, a nástroj Generalisation and Transfer Scale. Při vedení rozhovoru se autorka řídila doporučeným postupem řazení kladených otázek a doporučením pro vedení rozhovoru dle Hendla (2008). Dále se snažila aplikovat techniky používané při rozhovorech (například sumarizace, parafrázování odpovědi apod.) dle Ferjenčíka (2010).

Zpracování nasbíraných dat se uskutečnilo dle doporučených postupů pro analýzu kvalitativních dat dle Hendla (2008) a Miovského (2006). Rozhovory byly se souhlasem všech účastníků nahrány do zvukové podoby a poté převedeny do textové podoby technikou doslovné transkripce (Hendl, 2008) s využitím moderní technologie. V přepsaném textu byly poté barevně zdůrazněny důležité pasáže a dopisovány komentáře. Další fází analýzy dat získaných z rozhovorů bylo utřídění informací podle témat metodou vytváření trsů. V posledních fázích byly z takto utříděných dat vyvozovány závěry a byly propojovány s teoretickými poznatky (Miovský, 2006). Podobným způsobem byla zpracována také data získaná z domácích návštěv a pozorování.

Zkušenosti z praktické aplikace doporučených technik a přístupů pro podporu přenosu naučených dovedností jsou reflektovány v diskuzi a závěru tohoto článku.

Přehled technik a přístupů

Principy dle Geusgenové

Jedná se o principy, které jsou v podstatě základními stavebními kameny podpory přenosu naučených dovedností. Představují důležitá pravidla, která by si měl uvědomit terapeut i pacient.

1. Pacient by měl vědět, co je transfer a generalizace a jak tyto procesy fungují.
2. Pacient by si měl být vědom vlastních funkčních schopností, než uzná, že je potřeba si osvojit strategie pro zlepšení výkonu činnosti.
3. Pacient by měl být schopen určit, kdy a kde by měl být přenos naučených dovedností uplatněn.
4. Pacient by se měl učit obecné znalosti, protože tento typ znalostí se snáze přenáší než specifické znalosti.
5. Spojení mezi tím, co se pacient naučil a situací, ve které se učil, by mělo být narušeno procvičováním strategií nebo dovedností v různých obměnách situací, jak jen je to možné.
6. Přenos by měl být řešen v průběhu učení se, protože nelze očekávat, že k němu dojde automaticky. (Geusgens, 2007)

Variabilita

Důvodem pro zařazení variability kontextu i samotné činnosti do terapií je skutečnost, že se v případě jejího začlenění motorický systém přizpůsobuje více různým metodám dosažení cíle. Neuromuskulární systém je poté nucen řešit problém, a ne opakovat pouze jednu naučenou sekvenci chování. V terapii lze variabilitu zajistit například změnou prostředí, způsobu provedení činnosti nebo načasování. (Houldin, 2018)

Řízené objevování

Při řízeném objevování vede terapeut pacienta k tomu, aby sám přišel na strategie, jak činnost provádět. Na rozdíl od přímé instrukce od terapeuta se využitím této techniky zvyšuje pravděpodobnost, že si pacient osvojí strategie, které bude v běžném životě používat (Toglia, 2010). V praxi můžeme využít například tyto návodné otázky: „Všiml jste si něčeho, co Vám tentokrát pomohlo činnost provést?“, „Co byste tentokrát mohl udělat jinak?“ (Houldin, 2018).

Používání strategií

V terapii je důležitá jak podpora učení se strategií, tak i generování strategií vlastních a optimalizování jejich spontánního používání napříč každodenními činnostmi (Nagelkop et al., 2021). Techniky pro utváření strategií nabízí například přístup CO-OP nebo Multikontextový přístup. V přístupu CO-OP jde o to, aby pacient zažil pocit „vlastnictví“ nad strategiemi. Využívána je technika Cíl-Plán-Provedení-Kontrola společně s řízeným objevováním a dynamická analýza činnosti (Houldin, 2018). Multikontextový přístup využívá pro osvojení si

strategií rovněž řízené objevování a také metakognitivní trénink (Nagelkop et al., 2021). Obecně platí, že globální strategie lze využít u většího počtu činností, proto se jejich učení upřednostňuje před specifickými strategiemi (Houldin, 2018).

