

Univerzita Karlova

1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Ergoterapie



Karolína Hieková

Role ergoterapeuta v adiktologii

The Role Of Occupational Therapist In Addictology

Bakalářská práce

Vedoucí závěrečné práce: Bc. Zuzana Rodová, M.Sc

Praha, 2022

PODĚKOVÁNÍ

Chtěla bych poděkovat vedoucí bakalářské práce, paní Bc. Zuzaně Rodové, M.Sc za vedení, cenné poznámky, odborné připomínky a podněty k mé práci, a především podporu při nelehkých situacích, které se na cestě psaní této práce vyskytly.

Dále bych chtěla poděkovat mému trpělivému příteli, který mi vždy byl oporou.

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, 17. 04. 2022

.....

Karolína Hieková

HIEKOVÁ, Karolína. *Role ergoterapeuta v adiktologii. [The Role Of Occupational Therapist In Addictology]*. Praha, 2022. 72 s, 2 přílohy. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Klinika rehabilitačního lékařství. Vedoucí bakalářské práce Bc. Zuzana Rodová, M.Sc.

ABSTRAKT BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Jméno, příjmení: Karolína Hieková

Vedoucí práce: Bc. Zuzana Rodová, M.Sc

Název bakalářské práce: Role ergoterapeuta v adiktologii

Abstrakt bakalářské práce:

Tato bakalářská práce pojednává o problematice osob se závislostí z pohledu ergoterapie. Hlavním cílem bylo zjistit, jakou roli má ergoterapeut u adiktologických pacientů v České republice. Práce má dvě části, a to teoretickou a praktickou.

První, teoretická část definuje závislost spolu s jejími faktory vzniku, adiktologický systém péče, vztah ergoterapie a adiktologie, roli ergoterapeuta v multidisciplinárním týmu a možnosti ergoterapeutické intervence u pacientů se závislostí.

Druhá, praktická část je analýzou 4 rozhovorů, které vznikly s ergoterapeutkami pracujícími s adiktologickou klientelou napříč různými typy zařízení v České republice. Rozhovor obsahoval obecnou kapitolu charakterizující zařízení, pacienty a ergoterapeutovu praxi; dále definování obecné role ergoterapeuta v adiktologii; role ergoterapeuta v multidisciplinárním týmu; ergoterapeutické metody, přístupy a standardizované testy využívané u pacientů se závislostí. V neposlední řadě otázky týkající se ergoterapeutické intervence u pacientů se závislostí.

Cílem práce je popsat, zmapovat a zhodnotit, jaké je uplatnění ergoterapeuta u pacientů se závislostí v rámci systému adiktologické péči v České republice a současně poukázat na jeho nezastupitelnost v multidisciplinárním týmu při léčbě pacientů se závislostí.

V diskuzi byla prokázána nenahraditelnost ergoterapeuta v procesu péče o pacienty se závislostí. Ergoterapeuti tedy mají svoji roli v mnoha potřebných oblastech intervence. Analýzou získaných dat z rozhovorů bylo zjištěno, že existuje stále prostor pro lepší integraci ergoterapeutů do multidisciplinárního týmu či do ostatních úseků péče.

Klíčová slova: ergoterapie, adiktologie, závislost, role ergoterapeuta,

ABSTRACT

Author of bachelor thesis: Karolína Hieková

Thesis supervisor: Bc. Zuzana Rodová, M.Sc.

Title of bachelor thesis: The Role of Occupational Therapist in Addictology

Abstract of bachelor thesis:

This bachelor's thesis is concerned with methods of occupational therapists and their work with patients who suffer for substance use. The first aim of this thesis is to find the role of occupational therapist in work with an addiction in the Czech Republic. The work is divided into two parts – theoretical and practical.

The first theoretical part defines addiction with dependence factors, system of an addiction care, relationship between occupational therapy and addictology, role of occupational therapist in a multidisciplinary team and possibilities of intervention that occupational therapists have in work with these patients.

The second part includes analysis of 4 interviews with occupational therapists who are based in Czech Republic in different facility and who work with patients with addition. The interview contained a general chapter characterizing the facility, patients, an occupational therapist's practice; further defining the general role of the occupational therapist in addictology; the role of an occupational therapist in a multidisciplinary team; occupational therapy methods, standardized tests and approaches used in work with substance use. Last but not least, questions about occupational therapy intervention in addicted patients.

The aim of this work is to describe, map and evaluate the application of occupational therapists in addicted patients in the system of addictology care in the Czech Republic. And point out its irreplaceability in a multidisciplinary team in the treatment.

The discussion demonstrated the irreplaceability of the occupational therapist in the process of caring for addicted patients. Occupational therapists therefore have a role to play in many necessary areas of the intervention. The analysis of the data revealed, that there is still room for a better integration of occupational therapists into the multidisciplinary team or other areas of care.

Key words: occupational therapy, addictology, addiction, role of occupational therapist

OBSAH

1. ÚVOD	1
2. TEORETICKÁ ČÁST.....	3
2.1. Definice závislosti	3
2.2. Psychopatologie komplikací závislosti.....	5
2.3. Neurobiologická podstata závislosti	6
2.3.1. Systém odměny	6
2.3.2. Neuroplasticita	7
2.3.3. Důsledky neurobiologického modelu.....	7
2.3.4. Duální diagnózy	8
2.4. Vliv vnějších, vnitřních faktorů na vznik a vývoj závislosti	9
2.5. Systém adiktologické péče v České republice.....	11
2.5.1. Primární prevence	11
2.5.2. Harm reduction, adiktologické služby minimalizace rizik.....	11
2.5.3. Terénní programy	12
2.5.4. Nízkoprahová kontaktní centra	12
2.5.5. Ambulantní péče a adiktologický stacionář	13
2.5.1. Léčebná péče	13
2.5.2. Terapeutická komunita	13
2.6. Multidisciplinární tým v adiktologii – začlenění ergoterapeuta	14
2.7. Definování role ergoterapeuta v adiktologii.....	15
2.7.1. Obecný vztah ergoterapie a závislosti	16
2.7.2. Možnosti přístupů, strategií a hodnocení u adiktologických pacientů z hlediska ergoterapie.....	18
2.7.3. Možnosti ergoterapeutické intervence u osob užívající návykové látky.....	21
2.7.3.1. Produktivita, zvládání pracovních aktivit a trénink pracovních dovedností.....	23
2.7.3.2. Rehabilitace kognitivních funkcí	24
2.7.3.3. Struktura dne, denní aktivity, soběstačnost.....	25
3. PRAKTICKÁ ČÁST.....	26
3.1. Definice problému	26
3.2. Cíl bakalářské práce.....	26

3.3.	Metody zpracování bakalářské práce.....	26
3.3.1.	Typ práce.....	26
3.3.2.	Cílová skupina osob	26
3.3.3.	Etická hlediska bakalářské práce.....	27
3.3.1.	Metody získávání a zpracování dat	28
3.3.2.	Postup realizace.....	28
3.4.	Výsledky.....	31
3.4.1.	Základní informace – specifika adiktologické skupiny a zařízení	31
3.4.2.	Obecná role ergoterapeuta v adiktologii	32
3.4.3.	Role ergoterapeuta v multidisciplinárním týmu u pacientů se závislostí.....	35
3.4.4.	Ergoterapeutické metody a přístupy využívané u cílové skupiny pacientů	39
3.4.5.	Specifika ergoterapeutické intervence u cílové skupiny pacientů	40
4.	DISKUZE.....	46
5.	ZÁVĚR.....	51
6.	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	53
7.	PŘÍLOHY.....	61
7.1.	Oslovení potencionálních ergoterapeutů	61
7.2.	Scénář rozhovoru.....	62

1. ÚVOD

V mé bakalářské práci se věnuji oblasti adiktologie a jejímu propojení s ergoterapií. Téma závislostí je stále více aktuální, protože každoročně vzrůstá počet osob užívajících alkohol a drogy v takové míře, že to lze považovat za poruchu užívání návykových látek. Například z kanadské studie z roku 2012 vyplynulo, že odhadem téměř 22 % Kanadčanů splňuje kritéria, jež se dají označit za poruchu užívání návykových látek (Scoffin a kol., 2019).

Dle Americké asociace ergoterapeutů (AOTA), je právě duševní zdraví hlavní oblastí zaměření ve 21. století. Na ní navazuje Světové zdravotnická organizace (WHO, 2019), která identifikuje zdravotnickou péči a podporu v oblasti léčby závislostí stále za nedostatečnou, což má za následek omezení možností vzdělání a pracovního uplatnění, stejně tak jako celkové snížení kvality života jedinců trpících závislostí. A právě nejen závislosti jsou hlavním tématem posledních několika let, protože aktuální čísla ukazují, že každoročně stoupá počet osob se závislostí (Sy, 2018).

Věřím, že ergoterapeut se může stát nepostradatelným článkem celého systému adiktologické péče. Každý rok se objevují nové poznatky, které umožňují zkvalitnit celkovou zdravotnickou péči o klienty se závislostmi. Ve své práci potvrzují, že by ergoterapeut měl být součástí multidisciplinárního týmu jakéhokoliv specializovaného adiktologického zařízení a tím i součástí péče. Protože v České republice je ergoterapeut sice běžnou součástí interdisciplinárního týmu na psychiatrických odděleních, kde se setkává s adiktologickými pacienty. Bohužel jako součást adiktologického týmu je ergoterapeut stále výjimkou, což by se mohlo změnit (Svěčená a Rodová, 2019).

Niki Kiepek, přední kanadská ergoterapeutka zaměřující se na závislosti, v roce 2019 na CAOT konferenci znovu potvrdila myšlenku, že užívání návykových látek ovlivňuje všechny oblasti praxe, od návratu do práce (např. zvládnání bolesti), přes duševní zdraví (např. zhoršení příznaků) až po sezení a mobilitu (např. předepisování kompenzačních pomůcek pro mobilitu) (CAOT, 2019). I krátkodobé užívání alkoholu, tabáku nebo konopí může být spojeno se ztrátou zaměstnání – potenciálně se to může týkat všech sociodemografických a pracovních pozic (Airagnes a kol., 2019). Problém s léčbou pacientů se závislostí spočívá v roztržitosti zdravotnické péče a také nedostatku časových možností a odpovídajících zdrojů. Především ale stále existuje všudypřítomná stigmatizace užívání návykových látek a stálé upřednostňování abstinenční léčby před přístupy zaměřené na funkci (CAOT, 2019).