Technika dosahování vpřed a zpětného dosahování

Aby byl pacient schopen naučené dovednosti a strategie v běžném životě použít, měl by být v terapii veden k tomu, aby zvládl rozeznat, v jakých situacích a při jakých činnostech je aplikovat (Houldin, 2018). Využitelné jsou dvě techniky – dosahování vpřed a zpětné dosahování. Technika dosahování vpřed zahrnuje přípravu strategií a dovedností pro jejich budoucí aplikaci. Terapeut s pacientem dopředu plánuje, jak bude daná činnost v jednotlivých krocích probíhat a jaké strategie bude používat, ještě před samotným provedením činnosti. Zpětné dosahování lze využít v případě, že ve výkonu činnosti již nastal problém. Pacient identifikuje klíčové problematické komponenty činnosti a s využitím minulé zkušenosti plánuje, jaké strategie a dovednosti by bylo možné aplikovat, aby ve výkonu činnosti potíže v budoucnu nenastaly. Pro posílení efektu této techniky může terapeut pacienta následně vystavit novým situacím, při nichž lze plánované strategie a dovednosti využít (Babulal et al., 2016).

Podpora self-efficacy

Self-efficacy je definováno jako subjektivní přesvědčení o vlastní zdatnosti. Lidé s vysokou mírou self-efficacy věří, že je v jejich silách zvládnout nejrůznější životní problémy a překonávat překážky. Tito lidé často sami vyhledávají obtížné úkoly a věří tomu, že je zvládnou vyřešit (Plháková, 2004). Pokud je možnost uspět naopak omezována, je tím snižováno vnímání vlastních schopností, což brání jedinci v učení (Chiviacowsky a Harter, 2015). Self-efficacy je ovlivněno čtyřmi zdroji informací: výkon činností v minulosti, zprostředkované zkušenosti (pozorování úspěchu někoho jiného), slovní přesvědčení (zpětná vazba od terapeuta, promlouvání k sobě samému) a fyzický stav (únava apod.) (Houldin, 2018).

Self-awareness

Self-awareness neboli sebeuvědomění souvisí s druhým bodem principů dle Geusgensové. Rozlišují se dva hlavní aspekty uvědomění (awareness): 1) již existující znalosti nebo přesvědčení týkající se vlastních schopností, požadavků na úkol a způsobů kompenzace (označované jako „metakognitivní znalosti“ nebo „intelektuální uvědomění“), 2) znalosti o výkonu získané během provádění úkolu prostřednictvím procesů sebekontroly (označované jako „on-line“ uvědomění). Snížené uvědomění si omezených vlastních funkčních

schopností může mít za následek sníženou motivaci zapojit se do počátečního učení dovedností nebo strategií, protože pokud klient nechápe, že problém existuje, může považovat strategie za zbytečné. Dále může také vést k neschopnosti vhodně rozpoznat situace, v nichž by měly být naučené dovednosti nebo strategie použity (Babulal et al., 2016).

Uvedení tohoto principu do praxe může např. u přístupu CO-OP vypadat tak, že se terapeut opakovaně ptá pacienta na hodnocení výkonu z jeho perspektivy. Pacient je zároveň veden k tomu, aby se soustředil na svůj výkon a plán činnosti (Houldin, 2018). Hodnocení však může probíhat ještě před samotným provedením úkolu, kdy pacient sdělí svá očekávání ohledně výkonu, náročnosti, možných obtíží a kolik času či úsilí mu činnost zabere. Skutečné plnění úkolu pak může být natočeno na video, aby pacient mohl zhodnotit svůj výkon a porovnat ho se svými původními předpověďmi. Následně může terapeut s pacientem porovnat a prodiskutovat svá pozorování a vnímání výkonu činnosti včetně toho, nakolik byl klientův výkon v souladu s jeho očekáváními. Také se přezkoumají chyby, pozitivní aspekty plnění úkolu a možnosti použití kompenzačních strategií (Babulal et al., 2016).

Moderní technologie

Využití moderních technologií v rehabilitaci je stále více řešeným tématem. V souvislosti s přenosem naučených dovedností si mnozí pokládají otázku, zda se dovednosti získané s využitím moderních technologií přenesou do běžného života tak, aby je člověk zvládl využít při řešení reálných situací. Odpověď není zcela jednoznačná (Li et al., 2016). Pro podporu přenosu je často doporučováno terapii na počítači zahrnout pouze jako doplňkovou terapii. Dále je vhodné vybírat úkoly, které jsou podobné oblastem všedních denních činností, jež chceme trénovat a zlepšit (Li et al., 2015).

Další možností, jak v terapiích využít moderní technologie, je tzv. „video modeling“. Pacienti jsou vyzváni, aby sledovali video, na kterém se oni sami snaží činnost provádět správným postupem a při pochybeních dostávají zpětnou vazbu od terapeuta přímo při provádění činnosti. Poté se pacienti pokusí tu samou činnost provést takovým způsobem jako na videu. (McGraw-Hunter et al., 2006)

Terapeutické přístupy

CO-OP

(Cognitive Orientation to Daily Occupational Performance)

Úkolem terapeuta v rámci tohoto přístupu je vést pacienta k objevování způsobů, jak vykonávat určité činnosti, a jejich uplatnění v běžném životě (Houldin, 2018). Využívána je technika Cíl-Plán-Provedení-Kontrola (Goal-Plan-Do-Check), kdy

jsou nejprve stanoveny cíle terapie pomocí Kanadského hodnocení výkonu zaměstnávání. Pacient je terapeutem veden k tomu, aby vymyslel plán pro dosažení stanovených cílů. Poté plán provede, a nakonec zkontroluje splnění a účinnost plánu, tedy zda bylo dosaženo cíle. Pokud není dosaženo cíle, pacient je veden k tomu, aby přišel na to, kde nastala chyba, a vytvořil nový plán. Při fázi plánování terapeut využívá techniku řízeného objevování. Proces Cíl-Plán-Provedení-Kontrola je opakován tak dlouho, dokud nejsou selhání při výkonu činnosti opakovaně překonána (McEwen et al., 2015).

Aby si pacient uvědomoval svůj výkon a vlastní proces myšlení, je také využívána dynamická analýza výkonu (DPA). Jedná se o metodu sebekontroly, kdy je prostřednictvím řízené nápovědy možné identifikovat pacientovy konkrétní obtíže ve výkonu činností a zároveň vytvořit a vyzkoušet strategie pro řešení těchto obtíží. Kromě samotné intervence jsou zadávány domácí úkoly, aby byl pacient povzbuzován k používání naučených strategií doma/ve škole/v práci. Důraz je kladen také na zapojení rodinných příslušníků kvůli možné podpoře přenosu naučených dovedností a strategií do domácího prostředí. (Houldin, 2018)

Multikontextový přístup (Multicontext Approach)

Hlavním cílem přístupu je pomoci pacientovi s používáním kognitivních strategií napříč různými činnostmi pro zvládnutí chyb ve výkonu těchto činností. Pozornost není zaměřena na výsledek nebo přesnost provedení, ale na proces činnosti. Kognitivní funkce jsou konceptualizovány jako produkt interakce mezi člověkem, činností a prostředím. Vnější faktory (např. komponenty činnosti, okolnosti prostředí) v interakci s vnitřními faktory (např. osobní kontext, self-awareness, procesní strategie) pak určují pacientův výkon činnosti. (Nagelkop et al., 2021)

Stejně jako u přístupu CO-OP je kladen důraz na nácvik a používání strategií a využívání techniky řízeného objevování. Rovněž je doporučena variabilita kontextu při nácviku činností. Naučené strategie pacient postupně trénuje v různých činnostech. Vybírány jsou každodenní činnosti, které představují adekvátní úroveň výzvy. Mezi nově trénovanou a předchozí činností by měla být určitá podobnost, která se postupně snižuje. (Toglia et al., 2010)

Nedílnou součástí přístupu je metakognitivní trénink. Pro běžné fungování v různých činnostech a kontextech musí být pacient schopen sledovat svůj výkon a vědět, kdy je třeba použít určitou strategii. Snížení těchto schopností může ovlivnit pocit osobní kontroly a omezit přenos učení (Toglia et al., 2010). Trénink metakognitivních strategií se zaměřuje na využití schopnosti pozorovat, hodnotit a pozitivně měnit vlastní chování (Skidmore et al., 2015). V praxi lze pro metakognitivní trénink využít například strukturovaný seznam

otázek, které pacient zodpoví před a po dané činnosti během každého sezení. Mezi další klíčové prvky přístupu patří self-awareness, self-efficacy a self-management (Nagelkop et al., 2021).