Výše zmíněné poznatky přispívají k nedostatečnosti informací o metodách, které by ergoterapeuti mohli využívat při své práci s drogovými, alkoholovými i jinými závislostmi (McCombie a Stirling, 2018). A dle mého názoru právě toto tvrzení spolu s nízkým zájmem o adiktologickou problematiku souvisí s faktem, že je v České republice spojení adiktologie a ergoterapie stále opomíjené. Přitom i z výše popsaných souvislostí a problémových oblastí v péči o adiktologické pacienty je zřejmé, že ergoterapeut může výrazně ovlivnit a přispět svojí činností.

Svojí bakalářskou prací bych ráda poukázala na možnosti, jaké má ergoterapeut v práci s adiktologickými pacienty, a především jaké benefity a pozitiva má pro adiktologický multidisciplinární tým přítomnost ergoterapeuta. Klíčové pro mě jsou oblasti a metody, kterými se momentálně ergoterapeuti na našem území věnují a řeší je u pacientů se závislostmi, tj. co je obsahem jejich intervencí. Uvádím zde příklady několika oblastí, které byly jmenovány jako jedny z možných, kde se ergoterapeut může angažovat (Kiepek, 2016). Většina je spojená přímo se závislostí samotnou – léčba bolesti, abstinenční management, duševní zdraví, prevence relapsu závislosti a prevence vzniku fyzické disability. Dále jsou to aktivity týkající se integrace do společnosti – správa financí, rozvoj dovedností a vztahů, získání zaměstnání, rozvoj sociálních dovedností. V neposlední řadě se jedná o soběstačnost a vlastní seberealizaci – podpora kognitivních funkcí, hygiena spánku, vytvoření struktury dne, dodržování rutiny apod. (Deangelis a kol., 2019). Současně je užívání návykových látek spojeno s kognitivními poruchami, které na první pohled nemusí být rozpoznatelné. I právě ty mohou být v kompetenci ergoterapeuta, protože mohou zásadně ovlivnit nejenom prospívání klienta v terapii (Hagen a kol., 2019).

Cílem mé praktické části je pomocí rozhovorů s ergoterapeuty, pracujícími s pacienty se závislostí, zmapovat jejich činnost a působnost v rámci jejich intervencí.

2. TEORETICKÁ ČÁST

2.1. Definice závislosti

„Vznik závislosti na návykových látkách ovlivňuje v základě fakt, že jako živé bytosti se a priori s tématem závislosti konfrontujeme od prvních chvil života. Vyvíjíme se v absolutní závislosti na organismu matky v jejím lůně a nebyli bychom schopni se rozvinout v moudré lidské bytosti homo sapiens, kdyby ihned po narození nebyla k dispozici dost citlivá péče dospělé blízké bytosti. Stejně tak jsme závislí na spoustě dalších okolností a faktorů, které buď neumíme ovlivňovat, jako je vzduch, voda, sluneční energie, zemská přitažlivost, nebo se o to nějak pokoušíme, jako je to u závislosti na podpoře nebo dokonce mínění druhých.“ (Kalina a kol., s. 17, 2008). Od porodu začíná naše cesta za samostatností, tj. nezávislostí, která se často stává našim životním cílem a hnacím motorem, který ale může vyústit v jinou patologickou závislost. Takto je uváděna spojitost závislost v běžném životě v rámci bio-psycho-sociálně-spirituálního modelu závislosti, který slouží jako východisko k primární, sekundární a terciární prevenci. Obecně kořenem závislosti bývají hlubší životní lidské potřeby a motivace, jimiž jsou nejčastěji – úleva od psychické či duševní bolesti, potřeba překročení sebe sama či jednoty, tlumení negativních emocí, odpoutání se od reality, prožití euforie apod. (Kalina a kol, 2015).

V rámci 4leté celopopulační studie s reprezentativním vzorkem populace prováděné Národním výzkumem užívání návykových látek roce 2016 uvedlo 25,3 % respondentů ve věku 15 a více let uvedlo, že kouří na denní bázi (odhadem se jedná o 2,4 miliony denních kuřáků). Dle studie provedené Národním výzkumem užívání tabáku a alkoholu (NAUTA) na výzkumném souboru 1806 respondentů bylo v roce 2019 v ČR 24,9 % kuřáků, kteří kouřili v posledních 30 dnech (zahrnující denní i příležitostné kuřáky). U kouření je možné během posledních 7 let pozorovat mírný sestupný trend. Dle výzkumu NAUTA z roku 2019 lze sledovat nárůst denní konzumace alkoholu, která dosáhla 8,5 %, kdy časté pití nadměrné dávky alkoholu uvedlo 15,9 % respondentů (nadměrná dávka byla v rámci této studie definována jako 60 a více gramů alkoholu při jedné příležitosti alespoň jednou týdně či častěji). Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti v roce 2019 zveřejnilo výsledky šetření prevalence užívání nelegálních drog v ČR se souborem 1009 respondentů starších 15 let – 31,9 % dotázaných ve věku 15 až 64 let někdy užilo nelegální látku, kdy ve velké míře to byly konopné látky (25,9 %), dále extáze, halucinogenní houby, pervitin, kokain a jiné (Mravčík, 2020).

Dle klasifikace rozlišujeme tzv. **látkovou závislost** (tzv. *substance addiction*) a **nelátkovou závislost** (tzv. *non-substance addiction*), u které v dnešní době pozorujeme vzrůstající tendenci (Kalina a kol., 2015). Látková závislost je neuropsychiatrické onemocnění, které je výrazně ovlivněno genetickými vlivy, sociálním a psychologickým prostředím, které danou osobu obklopuje. V případě tohoto typu lze závislost definovat jako ztrátu kontroly užívání drog nebo její nadměrné užívání navzdory jejím nepříznivým účinkům. Naproti tomu u nelátkové závislosti nedochází k přímému užívání konkrétní látky, i přesto neurobiologické procesy v mozku jsou velmi podobné jako u látkové závislosti. Mezi tento typ závislosti řadíme závislost na jídle, závislost na internetu nebo nově vzniklou závislost na mobilním telefonu (Zou a kol., 2017).

Z terminologického hlediska definujeme tzv. **psychoaktivní látku**, tj. návyková látka schopná u člověka vyvolat syndrom závislosti, jehož dalším stupněm je abúzus, jemuž předchází první stupeň a to úzus (jednorázové / opakované užití látky, které nevede k poškození jedince). V literatuře se kromě slova **abúzus** můžeme setkat se synonymy – škodlivé, dysfunkční či rizikové užívání – kdy již dochází k fyzickému, psychickému poškození jedince. **Syndrom závislosti** je pak vrcholným stupněm patologie závislosti, který je v současnosti dle MKN-10 (2019) definován jako skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, kdy jedince vede silná, neúnavná touha brát psychoaktivní látku a také užívání návykové látky upřednostňuje před většinou dalších jednání (Kalina a kol., 2015).

Klasifikace závislosti dle MKN-10 (WHO, 2019) popisuje některá kritéria (symptomy), která slouží k diagnostice a hodnocení závislosti. „*Jedním z nich podstatných projevů závislosti je **craving** – nutkavá touha užít drogu spojená s kompulzivním užíváním drog.*“ (Kalina, s. 33, 2008). Vyskytuje se nejčastěji u pacientů po odnětí drogy nebo následně během abstinence. Je považován za klíčový moment, kdy se z užívání drog stává závislost. Dalším symptomem je **somatický odvykací stav**, pro nějž je typické, že pacient vyhledává drogu pro potlačení nepříjemných abstinenčních příznak. Droga přestává být užívána jako zdroj odměny pro mozek. Mezi další základní symptomy syndromu závislosti je **zvýšená tolerance** k látce, kdy pacientovi přestává stačit původní dávka látky a dochází ke zvýšení dávky a následně k jejímu nekontrolovatelnému užívání (Kalina a kol., 2008). V neposlední řadě uvádím symptom, kdy pacient **zanedbává veškerá další zájmy a potěšení**, věnuje velké množství času na získávání a užívání látky. Současně se u syndromu závislosti vyskytuje stav, kdy dochází k **užívání látky i přes zjevné pozorovatelné škodlivé následky**, např. poškození jater v důsledku vysokého užívání alkoholu (Kalina a kol., 2015).

2.2. Psychopatologie komplikací závislosti

Zde uvádím základní poznatky o komplikacích závislosti, které představují pestrou směs obrazů akutního nebo chronického toxického syndromu. Specifika komplikací jsou podrobně zaznamenané v manuálu MKN-10 (Kalina a kol., 2015).

Akutní intoxikace a její obraz je typický pro každou látku či skupinu látek samostatně. Jedná se například o poruchu myšlení, vnímání, pozornosti, vědomí; poruchy funkce jednotlivých orgánových struktur; poruchy chování či rozvoj psychiatrické komorbidity atd. Manifestace další komplikace, kterou je **odvykací stav**, závisí na – druhu podané látky (jejím poločasem rozpadu, jejímu dávkování); charakteristice uživatele (věk, zdravotní stav, tíže závislosti), kdy symptomatologie projevu je velmi pestrá. Nejzávažnější psychickou komplikací je **odvykací stav s deliriem**, který je diagnostikován dle kritérií MKN-10 (Kalina a kol., 2015). Další komplikací závislosti je **psychotická porucha**, kdy z hlediska správné diagnostiky by její příznaky měly trvat déle než 48 hodin a méně než 6 měsíců (při abstinenci) (Kalina a kol., 2008).

Amnestický syndrom je další komplikací závislosti, který se nejčastěji diagnostikuje u chronických uživatelů alkoholu. *„Syndrom je charakterizován chronickým a výrazným zhoršením krátkodobé paměti (dlouhodobá paměť je také někdy zhoršena), zatímco bezprostřední paměť je zachována. Obvykle jsou zřejmé poruchy časového smyslu a řazení událostí, rovněž se zhoršuje schopnost učit se novou látku. Konfabulace může být výrazná, avšak nemusí být nutně přítomna. Ostatní kognitivní funkce jsou obvykle relativně dobře zachovány a amnestické defekty výrazně převažují nad ostatními poruchami.“* (Kalina a kol., s. 202, 2015)“. Konfabulací je zde míněno vymýšlení si či smýšlení minulých událostí, čímž se pacient snaží o zakrytí těžké poruchy paměti při organickém poškození mozku, která vzniká nejčastěji jako důsledek chronického pití alkoholu. Z výše uvedeného vyplývá, že v této problematice může hrát ergoterapeut zásadní roli a pomocí specifické intervence zlepšit stav pacienta a tím krátkodobou paměť jedince. V roce 2017 byla provedena případová studie na oddělení ergoterapie v K.E.M. nemocnici v Mumbai s 50 chronickými, 2 měsíce abstinujícími alkoholiky. Jednalo se screeningové testování kognitivních funkcí pomocí nástroje MoCA (Montrealský kognitivní test). U všech pacientů byla prokázána mírná kognitivní porucha, která se nejvíce projevila v oblasti jazyka, paměti, abstraktního myšlení a současně měla vliv na jejich práci a výkon ve všedních denních činnostech (Sawant a kol., 2017).

Reziduální stavy jsou různorodá skupina komplikací. Psychotická reminiscence nebo tzv. *flashback* je v malé míře komplikací u užívání halucinogenů – kdy během flashbacku dochází k přetvoření zážitku spojeného s drogou a může dojít k propojení drogové zkušenosti s úzkostí. „*Dále se do této skupiny řadí reziduální porucha osobnosti nebo chování, reziduální porucha nálady, demence a jiné přetrvávající narušení kognitivních funkcí* (Kalina a kol., s. 204, 2015).“

V neposlední řadě zmiňují ještě **deprese, úzkosti** a jejich kombinované stavy, které pravděpodobně mohou přímo na neurobiologickém podkladě souviset s látkovou závislostí (Kalina a kol., 2015).

2.3. Neurobiologická podstata závislosti

Závislosti na návykových látkách jsou řazeny mezi multifaktoriální relabující (neboli náhle se zhoršující) onemocnění centrální nervové soustavy, kdy opakované užívání určité drogy vede k rozvratu důležitých okruhů mozku. To může následně vést ke zvýšené míře negativních emocí, zhoršení kognitivních funkcí a rozhodovacích schopností jedince (Kalina a kol., 2015). Rozumět tomu, jak droga působí v mozku, jaké obvody jsou narušeny, jak se změní behaviorální aktivita jedince či jakým způsobem funguje neuronální aktivita při závislostech, je klíčové pro pochopení průběhu závislosti a systému léčby (Uhl a kol., 2019). Z neurobiologických poznatků poté vyplývá komplexní terapeutický přístup k drogovým závislostem, kam lze mimo jiné zařadit i farmakoterapii (Kalina a kol., 2015).

V posledních 15 letech se nejvíce prosadil **neurobiologický model závislosti**, který vychází z dopaminové hypotézy, kdy odměňující efekt drog je závislý na činnosti limbického dopaminoergního systému – jedná se o tzv. systém odměny (Kalina a kol., 2015).

2.3.1. Systém odměny

Neurobiologický model závislosti spolu se systémem odměny vysvětluje, jakým způsobem drogy působí na mozek, a tím také behaviorální změny spojené se závislostí. Systém odměny zahrnuje struktury mozku – především se jedná o nucleus accumbens, systémy prefrontálního kontextu, ventrální tegmentální oblast, limbický systém, paměť a další propojené oblasti, které jsou nutné k zajištění přežití organismu nebo jsou spojeny s líbivým pocitem, který zvyšuje následně pravděpodobnost opakování. Zjednodušeně lze tedy říct, že systém odměny se snaží motivovat organismus, aby snažil získat tento „líbivý pocit“ získat. A to formou potravy, sexu, vztahů, sociálních interakcích, které jsou **přírozenými zdroji** odměny.

Při jejich získání dochází v mozku k vyplavení velkého množství dopaminu (Kalina a kol., 2015). Zpočátku je tedy užívání drog začíná jako dobrovolné chování se zaměřením na získání odměny, co nejjednodušším způsobem (Uhl a kol., 2019). Droga se poté stává **umělým zdrojem odměny** a její užívání opět zvyšuje výdej dopaminu v nukleus accumbens. Zvýšení dopaminu je prvním krokem k vytvoření závislosti – jedná se o **akutní efekt drog**. Dopamin se dále účastní motivace, kdy extrémní zvýšení motivace k získání drogy a její nadměrné užívání i přes vědomí škodlivých účinků užívání, je známka závislosti (Kalina a kol., 2015).

Dle Kaliny a kol. (2008) jsou drogy, v porovnání s přirozenými zdroji odměny, pro uživatele jednodušším a rychlejším zdrojem odměny, tj. jejich dosažení je méně strategicky náročné – nemusí vynaložit tolik energie pro její získání. Dále je odměna po užití drogy nepřiměřeně silná (pocit zvaný také jako „high“) a současně může zvýšení přetrvat mnohem delší dobu. Současně organismus nemá vytvořený zpětnovazebný mechanismus, který by zastavil přijímání umělé odměny (Kalina a kol., 2008; Kalina a kol., 2015).

2.3.2. Neuroplasticita

Pro pochopení závislosti, její následné podstaty léčby uvádím několik poznatků o její neurobiologii, protože právě **neuroplasticita** mozku je jedním ze základních předpokladů, které se využívají v terapii i z hlediska ergoterapie. Neuroplasticitu definujeme jako schopnost nervového systému měnit se a přizpůsobit se nově vzniklým podmínkám (vnějším i vnitřním). Dochází k reorganizaci drah, synapsí, kdy se následně mění jejich funkční i strukturální povaha. Tento proces je důležitým prvkem motorického učení, čehož se využívá v rehabilitaci (Schnitterová, 2018).

2.3.3. Důsledky neurobiologického modelu

Z výše popsaných poznatků lze na podstatu závislosti pohlížet souhrnněji a nalézt několik možných důsledků neurobiologického modelu, které charakterizují závislost samotnou. V první řadě vznik závislosti je dlouhodobý proces podmíněný přetvářením mozkových sítí, takže i terapie závislosti trvá určitou dobu. Ukončení užívání drog není jednoduché, protože je nutné přejít od jednoduchých strategií zpět ke komplikovanějším strategiím zajišťující odměnu. V mozku chybí tyto strategie, proto je důležité věnovat v intervencím prostor pro znovunalezení tzv. „volnočasových“ aktivit, které jsou klíčové. (Kalina a kol., 2015) Současně je závislost velmi recidivující onemocnění, protože existuje úzké spojení mezi pamětí a systémem odměny, tzv. systém si uložil, jakým způsobem docházelo k získávání odměny a

v jakém kontextu. „*Závislý mozek nezvládá odložení zisku odměny.* (Kalina a kol., s. 36, 2008).“ Proto je důležité mozek naučit zvládat toto odložení odměny. S rizikem relapsu je spojen i stres, proto je důležité terapeutickým program zaměřit také na strategie zvládání stresových situací (Kalina a kol., 2015).

Po užití návykové látky lze i po malé dávce pozorovat různorodé krátkodobé či dlouhodobé důsledky (jevy), které je možné členit do několik kategorií jimiž jsou – **kognitivní** (snížení či zvýšení koncentrace, halucinace, změněné smyslové vnímání, snížená či zvýšená jasnost myšlenek atd.), **fyzické** (změna výše energie, snížení či zvýšení apetitu, narušení spánku, vnímání bolesti atd.), **afektivní či související se změnou naladění** (pocity euforie, agrese, úzkost, paranoia, dezinhibice, zvýšené či potlačené emoce atd.) a **spirituální** (spojení s přírodou, užití v rámci spirituálních ceremonií či obřadů atd.) (Kiepek, 2016; Scoffin a kol., 2019).

Dle Kaliny a kol. (2015) má závislý mozek vysokou tendenci k rozvoji závislosti na jakékoliv droze a současně návykový potenciál mají všechny nepřiměřeně velké odměny jako zdroje. Na udržení závislosti se podílí negativní a pozitivní posilování, kdy po první fázi hledání drogy kvůli jejímu libému stavu, přichází druhá fáze, kdy je droga užívána především kvůli potlačení odvykacího stavu, který přináší výrazné psychické problémy. A konečně v neposlední řadě je důležité zmínit, že změny v mozku jsou do určité míry vratné, protože mozek je velmi adaptabilní a neuroplastický orgán (Kalina a kol., 2008). Tento fakt je důležité brát v potaz i z hlediska ergoterapie.

2.3.4. Duální diagnózy

Duální diagnózy jsou specifickou problematikou závislostí, kterou je zde potřeba zmínit, protože jsou běžné i v České republice. Pacienti mající více jak 2 psychiatrické poruchy, z nichž jedna souvisí s užíváním návykové látky můžeme zařadit do skupiny tzv. **duálních diagnóz**, které ale nejsou součástí klasifikace MKN-10. Jejich definice může být tedy různorodá (Kyzeková, 2021). Často se jedná o následující psychiatrické diagnózy, které jsou přítomny spolu s nějakým typem závislosti – bipolární porucha, deprese, posttraumatická stresová porucha, úzkostné stavy, poruchy osobnosti a další. Běžně se osob s primární diagnózou závislosti vyskytuje psychiatrická porucha a naopak, u osoby s primárně psychiatrickou diagnózou je velká šance pravděpodobnost vzniku závislosti (Avery a Barnhill, 2018). Může též docházet k paralelnímu vzniku obou poruch současně např. při traumatickém zážitku. Často může být problematické zjistit, zda projevující se symptom je manifestace

primárně vzniklé psychiatrické problematiky nebo má souvislost se závislostí. Komplexita problému a léčba těchto duálních onemocnění může být tak obtížná (Avery a Barnhill, 2018; Kyzecková, 2021).

2.4. Vliv vnějších, vnitřních faktorů na vznik a vývoj závislosti

Existuje velká interakce mezi rozvojem závislosti a prostředím jedince, které se mohou navzájem ovlivnit. Prostředí má vliv na rozhodnutí, parametry závislosti nebo kdy a za jakých okolností je jedinec vystaven užívání návykových látek. K prostředí lze přistupovat v několika rovinách a existuje několik hlavních typů jako např. fyzické, sociální, kulturní a institucionální prostředí (Kiepek, 2016). Níže uvádím konkrétně některá z nich.

Závislost je chápána jako jev, který ale existuje v systému vztahů dotyčného člověka. Proto teorie zabývající se rodinou jako faktorem vzniku a udržování závislosti, berou rodinu jako důležitou součást formování závislosti (Kalina a kol., 2008). Pokud se jedinec nachází v rodině či v jiném sociálním kruhu (přátelé, sociální instituce), kde je užívání látek akceptováno, nedostatečně preventivně edukováno nebo některý z příslušníků rodiny je již závislý, zvyšuje se tím pravděpodobnost rozvoje vzniku závislosti u této osoby (Kiepek, 2016). Rodinu zde zmiňují hlavně z důvodu **ergoterapie zaměřené na poradenství**, kdy ergoterapeut poskytuje poradenství rodinným příslušníkům v oblasti prevence (př. programy na „změnu životního stylu“), ale ještě častěji řeší s rodinou a jedincem již nějaký existující problém a poradenství má pak tzv. nápravný charakter. Z dalších typů poradenství se pak uplatňuje technické, zdravotní či sociální poradenství (Krivošíková, 2011). Příkladem může být studie z roku 2020 zabývající se asociací rodiny se závislostí na kouření u studentů středních škol. Ta mimo jiné upozorňuje na problém se zvýšeným rizikem výskytu závislosti na kouření u dětí rodičů, kteří již kouří a jsou tak příkladem pro dítě. Proto je vhodné do terapie zahrnout celou rodinu. Existuje také významný vztah mezi funkcí rodiny a závislostí, která může být právě díky ní narušena. Současně ale studie ukázala, že dospívající začnou kouřit především díky vlivu okolního prostředí vyjma rodiny – jimiž jsou přátelé a komunita, do které dospívající patří (Parwatha a kol., 2020). Rodinu závislého nelze jednoznačně charakterizovat, ale můžeme určit obecné znaky, které se mohou na rozvoji závislosti podílet, kdy některé z nich uvádím v následujících řádcích (Kalina, 2003). V rodině se mohou projevit nedostatečná nebo naopak přehnaná pozornost ze strany rodičů, tj. rodiče mohou být nedostatečně pozorní ke schopnostem a kladům dítěte, a naopak velmi pozorní, pokud dítě chybuje a selhává. Také se může projevit

až přehnaná angažovanost a ochranný pud rodičů. Obecně známé jsou dva koncepty – ochranná matka a nepřítomný otec (Kalina, 2003).