Přístup založený na konekcionistickém modelu

Terapie vycházející z konekcionistického modelu je založena na výběru činností a jejich rozdělení do kategorií podle komponent činnosti a složitosti. U činností, které mají podobné komponenty, se předpokládá, že spadají do stejné konekcionistické sítě a jsou vybrány pro tréninkový protokol. Například činnosti jako je příjem jídla, přesun z jedné židle na druhou, koupání a chůze na toaletu sdílejí podobné komponenty – úchop rukou, zrakové vnímání, koordinace oko-ruka, přenášení váhy a rovnováha. Příjem jídla a přesun z jedné židle na druhou se skládají z méně kroků a vyžadují méně funkčních komponent než koupání. Proto se první dva úkoly stávají „základními úkoly“ a stavebními kameny druhé skupiny činností, která se označuje jako „perspektivní úkoly“. Trénink má dvě fáze. Nejprve jsou trénovány základní úkoly s pomocí techniky seberegulace a chunkingu. Pojem chunking lze přeložit jako rozdělení na části. V přístupu založeném na konekcionistickém modelu se chunking využívá tak, že pacient u konkrétní činnosti analyzuje a rozdělí celé chování do různých logických kroků, identifikuje problematické kroky a hledá řešení. Ve druhé fázi se využívá mentální představa pro trénink „perspektivních úkolů“, které jsou obtížnější a složitější na provedení. (Liu et al., 2014)

Diskuze

V první části tohoto článku byly představeny jednotlivé techniky, u nichž je zahrnutí do terapie jednodušší, protože se nejedná o ucelené koncepty sestávající z více prvků. Jejich využití je tedy dobrým začátkem podpory přenosu naučených dovedností. Principy dle Geusgensové (Geusgens, 2007) pomáhají celý proces pochopit a formují nastavení terapeuta. Dle názoru autorky jsou tím prvním, s čím by se měl ergoterapeut seznámit. Variabilita, řízené objevování, dosahování vpřed a zpětné dosahování jsou jednoduché techniky, s kterými se dá v terapii velmi dobře pracovat. Představené techniky jsou také většinou součástí některého z přístupů. Zejména u CO-OP a multikontextového přístupu se některé prvky překrývají.

Variabilitu můžeme zajistit jak různou podobou činnosti, tak prostředím, využívaného materiálu nebo načasování (Česáková, 2024).

U řízeného objevování je důležité si uvědomit, že pro některé pacienty, kteří nejsou na takovýto přístup zvyklí, může být

technika řízeného objevování nepříjemná a mohou mít pocit, že jsou v podstatě zkoušeni. Je tedy potřeba vysvětlit význam otázek, jež pacientovi pokládáme. (Česáková, 2024)

Technika dosahování vpřed je užitečná pro naplňování v budoucnu využívaných strategií. Například pro provádění nějaké činnosti v prostředí, kde to pacient nezná a může mít obavy, že něco nezvládne. Společným rozhovorem naplánujeme, jak se obtížím vyhnout a jak umožnit provedení činnosti bez obav nebo jak případné obtíže řešit (např. situace, kdy jede pacient na dovolenou). Technika zpětného dosahování pak může sloužit pro zhodnocení situace dříve řešené technikou dosahování vpřed poté, co už ji pacient absolvoval nebo jako způsob identifikování překážek a jejich řešení u dříve neřešené situace, v níž pacient opakovaně selhával. Zejména u techniky dosahování vpřed musíme brát v úvahu povahu pacienta. Některé pacienty může přílišné plánování budoucí činnosti odradit od toho, aby tuto činnost vyzkoušeli kvůli vzrůstajícím obavám z neúspěchu. (Česáková, 2024)

Pokud se rozhodujeme, jaký přístup v terapii využívat, je dobré si nejprve uvědomit: 1) zda jsme schopni si představit aplikaci popsaného přístupu do praxe tak, jak je teoreticky popsán, 2) zda se nám bude dobře pracovat s jednotlivými prvky přístupu, 3) s jakým klientem/pacientem pracujeme – jaké jsou jeho funkční schopnosti a cíle.