Kalina (s. 44, 2008) dále uvádí: „*Role matky, resp. vztahu matka – dítě – je již několik desetiletí spojována v literatuře s možným negativním vlivem na rizika vzniku závislosti. V této souvislosti se často uvádí tzv. hyperprotektivní matka – tedy role matky, která nadměrně pečuje, ochraňuje, citově závisí na svém dítěti – často na úkor jiných svých vztahů a potřeb.*“

Dítě pak nemá možnost separace od matky ani od rodiny, kdy se dostane do vnitřního konfliktu mezi potřebou odpoutání se od rodiny a pocitem viny, že chce odejít z rodiny. A právě drogy, alkohol jsou jakýmsi řešením bezvýchodné situace z hlediska dítěte či dospívajícího, poskytují pocit osvobození, ulevují od pocitů rozpolcenosti apod. (Kalina a kol., 2015). Dále může docházet k chaotickému vymezení vztahů a rolí v rodině, kdy dítě má zmatek ve svých kompetencích, vlastní odpovědnosti i svobodě. Současně se v rodině může vyskytovat agresivita, nevyřešená dramata nebo tzv. syndrom CAN (Kalina, 2003). Ten je popisován jako syndrom týraného či zneužívaného dítěte, kdy vědomé jednání rodiče poškozuje duševní, fyzický, sociální stav dítěte a může být také rizikovým faktorem pro rozvoj závislosti (Svobodová, 2019). Rizikovým faktorem může být také již jeden či více závislých členů v rodině, nejčastěji některý z rodičů (Kalina, 2003).

Z dalších faktorů, které jsou spojovány se závislostí, jmenuji – trauma vzniklé v dětství nebo později v životě, které se může projevit formou poruchy učení, poruchami osobnosti, sebedestruktivním chováním. Dále se jedná o narušený vývoj jedince, který může vzniknout na podkladě neschopnosti rodičů reagovat na potřeby dítěte, snahy separace a individualizace v dospívání (Kalina, 2003). Následujícím fenoménem, který popisujeme je závislost jako náhradní prostředek regulace emočních stavů, kdy jsou drogy nápomocné při procesu zvládnutí a regulace emocí, který byl narušen během raného dětství (Kalina a kol., 2015).

Dle Kaliny a kol. (2015) je závislost mnohočetně podmíněná, tedy na jejím vzniku i vývoji se podílí multifaktoriální etiologie. Ta vychází z předpokladu, že rizikové faktory jsou z oblasti psychologické, biologické, sociální, etnické či antropologické. Někdy ale nelze prokázat jasnou příčinu závislosti, ale i přesto je důležité těmto faktorům věnovat během terapií pozornost.

2.5. Systém adiktologické péče v České republice

Adiktologické služby jsou definovány jako multidisciplinární a mezioborové služby (zdravotně-sociální, případně zdravotně-sociálně-pedagogické), které jsou poskytovány poskytovateli zdravotních či sociálních služeb. Zahrnují včasnou diagnostiku a léčbu závislostí, včetně prevence vzniku závislostí. Dále poskytují sociální poradenství a rehabilitaci a v neposlední řadě se snaží o opětovnou integraci osob se závislostí zpět do běžného života a společnosti (Hanzlík, 2018; Sekretariát rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky a Společnost pro návykové ČLS JEP, 2021). Tyto služby by měly být **dostupné** pro všechny různorodé uživatele, proto je důležitá jejich **univerzálnost**. Současně by měly splňovat kritéria, jakými jsou – **komplexní přístup** ke klientovi, na jehož základě je zvolen vhodný postup odborné péče; **diferenciace** péče, která bere v potaz individualitu a potřeby každého klienta či reflektuje rozdílnost cílových skupin klientů a jejich potřeb (např. vyhrazené ordinační hodiny pro specifickou skupinu klientů). V neposlední řadě usilují o efektivitu, flexibilitu a bezpečnost uživatelů těchto služeb (Miovský a kol., 2013) Níže uvádím přehled několika nejčastějších forem adiktologických služeb.

2.5.1. Primární prevence

Primární prevenci lze dle Miovského a kol. (2013) obecně definovat jako soubor opatření či programů, který se snaží předcházet jevům, jež jsou spojené s rizikovým chováním a následně s důsledky tohoto chování. Primární prevence je cílená na celou společnost a nezahrnuje pouze prevenci užívání návykových látek. Principem primární prevence je rozvíjet jedince v rámci bio-psycho-sociálního modelu (Kalina a kol., 2015). Hovoříme o **zdravém a prospěšném vývoji** jedince zahrnující zájmové a volnočasové aktivity, tzv. „*life-skills*“, které napomáhají jedinci přizpůsobit se prostředí a řešit problémy v něm (sociální dovednosti, dovednosti sebeovlivnění). Výše zmíněné *life-skills* jsou definované jako životní rozhodnutí jedince, která mu pomáhají k fungování v běžném životě. V neposlední řadě **konkrétní adiktologické programy**, které pracují na osvětě užívání návykových látek a rizikového chování s ním spojeného (Miovský a kol., 2013).

2.5.2. Harm reduction, adiktologické služby minimalizace rizik

V souvislosti adiktologické péče považují za podstatný pojem **harm reduction**, který je definován jako soubor konceptů či metod, vedoucích ke snížení nepříznivých důsledků užívání drog. Jeho cílem je vyvarovat se přehnaným cílům, jako je nutnost okamžitě snižovat

dávku užívané drogy, protože to u některých uživatelů nejde ihned (Single, 1995). Mezi nepříznivé důsledky závislosti dle hnutí harm reduction movement jsou řazeny mimo zdravotních komplikací také sociální či ekonomické dopady a celkové dopady na kvalitu života. Harm reduction akceptuje rozhodnutí uživatele o užívání drog a vnímá je jako součást lidské zkušenosti a bere v potaz jejich pozitivní i negativní stránky. Cílem tohoto konceptu je stanovení si a plnění dosažitelných cílů, které mohou být základem pro pozdější léčbu či abstinenci. Harm reduction služby neboli nízkoprahové služby zahrnují terénní programy a kontaktní centra (Kalina a kol., 2015). Cílem harm reduction je bezpečné užívání, ke kterému mohou přispět svými schopnostmi a znalostmi ergoterapeuti (Kiepek, 2016).

2.5.3. Terénní programy

Základním cílem terénní práce je především minimalizace negativních důsledků užívání drog u samotných uživatelů a učení tzv. „bezpečnějšímu“ způsobu užívání drog. Dalšími konkrétními cíli jsou snížení výskytu B a C hepatitidy díky výměně injekčního a dalšího zdravotnického materiálu, snížení počtu HIV pozitivních, předcházení kriminalitě či snížení počtu úmrtí v souvislosti s užíváním návykových látek (Kalina, 2015). Současně se jedná o úplně první kontakt s potenciálním klientem adiktologických služeb. Ten je důležitý, protože pracovník v terénních službách poskytuje aktuální informace o dalších možnostech poradenských, sociálních, léčebných programech, motivaci ke změně životního stylu a také doporučení na navazující nízkoprahová kontaktní centra (Miovský a kol., 2013).

2.5.4. Nízkoprahová kontaktní centra

Kalina (s. 372, 2008) ke kontaktním centrům uvádí následující: „*Filozofie práce kontaktních center vychází jednak z přístupu public health a harm reduction, stejně jako terénní práce, jednak z humanistických přístupů orientovaných na člověka (člověk má v sobě pozitivní potenciál ke změně a vývoji.*“ Pracovník v kontaktních službách navazuje kontakt nejen s uživatelem návykových látek, ale i s jeho rodinou a jde mu především o vytvoření důvěrného vztahu, který by mohl vést k dlouhodobější spolupráci. V nízkoprahovém kontaktním centru je poskytováno základní poradenství o možnostech léčby, znovu začlenění do společnosti či možnosti rehabilitace (Miovský a kol., 2013). Stále se snaží o udržení motivace klienta při změně životního stylu, informovat, vzdělávat a poskytovat poradenství rodině (Kalina, 2015).

2.5.5. Ambulantní péče a adiktologický stacionář

V ambulantní péči poskytuje multidisciplinární tým klientům komplexní diagnostiku, individuální či skupinové psychoterapie (Miovský a kol., 2013). V poradenství se ambulantní péče zaměřuje na změnu závislostního chování, řešení otázky bydlení a práce. Souhrnně se tedy jedná o stabilizaci klienta v sociální sféře (Kalina a kol., 2015). Jednou z možností ambulantní péče je právě i adiktologický stacionář, který může být prvním zařízením, kam se klient dostane a současně může sloužit jako navazující služba k předchozí např. ústavní péči. Klient se v rámci stacionáře účastní pravidelných denních programů, na které dochází (Miovský a kol., 2013).

2.5.1. Léčebná péče

Jedná se o lůžková léčebná zařízení, kam spadají následující subjekty – detoxifikační jednotky (nachází se na v lůžkových zdravotnických zařízení či ve věznicích), psychiatrická lůžková péče, zařízení speciálního školství, terapeutické komunity (viz. následující kapitola [2.5.2](#)) a chráněná bydlení v programech následné péče (Sekretariát rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky a Společnost pro návykové ČLS JEP, 2021). Patří sem služby krátkodobé stabilizace, které zajišťují stabilizaci klienta v počátečních fázích abstinence, kdy plní funkci lůžkové detoxifikaci a krizovou stabilizaci. Druhou oblastí jsou rezidenční služby, jež jsou poskytovány ve specializovaných pobytových zařízeních na krátkou až dlouhou dobu (na 3–18 měsíců). Jsou zaměřené na sociální rehabilitaci a abstinenci. V neposlední řadě sem řadíme i služby následné péče mající doléčovací charakter, jejichž cílem je udržení změn, kterých bylo dosaženo během předchozích intervencí. Jedná se jedny z nejběžnějších zařízení, kde pacienti jsou z důvodu nutné hospitalizace na delší časový úsek a zde často akutní potřeba stabilizace zdravotního stavu (Sekretariát rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky a Společnost pro návykové ČLS JEP, 2021).

2.5.2. Terapeutická komunita

V rámci projektu realizovaném Klinikou adiktologie 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze a Všeobecné fakultní nemocnice vznikl dokument, kde Miovský a kol. (2013) definuje terapeutickou komunitu takto: „Z pohledu Zákona o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách) se jedná o následnou lůžkovou péči, která je poskytována pacientovi, u kterého byla stanovena diagnóza a došlo ke stabilizaci jeho zdravotního stavu, zvládnutí náhlé nemoci nebo náhlého zhoršení chronické nemoci, a

jehož zdravotní stav vyžaduje doléčení nebo léčebnou rehabilitaci; poskytuje se tak dlouho, pokud se pacientův stav zlepšuje.“

V rámci terapeutické komunity jsou její členové zapojeni do skupinových psychoterapií a společného programu, díky němuž jsou vystaveni neočekávaným situacím, které formují jejich chování, sociální interakci nebo poskytují propojení s dalšími nefunkčními stereotypy v životě klientů. Dále se klienti v terapeutické komunitě znovu učí uspořádat si čas, dodržovat program v rámci komunity, formovat pravidla a zvyky, zastávat role, pracovat na sobě samém či další praktické zkušenosti, které jim pomohou s návratem do běžného života (Kalina a kol., 2008). Dle nedávné studie provedené v Portugalsku bylo opět potvrzeno, že **ergoterapeut má své nezastupitelné místo v multidisciplinárním týmu** nejen v komunitních službách, protože může klientovi pomoci se začleněním se do komunity nebo se získáním nezbytných dovedností, které mu pomohou se soběstačností a reintegrací do společnosti (Ribeiro a kol., 2019).

2.6. Multidisciplinární tým v adiktologii – začlenění ergoterapeuta

Jak uvádí prof. PhDr. Michal Miovský, Ph.D. v rámci publikace od Kaliny a kol. (2003), kde definuje problém závislosti na návykových látkách jako velmi komplexní a zdůrazňuje nutnost aplikace mezioborového přístupu, který nejlépe bude vystihovat skutečné individuální potřeby každého klienta. Dále přichází Kalina a kol. (2003) s další důležitou myšlenkou: *„Vzájemná provázanost jednotlivých metod je podmínkou každého dobře fungujícího a efektivního programu. Tato provázanost je však realizovatelná pouze prostřednictvím týmové práce se zastoupením profesionálních oborů.“* V oboru adiktologie stejně tak jako u jiných zdravotnických oborů dochází k participaci hlavního oboru medicíny s dalšími rovnocennými obory, které tak tvoří odborný tým s různým zaměřením přesto stále se společným cílem. Složení multidisciplinárního týmu se liší dle typu zařízení a problematiky, na kterou se daný terapeutický tým orientuje. Multidisciplinární tým má být sestaven z kvalifikovaných pracovníků, kteří odpovídají pružnosti a různorodosti požadavků klientely. V následujících řádcích jsou jmenované specializace o obory, které dle Kaliny a kol. (2003) tvoří jádro adiktologického multidisciplinárního týmu:

- Adiktolog
- Sociální pracovník
- Ex-user (tj. bývalý uživatel návykové látky), peer pracovník
- Zdravotní pracovník, zdravotní sestra
- Pedagog či speciální pedagog (zabezpečující prevenci)

- Právník, popř. manager či case manager
- Lékař, lékař specialista (součástí především zdravotních zařízení)
- Psycholog či klinický psycholog, psychoterapeut
- Pracovní terapeut

Jak bylo zmíněno výše každé zařízení má specifické složení multidisciplinárního týmu, které se mění v závislosti na cílené práci, např. součástí terénních programů jsou vždy zdravotní sestry a sociální pracovníci, naopak v kontaktních centrech nebo ambulantních službách mají uplatnění především lékaři specialisté, psychologové, psychoterapeuti, speciální pedagogové či zdravotní sestry (Kalina a kol., 2003).

Jak můžeme vidět výše, v adiktologické praxi se běžně objevuje **pracovní terapeut** více než ergoterapeut – ten je zastoupen především v multidisciplinárních týmech, které jsou součástí psychiatrických oddělení, ale i v jiných typech zařízení. Pracovní terapeut je stejně jako ergoterapeut zdravotním pracovníkem – nemá vysokoškolské vzdělání, ale je absolventem akreditovaného kvalifikačního kurzu v oboru pracovní terapie (Svěčená a Rodová, 2019). Rozdílná je i náplň a cíle obou oborů, protože pracovní terapeut se snaží klienta odvést od momentálního problému, a to prostřednictvím kreativních či manuálních činností. Cílem ergoterapeuta v rámci péče o psychiatrické pacienty (kam jsou řazeny i osoby se závislostí) je **smysluplné zaměstnávání**, které pacienta vede k rozvoji pracovního potenciálu, resocializace ve společnosti, korekce nežádoucího chování a znovunalezení sociálních rolí a soběstačnosti (Švestková a Svěčená, 2013; Klusoňová 2011). Co se týče uplatnění Svěčená a Rodová (2019) ve své kazuistické studii na konkrétním případě vyzdvihují činnost a práci ergoterapeuta, která by měla být nedílnou součástí léčby pacienta se závislostí a tím také součástí multidisciplinárního týmu adiktologických zařízení.

2.7. Definování role ergoterapeuta v adiktologii

Závislost na návykových látkách a poruchy s tím spojené lze dle klasifikace MKN-10 (2019) řadit mezi „*Poruchy duševní a poruchy chování*“ konkrétně mezi „*Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek*“ a současně se řadí mezi psychiatrické diagnózy. V České republice běžné, že ergoterapeut pracuje s psychiatrickými pacienty, a to především v rámci lůžkovým psychiatrických odděleních (např. VFN – psychiatrická klinika...) nebo v psychiatrických nemocnicích (např. PN Bohnice, PN, Kosmonosy...) (Švestková a Svěčená, 2013). Jak již bylo zmíněno výše, pracovní terapeut se vyskytuje daleko častěji a dochází tím tak k **absenci ergoterapeuta na specializovaných**

pracovištích s adiktologickou problematikou, kde by ale mohl být velkým přínosem v rámci interprofesní spolupráce (Svěčené a Rodová, 2020). Definice ergoterapie dle České asociace ergoterapeutů (2008): „*Ergoterapie je profese, která prostřednictvím smysluplného zaměstnávání usiluje o zachování a využívání schopností jedince potřebných pro zvládnutí běžných denních, pracovních, zájmových a rekreačních činností u osob jakéhokoli věku s různým typem postižení (fyzickým, smyslovým, psychickým, mentálním nebo sociálním znevýhodněním). Podporuje maximálně možnou participaci jedince v běžném životě, přičemž respektuje plně jeho osobnost a možnosti,*“ poskytuje podklad pro uplatnění ergoterapeuta u pacientů se závislostí, protože u nich lze pozorovat narušení výkonu zaměstnávání a dalších oblastí s tím spojené (Kiepek, 2016; Šťastná, 2018). Současně ergoterapeut je klíčovou osobou **identifikující deprivaci a dysfunkci v oblasti zaměstnávání a aktivit jedince** a pomáhá osobám se závislostí objevit smysl a účel ve světě bez závislostí (Amorelli, 2016).

2.7.1. Obecný vztah ergoterapie a závislosti

Profese ergoterapie je rozhodujícím článkem v procesu uzdravení, protože se snaží o zapojení jedince do komunity spolu se zohledněním individuality každého z nás. Při tomto procesu využívá své komplexní znalosti k identifikaci problematických oblastí, dovedností klienta, adaptaci prostředí a facilitaci činnosti (Ribeiro a kol., 2019). Sy (2018) také nahlíží na roli ergoterapeuta jako na „promotéra účasti na zaměstnávání“, kdy se ergoterapeut pomocí úkolů a aktivit snaží o smysluplné, stupňované znovuzapojení klienta do činností.

Smysluplné zaměstnávání (*occupation*) tvoří obraz toho kdo jsme, jak sami sebe vnímáme, a jakým způsobem fungujeme ve společnosti kolem nás (CAOT). Pro lepší pochopení a rozšíření, může být pojem „smysluplné zaměstnávání“ nahrazen za „aktivita“ či „chování“ (Kiepek, 2016). Osoby potýkající se závislostí mohou mít v této oblasti velké problémy, protože návykové látky mají vliv na jejich fyzické a duševní zdraví a současně také ovlivňují výkon samotných aktivit různými způsoby (CAOT; Kiepek, 2016). Dle Kiepek a Magalhães (2011) lze **na užívání návykových látek hledět též jako na zaměstnávání**, protože právě zaměstnávání by nemělo být nutně kategorizováno jako zdravé prospěšné či neprospěšné. Zároveň činnost „užívání návykových látek“ splňuje kritéria, jež definují zaměstnání – důležitá determinanta zdraví a pohody, která dává jedinci smysl života; mění a rozvíjí se v průběhu života; přizpůsobuje prostředí a je formováno prostředím; organizuje chování a má terapeutický potenciál. Ann Wilcock (2015) popisuje užívání drog jako zaměstnání, které může omezovat bytí, plnohodnotné naplňování životních rolí, sounáležitost s prostředím a facilitaci provádění

aktivit a činností. Z jiné perspektivy lze říct, že jedinci užívají návykovou látku, aby mohli ovlivnit nějakou konkrétní činnost či zaměstnávání, např. jedinec užije alkohol pro získání pocitu jistoty, při tvoření interakcí s dalšími jedinci; pít kofeinu s očekáváním navýšením energie a zvýšením následného psychomotorického výkonu (Kiepek, Beagan a Phelan, 2019). Sy (2019) v rámci své studie, která v rámci rozhovorů zkoumal zkušenosti Filipínců vyléčených ze závislosti s pomocí nástroje *Occupational Health Questionnaire*, definuje 4 zásadní témata či determinanty, které mají vliv na smysluplné zaměstnání jedince. Tyto determinanty chronologicky v průběhu léčby závislosti ovlivňují jedince a jeho zaměstnání – život s drogami, život s pravidly či pravidelným režimem, žít pro budoucnost a žít uprostřed války proti drogám.