CO-OP a multikontextový přístup vznikly v 90. letech 20. století. Jejich účinnost – nejen v oblasti přenosu naučených dovedností – byla potvrzena v četných studiích (Ahn, 2017, Toglia 2010). Přístup založený na konekcionistickém modelu není tak známý a jeho evidence je podpořena menším množstvím studií. Všechny tři přístupy kladou značné nároky na terapeuta kvůli nutnosti seznámit se s teoretickými základy přístupů a pochopení, jak je aplikovat v praxi. Pokud mají terapeuti zájem lépe pochopit fungování přístupů v praxi, mohou využít různé webové stránky věnované prvním dvěma zmiňovaným přístupům, kde lze najít odkazy na články, knižní publikace a workshopy. U obou přístupů jsou také poměrně podrobně popsány jejich klíčové prvky, které by měly být do terapie zařazeny. Nejlépe je pro praxi popsán multikontextový přístup, u něhož je možné dohledat i přesnou strukturu terapií, příklady kladení otázek pro podporu některých prvků a také konkrétní popis použití přístupu v terapii. Z tohoto pohledu se multikontextový přístup jeví jako ten nejvhodnější pro aplikaci v praxi.

Přístupy na terapeuta kladou také určité časové nároky. U přístupu CO-OP je doporučená frekvence terapií 60 minut jednou až dvakrát týdně (Houldin, 2018), pro multikontextový přístup byla frekvence 75 minut dvakrát týdně (Toglia et al., 2010). U přístupu založeném na konekcionistickém modelu je

doporučen třítýdenní trénink, během kterého proběhne pět 60minutových terapií rozložených do pěti dní v rámci každého týdne (Liu et al., 2014).

Výhodou, ale zároveň i nevýhodou přístupu založeném na konekcionistickém modelu může být méně prvků pro podporu přenosu, které přístup využívá. Sice je třeba v terapii myslet na méně prvků, které do terapie začlenit, zároveň ale tento počet prostředků, jak přenos podpořit, může být nedostatečný.

Společnou nevýhodou všech přístupů je skutečnost, že veškeré důležité zdroje nejsou psané v českém jazyce.

Závěr

Ačkoliv existuje celá řada výzkumů, které důležitost podpory přenosu naučených dovedností v terapii zdůrazňují, někteří terapeuti se stále domnívají, že se přenos uskuteční automaticky, což vede ke snížení efektivity rehabilitace. V terapii lze využít různé techniky a přístupy, je však důležité si vybrat takové, jež budou v terapii vhodně aplikovatelné a bude se s nimi terapeutům dobře pracovat. Tento článek přináší přehled nejčastěji zmiňovaných technik i přístupů. Vhodnost jejich využití se odvíjí od cílů a funkčních schopností pacienta, ale také od schopností terapeuta s nimi pracovat a začlenit je do terapie.

Prohlášení o střetu zájmů: Bez konfliktů zájmů.

Zdroje

AHN, Si-nae et al. Comparison of Cognitive Orientation to Daily Occupational Performance and Conventional Occupational Therapy on Occupational Performance in Individuals with Stroke: A Randomized Controlled Trial. Online. *NeuroRehabilitation*. 2017, roč. 40, č. 3, s. 285–292. ISSN 1878-6448. Dostupné z: <https://doi.org/10.3233/NRE-161416>. [cit. 2024-09-26].

BABULAL, Ganesh; FOSTER, Erin R. a WOLF, Timothy J. Facilitating Transfer of Skills and Strategies in Occupational Therapy Practice: Practical Application of Transfer Principles. Online. *Asian Journal of Occupational Therapy*. 2016, roč. 11, č. 1, s. 19–25. ISSN 1347-3484. Dostupné z: https://www.jstage.jst.go.jp/article/asijot/11/1/11_19/-pdf/-char/en. [cit. 2024-09-26].

ČESÁKOVÁ, Kamila. *Schopnost přenosu naučených dovedností ve všedních denních aktivitách do běžného života u pacientů po získaném poškození mozku*. Online, diplomová práce. Praha: Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Klinika rehabilitačního lékařství, 2024. Vedoucí práce Bc. Olga Nováková, M.Sc. Dostupné z: <http://hdl.handle.net/20.500.11956/190682>. [cit. 2024-09-26].

FERJENČÍK, JÁN. *Jak zkoumat lidskou duši*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-815-9.

GEUSGENS, Chantal et al. *Transfer of cognitive strategy training after stroke: No place like home?* Maastricht: NeuroPsych Publishers, 2007. ISBN 978-90-75579-34-5

HENDL, JAN. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0982-9.

HOULDIN, Adina. *Measurement and Mechanisms of Skill Generalization and Transfer in the Rehabilitation Context*. Online, doctor thesis. Toronto: University of Toronto, 2018. Advisor Helene J. Polatajko. Dostupné z: <https://hdl.handle.net/1807/89769>. [cit. 2024-09-26].