Integrace praxe zaměřené na zaměstnávání (*occupation-based intervention*) do plánu léčby, může u adiktologických pacientů vyvolat malé, ale značné zlepšené v oblasti sociální participace, práce, volného času i samotné léčbě závislosti (Wasmuth a kol., 2016). Ve spojitosti se zaměstnáváním je popisováno několik důležitých jevů a konceptů, které uvádím v následujících řádcích:

- ***occupation imbalance*** tj. **nerovnováha v zaměstnávání** (ČAE, 2009) – dle Krivošíkové (2011) je pro každého z nás charakteristická a individuální struktura dne, kde jsou rovnoměrně zastoupeny denní, pracovní a odpočinkové činnosti.
- ***occupation deprivation*** tj. **nedostatek zaměstnávání** (ČAE, 2009) – nedostatek možností, stimulů a smyslu života znemožňují jedinci zapojení se do smysluplných aktivit (Wilcock, 2015). Tento jev může vést ke vzniku závislosti, ale i být následkem užívání návykových látek (Kiepek, 2016)
- ***occupational alienation*** tj. **odcizení se od zaměstnávání** (ČAE, 2009) – zaměstnání neuspokojuje jedince, protože v něm nenachází naplnění a přijde mu nesmyslné. Následně se u něj projeví frustrace s pocitem bezmoci cokoliv změnit. Návykové látky poté mohou fungovat jako mechanismus ke zvládnutí této situace (Kiepek, 2016).

Ergoterapeut se prostřednictvím svých intervencí snaží o funkční nezávislost jedince prostřednictvím smysluplného zaměstnání, která následně vede ke zvýšení motivace, výkonu a zapojení jedince do dalších činností. Z praxe zaměřené na klienta vyplývá, že ergoterapeut je schopen se přizpůsobit momentálním potřebám a pocitům jedince (Ribeiro a kol., 2019). V rámci studie, kterou provedla Tina DeAngelis a kol. (2019), byl zkoumán dopad ergoterapeutických individuálních intervencí poskytovaných 2–3krát za týden osobám potýkajících se s duševním onemocněním či užíváním návykových látek po dobu 11–12 týdnů.

Terapie byly zaměřené na management zvládnání stresu a hněvu, spánkovou hygienu, managementu zvládnání deprese a úzkosti, správu financí, budování odborných znalostí a v neposlední řadě rozvoji vztahů a volnočasových dovedností. K hodnocení byl zvolen semistrukturovaný dotazník v rámci COPM, ze kterého bylo po skončení terapií patrné, že došlo ke zvýšení hodnocení výkonu i spokojenosti ze strany pacientů, a to převážně v položkách týkajících se volného času, produktivity a péče o sebe. Dle CAOT (2019), ale stále neexistují dostatečné důkazy pro hodnocení ergoterapeutické terapie v rámci poskytování adiktologické intervence.

2.7.2. Možnosti přístupů, strategií a hodnocení u adiktologických pacientů z hlediska ergoterapie

V rámci ergoterapie u adiktologických pacientů (obecně u pacientů s psychosociálními poruchami) se využívají specifické rámce vztahů a to konkrétně – **behaviorální, kognitivně-behaviorální, psychodynamický** (psychoanalytický) (Švestková a Svěcená, 2013).

Dle Hagedorn (1997) předpokladem pro **behaviorální rámec** je pozorovatelné a současně naučené chování, které lze změnit na základě pozitivní či negativní zpětné vazby, a to klasickým podmiňováním, operativním podmiňováním či teorií sociálního učení. Toho lze v ergoterapeutické intervenci u adiktologických pacientů využít dle Kiepek (2016) a Pluhaříkové Pomajzlové (2019) např. následujícími způsoby:

- „behaviorální modifikace“ tj. nácvik dovedností požadovaného chování či odstranění nevhodného chování, a to s pomocí odměn (např. pochvala, sbírání žolíků, odměna...)
- nácvik nových dovedností – formování nového chování skrze posilování či řetězení jednotlivých kroků – učení nápodobou, hraní rolí, trénink sociálních dovedností jako je např. nácvik odmítání příjmu návykové látky, komunikačních dovedností, aktivního naslouchání atd.
- systematická desenzibilizace, která nahrazuje nežádoucího chování, a to pomocí zásahu do dané situace – př. relaxační techniky v rámci odvykacího stavu,

Kognitivně-behaviorální rámec vztahů, konkrétně terapie na něm založená, je nejčastěji využívaná právě u alkoholové (jako terapie založená na důkazech) a drogové závislosti (Magill, 2020). Vychází z předpokladu, že myšlení, mentální procesy, emoce a chování jsou úzce propojeny, tj. kognitivní procesy ovlivňují vnímání sebe sama a každý jedinec má jedinečné zkušenosti a interpretaci dějů kolem sebe. Jejím cílem je ovlivnit

kognitivní procesy, které vedou ke změně chování jedince (Hagedorn, 1997; Krivošíková, 2011). Krivošíková uvádí (2011), že význam tohoto rámce spočívá v existenci různorodých technik či hodnotících nástrojů, které napomáhají identifikovat myšlenky, jednání či emoce, které by chtěl jedinec změnit. Role ergoterapeuta je napomoci identifikaci a nabídnout klientovi praktické postupy a rady vedoucí ke změně chování. V následujících odrážkách uvádím příklady konkrétních metod, technik a praktických postupů, které ergoterapeut může využít dle Pluhaříkové Pomajzlové (2019):

- Vedení deníku – př. zaznamenávání si pocitů a myšlenek
- Techniky zvládnutí stresu a hněvu – terapie založená na *mindfulness* jejímž principem záměrné uvědomování si přítomného momentu bez potřeby soudit právě probíhající situaci. U uživatelů návykových látek toto pozorování může napomoci zvládnutí relapsu, uvědomování s vlastních emocí a módu autopilota (kdy závislostí chování je fixované ve smyslu automatického užívání návykové látky) a může vést až ke snížené uživatelské dávky (Witkiewitz a kol., 2020).
- Technika k zastavení negativních myšlenek, tzv. *thought stopping* spočívá ve schopnosti vědomě zastavit tok negativních myšlenek a pokusit se jej nahradit pozitivními, např. myšlenky vedoucí ke změně náhledu na situaci.
- Relaxační techniky
- Trénink sociálních dovedností – hraní rolí, nácvik asertivity
- Psychoedukační a seberegulační přístup aj.

V neposlední řadě zmiňuji **psychodynamický rámec vztahů**, jehož základní myšlenku shrnuje Krivošíková takto (2011): „*Psychodynamický rámec vztahů se zabývá nevědomou podstatou chování jedince, jeho emocemi, myšlenkami a symboly, které spojuje s lidmi, událostmi nebo předměty.*“ Důraz je kladen především na komunikaci a terapeutický vztah mezi klientem a ergoterapeutem, který potencionálně vede k lepšímu pochopení sebe sama. Také na využití aktivit, které napomáhají odhalit skryté emoce, symboly či vzorce. Využívají se např. kreativní techniky jako psychodrama, muzikoterapie, pantomima či vedené fantazie a relaxace (Kohoutová, 2013).

Dále vzhledem k diagnóze adiktologických pacientů, lze u nich využívat různé strategie, intervence a přístupy z pohledu ergoterapie, které mají efekt na kvalitu života, well-beeing a zaměstnávání jedince (Šťastná, 2018). K pochopení užívání látek z hlediska ergoterapie uvádím několik modelů zaměstnávání v kontextu každodenního prožívání jedince, jež slouží k analýze,

hodnocení a mimo jiné také k samotné ergoterapeutické intervenci – **Kanadský model výkonu zaměstnávání a angažovanosti** (CMOP-E), **Model lidského zaměstnávání** (MOHO), **Kawa model** (Kiepek, 2016). Níže jsou podrobněji vysvětleny.

CMOP-E je jasně teoreticky vymezený model, který nahlíží na klienta jako na individuálního partnera terapeutického procesu se základními třemi koncepty ergoterapie – zaměstnávání, jedinec, prostředí. Dle CMOP-E mohou mít návykové látky přímý či nepřímý vliv na oblast zaměstnávání, a to zejména v oblastech – péče o sebe, produktivita, volný čas. Tento model poskytuje hodnotící nástroj – **Kanadské hodnocení výkonu zaměstnávání** (COPM), které je potencionálně využitelný i u osob se závislostí, a to především jako nástroj pro definování cílů a jejich následní hodnocení (Kiepek, 2016; Krivošíková, 2011).

Krivošíková (s. 95, 2011) hovoří o MOHO takto: „*V MOHO je člověk chápán jako celek (otevřený systém), který je v neustálé vzájemné interakci s prostředím. Prostřednictvím této interakce může plynule prostředí měnit a zároveň formuje své chování a vytváří svou vlastní identitu.*“ Jsou popsány 3 základní subsystémy – vůle, návyky, funkce – a také prostředí, které je děleno na fyzické a sociální. Výhodou MOHO stejně jako předchozího modelu je existence diagnostických nástrojů jako jsou např. **Dotazník rolí**, **Dotazník zájmů**, hodnotící škála **OCAIRS** (*Occupational Case Analysis Interview and Rating Scale*) či **MOHOST** (*Model of Guman Occupation Screening Tool*) (Krivošíková, 2011).

Kawa model (neboli také model řeky) není u nás běžně používaný i přesto, že díky němu můžeme u adiktologickým pacientů jako terapeuti pochopit životní situaci klienta, jeho minulost a napomáhá budovat terapeutický stav. Základem je vizuální představa zahrnující 5 komponentů – voda, stěny a dno řeky, kameny, prostor a naplavené dřevo – které reprezentují fyzické a sociální prostředí, životní překážky a další okolnosti ovlivňují klientovu momentální situaci (Švestková a Svěčená, 2013).

V neposlední řadě bych ráda představila dva přístupy, které mohou být nápomocné souvislosti změny chování a užívání návykových látek a jsou dle Kiepek (2016) nejčastěji využívanými přístupy právě k facilitaci změny chování u klientů se závislostí. **Krátká terapie zaměřená na řešení** neboli ***Solution-Focused Brief Therapy*** (SFBT) se snaží o konstruktivní nalezení řešení problému namísto neustálého soustředění se na přetrvávající problém (Institute for Solution-Focused Therapy, 2021). Ergoterapeutova role je vidět situaci z perspektivy klienta a poskytnout mu příležitosti k nalezení svých silných stránek, vlastního jedinečného řešení pro něj na první pohled neřešitelné situace na základě dobře kladených otázek – př. Co

vám může pomoci k dosažení Vašeho cíle? Co vidíte jako další krok na Vaší cestě? Co pro Vás momentálně funguje? I přes momentální nedostatek zdrojů vztahu SFBT a ergoterapie může být tento přístup dobře využitelný i jako styl komunikace či jako součást hlavní intervence ergoterapeuta (Kiepek, 2016). Ještě více zaměřený přístup na komunikaci je na klienta orientovaný **motivační rozhovor**, jehož principem je aktivní naslouchání a porozumění klientovi situace spolu s reflexí terapeuta v podobě otázek, poskytnutých odpovědí na otázky, shrnujících prohlášeních a nabídnutých možnostech k řešení celé situace. Kromě těchto modelů a jejich nástrojů by měl mít ergoterapeut povědomí o dalších možných např. screeningových testech, které mohou ergoterapeutovi poskytnout ucelenější obraz o situaci pacienta a jeho onemocnění (Kiepek, 2016).

Ergoterapeutické hodnocení umožňuje plánování objektivních cílů, utváření terapeutického vztahu. Poskytuje podklady pro další spolupráci nejen ergoterapeutovi, ale i klientovi a mělo by být nedílnou součástí komplexních služeb (Kiepek, 2016).

2.7.3. Možnosti ergoterapeutické intervence u osob užívající návykové látky

S užíváním návykových látek je spojená klesající kvalita života, limitované možnosti zaměstnání či nedostatečné zapojení do komunitního života (DeAngelis a kol., 2019). Řešením je často abstinence, která ale nemusí být základním požadavkem k dosažení smysluplného života a zapojení se do komunitního a společenského života (Kiepek, 2016).

Dle CAOT může ergoterapeut pomoci hned v několika oblastech:

- Identifikovat negativní vzorce, které si klient během závislosti vytvořil a pomoci mu je nahradit smysluplnějšími, které poskytnou prostor pro sebeobjevování a seberealizaci
- Nahradit nezdravé aktivity smysluplnými činnostmi a příležitostmi
- Identifikovat důležité aktivity v rámci rodinného, osobního a pracovního života jedince i jeho rodiny
- Pomoci plánovat krátkodobé i dlouhodobé cíle, které umožní zapojení jedince do dalších aktivit
- Spolupracovat s vládou a jinými specializovanými orgány na znovu upozornění důležitosti prevence užívání návykových látek či snížení jejich užívání

Bylo zjištěno, že užívání návykových látek ovlivňuje veškeré činnosti související s běžným fungováním jedince ve světě, a proto je nutné nabídnout možnost **komplexní dlouhodobé podpory prostřednictvím terapeutických komunit**, jejichž součástí by měl být

i ergoterapeut (Ribeiro a kol., 2019). Ergoterapeuti také mohou poskytovat jak individuální, tak skupinovou formu poradenství. Těž mohou zastávat funkci **case manager** v adiktologickém týmu (Kiepek, 2016)

V následujících řádcích uvádím některé z oblastí působení ergoterapeuta v psychiatrii – současně i v adiktologii dle DeAngelis a kol. (2019) a Ribeiro a kol. (2019) a Kiepek (2016):

- Zdravé stravování
- Denní režim
- Správa medikace
- Reintegrace do společnosti
- Zastávání rolí
- Získání rodičovských dovedností
- Asertivita
- Budování sebevědomí
- Spiritualita
- Výkon běžných denních činností – důležitost péče o sebe sama
- Návětr sociálních dovedností, komunikace
- Prevence relapsu
- Seznámení s drogami a jejich účinky
- Volnočasové aktivity
- Rutina, návyky
- Práce a pracovní rehabilitace
- Kognitivní schopnosti
- Vyjádření a management emocí
- Plánování a management času

Dále uvádím konkrétní příklad vycházející ze studie z roku 2019, která se snažila poukázat na činnosti ergoterapeutů působících v terapeutické komunitě v Portugalsku. Byly provedeny semistrukturované rozhovory s ergoterapeuty, jejich pacienty a dalšími členy týmu. Bylo zkoumáno několik kategorií a na základě výpovědí uvádím některé identifikované problematické oblasti u klientů se závislostí (Ribeiro a kol., 2019):

- První oblastí, kde se uživatelé návykových látek přestanou angažovat, je volný čas, který díky závislosti věnují především získávání látky a úplně opomíjejí jakékoliv volnočasové aktivity.
- Narušení rutiny způsobuje nedbalost v provádění ADL a to konkrétně v pADL zejména v hygieně a osobní péči, kdy je nutné nejdříve zdůrazňovat péči o sebe a své tělo; v rámci iADL může být problematický úklid a dodržování čistoty. ADL jsou tzv. aktivity všední denní činnosti, které mají vztah k základním fyzickým funkcím a jsou základem pro soběstačnost. Rozlišujeme personální neboli bazální (pADL) Patří sem např. mobilita a přesuny, osobní hygiena, koupání, oblékání, sebesycení, použití WC. Poté jsou ještě instrumentální neboli rozšířené, jež se odehrávají v širším prostředí. Jsou

jimi např. vaření, nakupování, manipulace s financemi, doprava, telefonování, domácí práce, funkční komunikace.

- Ergoterapeuti u těchto pacientů diagnostikují problémy v sociální oblasti, a to konkrétně: schopnost naslouchat druhým, vyjádřit asertivně svůj názor, vést smysluplný dialog.
- Problematická u nich byla i regulace emocí a narušení kognitivních funkcí.

V této terapeutické komunitě se první intervence zaměřují na tvorbu každodenní zdravé rutiny prostřednictvím nových rolí a zvyků v rámci níž probíhá trénink problematických ADL. Dále jsou intervence zaměřena na kognitivní deficity s využitím neuroplasticity mozku, trénink sociálních dovedností, využití prvků muzikoterapie, relaxačních technik, pohybové terapie či počítačový workshop (Ribeiro a kol., 2019).

2.7.3.1. Produktivita, zvládání pracovních aktivit a trénink pracovních dovedností

Z hlediska *occupational justice* – Českou asociací ergoterapeutů (2009) přeloženo jako **právo na zaměstnání** – nejsou osoby zotavující se ze závislosti specificky zařazeny do žádné z existujících kategorií (př. osoby s postižením, váleční veteráni atd.), takže může u těchto osob docházet ještě k větší sociální deprivaci a pracovní nespravedlnosti (např. odmítnutí zaměstnat dotyčného), protože se nemohou plně zapojit do společnosti smysluplnou činností (Sy, 2019). Sy také (2018) upozorňuje na důležitost ergoterapeuta při reintegraci jedince do společnosti z hlediska pracovního uplatnění. Protože uživatelé návykových látek díky stigmatizaci onemocnění, mají omezené možnosti při znovuhledání pracovní pozice. Proto by ergoterapeut měl pomoci s hodnocením pracovního potenciálu, dovedností a následně vést specifickou intervenci, která by jedinci pomohla získat nové povolání. Ergoterapeut může pracovat s klientem v rámci **pracovní rehabilitace**, tj. **ergodiagnostiky**, která se zabývá hodnocením pracovního potenciálu jedince, funkčních schopností pro účely zaměstnanosti (Svěčená a Sládková, 2019). Francouzská kohortová studie, která byla provedena mezi lety 2012 a 2016 zkoumala spojitost mezi užíváním alkoholu, tabáku, konopím s jejich vlivem na následnou ztrátu zaměstnání s přihlédnutím k věku, pohlaví, pracovním pozicím, duševnímu stavu a dalších proměnných. Tento jev lze pozorovat i opačně a to tak, že užívání návykových látek je častější u nezaměstnaných osob, či po ztrátě zaměstnání. Výsledky potvrdily, že i mírná dávka jedné z těchto drog je spojena v krátkodobém horizontu se ztrátou zaměstnání u různorodých pracovních pozic (Airagnes a kol., 2019).

Současně nedílnou součástí znovuzapojení se do pracovního života je dle Svěčené a Rodové (2020) důležité věnovat pozornost tréninku pracovních dovedností jež zahrnují i přípravu na potencionální pohovor, psaní životopisu či zkušební trénink modelových situací, jež mohou nastat na pracovišti.

2.7.3.2. Rehabilitace kognitivních funkcí

Dle Kulišťáka (2011) je rehabilitace kognitivních funkcí důležitá pro výkon běžných denních činností, výkon povolání či provádění volnočasových aktivit. Švestková a Svěčená (2013) uvádějí následující: „*Ergoterapeuti jsou vhodnými osobami k provádění rehabilitace kognitivních funkcí, jelikož vnímají pacienta holisticky (podstata profese ergoterapie vychází z holistického pojetí člověka) a ve vyšetření a v terapii se zaměřují především na funkční činnosti, které pacient díky poškození kognitivních funkcí nemůže samostatně provádět.*“ Většina kognitivních deficitů vzniká u závislosti v návaznosti na užívání návykových látek, ale některé jsou specificky spojené s užíváním konkrétní látky (např. u uživatelů konopí se objeví problém v rychlosti zpracování informací a při komplexním plánování). Hlavní problém nastává, pokud uživatel drog chce v rámci léčby změnit některé své návyky, změnit komunikaci, plánovat aktivity během dne – protože právě nedostatečný výkon z hlediska kognitivního zpracování může být klíčovou překážkou změny. Proto je nutné věnovat pozornost specifické kognitivní terapii (Rojo-Mota a kol., 2017).

V rámci studie byl zkoumán dopad užívání návykových látek na kognitivní funkce u vzorku mladých osob pod 30 let (Hagen, 2019). K testování byl zvolen Montrealský kognitivní test (MoCA), který hodnotí zručnost, prostorovou orientaci, zrakovou a konstrukční zručnost, pozornost, pojmenování, opakování písmen a vět, paměť, odečítání, výbavnost slov a abstrakci (Krivošíková, 2011). U více než 34 % subjektů bylo prokázáno hraniční skóre ukazující na kognitivní poruchu s tím, že vyšší pravděpodobnost vzniku kognitivního deficitu hrozí u pacientů, kteří užívají více než jednu drogu. U těchto pacientů se objevuje deficit v konkrétních oblastech, a to především v rámci exekutivních funkcí a emoční kontroly (Hagen, 2019). Mírná kognitivní porucha byla prokázána i u chronických alkoholiků, která měla největší vliv na výkon ADL a práci (Sawant a kol., 2017) Tyto kohortové studie upozorňují na důležitost hodnocení kognitivních funkcí, protože i ty mohou výrazně ovlivňovat kvalitu života a léčby (Hagen, 2019).