CHIVIACOWSKY, Suzete a HARTER, Natália Maass. Perceptions of competence and motor learning: performance criterion resulting in low success experience degrades learning. Online. *Brazilian Journal of Motor*. 2015, roč. 9, č. 1, s. 1–10. ISSN 2446-4902. Dostupné z: <https://doi.org/10.20338/bjmb.v9i1.82>. [cit. 2024-09-26].

LI, Kitsum; ALONSO, Jonathan; CHADHA, Nisha a PULIDO, Jennifer. Does Generalization Occur Following Computer-Based Cognitive Retraining? An Exploratory Study. Online. *Occupational Therapy In Health Care*. 2015, roč. 29, č. 3, s. 283–296. ISSN 0738-0577. Dostupné z: <https://doi.org/10.3109/07380577.2015.1010246>. [cit. 2025-02-01].

LI, Janice S.; LOPEZ, Diana; CHEUNG, Eugene a TALAMANTEZ, Angela. *Effectiveness of the Bridge/Adapt Program on Functional Skill Generalization After Acquired Brain Injury*. Online, master thesis. San Rafael, California: Dominican University, 2016. Advisor Kitsum Li. Dostupné z: <https://doi.org/10.33015/dominican.edu/2016.OT.08>. [cit. 2024-09-26].

LIU, Karen P.Y.; CHAN, Chetwyn CH.; TULLIANI, Nikki; NG, Marcus C. K. a LI, Leonard S.W. Rehabilitation Programme to Promote Task Relearning and Generalisation after Stroke: A Review of Literature. Online. *Journal of Neurology & Neurophysiology*. 2014, roč. 5, č. 4, s. 1–7. ISSN 2155-9562. Dostupné z: <https://doi.org/10.4172/2155-9562-5-1000220>. [cit. 2024-09-26].

MCEWEN, Sara; POLATAJKO, Helene; BAUM, Carolyn; RIOS, Jorge; CIRONE, Dianne et al. Combined Cognitive-Strategy and Task-Specific Training Improve Transfer to Untrained Activities in Subacute Stroke: An Exploratory Randomized Controlled Trial. Online. *Neurorehabilitation and Neural Repair*. 2015, roč. 29, č. 6, s. 526–536. ISSN 1552-6844. Dostupné z: <https://doi.org/10.1177/1545968314558602>. [cit. 2024-09-26].

MCGRAW-HUNTER, M.; G. D. FAW a P. K. DAVIS. The Use of Video Self-modelling and Feedback to Teach Cooking Skills to Individuals with Traumatic Brain Injury: A pilot study. Online. *Brain Injury*. 2006, roč. 20, č. 10, s. 1061–1068. ISSN 0269–9052. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/02699050600912163>. [cit. 2024-09-26].

MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1362-4.

NAGELKOP, Nicole Denise et al. Using Multicontext Approach to Improve Instrumental Activities of Daily Living Performance after a Stroke: A Case Report. Online. *Occupational Therapy in Health Care*. 2021, roč. 35, č. 3, s. 249–267. ISSN 1541-3098. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/07380577.2021.1919954>. [cit. 2024-09-26].

PLHÁKOVÁ, Alena. *Učebnice obecné psychologie*. Praha: Academia, 2004. ISBN 978-80-2001-499-3.

SKIDMORE, Elizabeth R. et al. Strategy training shows promise for addressing disability in the first 6 months after stroke. Online. *Neurorehabilitation and Neural Repair*. 2015, roč. 29, č. 7, s. 668–676. ISSN 1552-6844. Dostupné z: <https://doi.org/10.1177/1545968314562113>. [cit. 2024-09-26].

ŠVESTKOVÁ, Olga et al. *Rehabilitace motoriky člověka: fyziologie a léčebné postupy*. Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-271-0084-2.

TOGLIA, Joan; JOHNSTON, Mark V.; GOVEROVER, Yael a DAIN, Barry. A Multicontext Approach to Promoting Transfer of Strategy Use and Self-regulation after Brain Injury: An Exploratory Study. Online. *Brain Injury*. 2010, roč. 24, č. 4, s. 664–677. ISSN 0269–9052. Dostupné z: <https://doi.org/10.3109/02699051003610474>. [cit. 2024-09-26].