2.7.3.3. Struktura dne, denní aktivity, soběstačnost

Užívání návykových látek se stává každodenním „rituálem“, který závislý provádí stejně tak jako jiné běžné denní aktivity. Role ergoterapeuta může spočívat v propagaci tzv. *self-management*, spolu se zvýšením povědomí o účincích látky, symptomech či možnostech snížení užívání. Současně práce ergoterapeuta je jedinečná v tom, že dokáže detailně prozkoumat a evaluovat závislé chování jedince ve vztahu k prováděným činnostem. Cílem ergoterapeuta je umožnit vědomé rozhodnutí klienta, jaké aktivity a chování zvolí místo užití návykové látky, a tím zabránit vzniku relapsu (Kiepek, 2016). Prakticky v této oblasti může ergoterapeut dle Kiepek (2016) např.:

- identifikovat denní cíle a plány klienta dle principu pravidla SMART (toto pravidlo udává, že cíl by měl být vždy – specifický, měřitelný, dosažitelný, realistický, časově ohraničený) (Švestková, Svěčená a kol., 2013)
- využít a pracovat s denním plánováním klienta – evaluace aktivit prováděných během dne, identifikace sociálních situací a interakcí, volnočasové aktivity aj.
- hledat funkční strategie ke zvládnutí abstinčních příznaků
- zaměřením se na zvládnutí a uvědomění si vlastních emocí, stresových situací

Svěčená a Rodová (2019) také dodávají, že mezi domény ergoterapeuta patří soběstačnost instrumentálních ADL (iADL). Jedná se o další činnosti mimo personální všední denní činnosti, které mají souvislost s člověkem a jeho schopností samostatnosti v širším okolním prostředí. Patří sem hlavně nakupování, telefonování, komunikace aj. Patří sem velká také péče o domácnost, péče o své zdraví, management financí a práce s nimi, příprava jídla a péče o sebe sama (Krivošíková, 2011).

3. PRAKTICKÁ ČÁST

3.1. Definice problému

Role ergoterapeuta v psychiatrii je v praxi v České republice samozřejmá, přesto se i nyní setkáváme s nejasnou definicí role ergoterapeuta v adiktologii, tzn. jaká je jeho funkce u adiktologických pacientů. Často i kvůli nedostatečným informacím o metodách, které mohou ergoterapeuti potencionálně využít u pacientů se závislostí (McCombie a Stirling, 2018). Současně má ergoterapeut nejednoznačně definované místo v multidisciplinárním týmu a tím dochází k neodlišení ergoterapeuta od pracovního terapeuta, který se častěji vyskytuje v týmu adiktologických služeb (Svěčená a Rodová, 2019). Vše ovlivňuje stále probíhající reforma psychiatrie a neustálá stigmatizace osob s diagnózou „závislost“ v naší společnosti. Tato bakalářská práce je zaměřena na zmapování, jakým způsobem pracují ergoterapeuti v České republice s pacienty se závislostí.

3.2. Cíl bakalářské práce

Cílem mé bakalářské práce je popsat, zmapovat a zhodnotit, jaké je uplatnění ergoterapeuta u pacientů se závislostí v rámci systému adiktologické péči v České republice a současně poukázat na jeho nezastupitelnost v multidisciplinárním týmu při léčbě pacientů se závislostí.

3.3. Metody zpracování bakalářské práce

3.3.1. Typ práce

Bakalářská práce má teoreticko-praktický charakter. V první teoretické části je nastíněna problematika a mechanismus užívání návykových látek, definován multidisciplinární tým, popsán vzájemný vztah ergoterapie a závislosti a jsou zde uvedeny možnosti uplatnění ergoterapeuta u adiktologických pacientů, které byly získány z odborné literatury. Praktická část má kvalitativní formu dle Miovskeho (2006) a je zaměřena na získání relevantních dat a informací z aktuálního prostředí ergoterapeutů pracujících s osobami se závislostí.

3.3.2. Cílová skupina osob

Cílová skupinou pro získávání reliabilních a validních dat byla skupina ergoterapeutů, která vznikla selekcí v rámci dotazníku z roce 2021, který byl vedený Mgr. Kateřinou Svěčenou Ph.D. a Bc. Zuzanou Rodovou, MSc., který se snažil zmapovat ergoterapeuty pracující

s osobami se závislostí. Byl rozeslán online formou a byl cílený na ergoterapeuty pracující s adiktologickými pacienty či klienty. Dotazník byl nazván „Dotazník pro ergoterapeuty pracující s klienty se závislostí“. Obsahoval otázky týkající studia ergoterapie, zařízení, specifika pacientů a další, díky nimž se podařilo vybrat potenciální kandidáty pro účast v mém rozhovoru.

Kritéria výběru účasti v rozhovoru byla splnění požadavku získání odborné způsobilosti k výkonu povolání ergoterapeuta dle zákona č. 96/2004 Sb. (tzv. zákon upravující podmínky výkonu nelékařských zdravotnických povolání) a být ochoten se účastnit semistrukturovaného rozhovoru, ze kterého bude pořízen audio-vizuální záznam. Další kritérium výběru bylo, aby vybraní jedinci byli momentálně pracující v oblasti závislostí nebo alespoň v posledním roce pracovali s pacienty se závislostí, aby získaná data byla co nejvíce aktuální. Dotazník vyplnilo 20 osob s tím, že jeden testovaný nesouhlasil s použitím dat a jeden dotazník byl vyplněn 2krát stejnou osobou. Celkem bylo vyplněno 18 dotazníků, z nichž 15 osob na sebe nechalo kontaktní emailovou adresu a jeden telefonní číslo. Těmto 15 osobám byl zaslán oslovovací email s žádostí o účast v rozhovoru skrz email mé vedoucí bakalářské práce, paní magistru Bc. Zuzanu Rodovou, MSc. (viz příloha [7.1](#)).

Rozhovoru se účastnily 4 ergoterapeutky se čtyř různých zařízení po České republice, aby bylo dosaženo, co největšího spektra typů zařízení. Sběr dat probíhal od začátku ledna 2022 až do začátku dubna 2022 v online prostředí platformy Zoom či Microsoft Teams, kde byly rozhovory uskutečňovány z důvodu přetrvávajících karanténních podmínek či neustále se měnících podmínek pro vstup do jednotlivých zařízení z důvodu onemocnění COVID-19. Tyto platformy byly zvolena kvůli jednoduššímu vzájemnému propojení se s ergoterapeuty po celé České republice a umožnila mě samotné i ergoterapeutům velkou flexibilitu.

3.3.3. Etická hlediska bakalářské práce

Ergoterapeuti byli před započítím rozhovoru seznámeni s cílem mé práce a průběhem semistrukturovaného rozhovoru. Současně jim bylo dopředu umožněno se připravit na otázky, kdy jim byla poskytnuta možnost zaslání otázek dopředu. V práci nejsou zmiňovaná konkrétní jména ergoterapeutů (všichni vystupují zcela anonymně) a současně jsou v anonymitě zachována i konkrétní názvy zařízení. Před zahájením rozhovoru jsem získala slovní souhlas s nahráním rozhovoru pro potřeby přepisu rozhovoru – videozáznam byl po jeho přepsání odstraněn. Nebylo nutné tedy získávat informované souhlasy v listinné podobě.

V průběhu realizace praktické části práce byl dodržován Etický kodex studenta ergoterapie.

3.3.1. Metody získávání a zpracování dat

Zpracování mé práce záviselo na nastudování příslušné odborné literatury především v anglickém jazyce, která se stala oporou pro moji teoretickou část. Ke zpracování teoretické části bylo využito několik stěžejních monografií a současně odborné články. Odborné články byly vyhledávány v několika databázích – EBSCOhost, Scopus, Evidence-Based Medicine Reviews (OVID), Google Scholar a PubMed. Pro vyhledávání v databázích bylo použito několik klíčových slov či slovních spojení, kdy v českém jazyce to byla následující – ergoterapie, závislost, role ergoterapeuta, adiktologie, kognitivní funkce a užívání návykových látek. V anglickém jazyce to byly poté ekvivalenty – *occupational therapy, role of occupation therapist (OT), substance use, drug addiction, substance abuse, addiction*. Teoretická část se zabývá definicí závislosti a její podstatou, systémem adiktologické péče v České republice a definicí rolí ergoterapeuta u pacientů se závislostí.

Jako metodu získávání validních dat pro praktickou část mé práce jsem zvolila strukturovaný rozhovor, který mi nejlépe umožnil získat data, která jsem následně mohla velmi dobře analyzovat a porovnávat je mezi sebou. Otázky do rozhovoru byly sestavovány až po pečlivém nastudování odborné literatury, aby byly co nejvíce kvalitní. Získaná data byla audio-vizuálně zaznamenána, přepsána a následně analyzována. Zpracování dat probíhalo kontinuálně ihned po nahrání záznamu jednotlivých rozhovorů.

3.3.2. Postup realizace

Pro realizaci praktické části bylo nutné vytvořit oslovovací email, který byl následně rozeslán ve dvou vlnách na kontaktní emailové adresy, které byly získány z celostátního dotazníku, který probíhal v roce 2021. V první vlně bylo oslovení posláno na 15 emailových adres, kdy obratem přišla odpověď od 6 ergoterapeutek z nichž 4 ergoterapeutky souhlasily s účastí ve strukturovaném rozhovoru. Jedna ergoterapeutka se rozhovoru nemohla účastnit z důvodu momentální pracovní neschopnosti. Jedna ergoterapeuta se rozhovoru neúčastnila, protože nesplňovala kritéria pro výběr cílové skupiny, tj. nepracuje s adiktologickou klientelou. S jednou ergoterapeutkou, která původně souhlasila s účastí v rozhovoru, nemohla z rodinných důvodů. Ve druhé vlně bylo oslovení posláno na 8 emailových adres, ze kterých přišla jedna odpověď od ergoterapeutky, která v době rozesílání dotazníku pracovala s adiktologickými

pacienty, ale nyní již nepracuje. V březnu roku 2022 byl oslovovací email rozeslán přes vedoucí mé práce mezi členy pracovní skupiny „Ergoterapie v oblasti péče o duševní zdraví“, která vznikla v rámci České asociace ergoterapeutů (ČAE), kdy ne všichni členové pracují ale s pacienty se závislostí. Na můj osobní kontaktní email dorazily 2 odpovědi, kdy jedna z ergoterapeutka uvedla, že nepracuje s touto skupinou pacientů. S druhou ergoterapeutkou, jež na email odpověděla, byl uskutečněn v pořadí čtvrtý rozhovor.

Tímto došlo k výběru ergoterapeutů, kteří souhlasili s účastí v semistrukturovaném rozhovoru. Každý z nich byl seznámen s cílem a záměrem mé bakalářské práce a následně probíhala emailová komunikace s každým individuálně na základě souhlasu s potencionální účastí v rozhovoru. Současně každému byla nabídnuta možnost zaslání vytvořeného tzv. **Scénář rozhovoru** neboli „*Interview guide*“ (viz příloha 7.2), který mi velmi usnadnil průběh rozhovoru, jeho následný přepis, analýzu a srovnání s dalšími získanými daty. Interview guide obsahoval několik oblastí zájmů pro koordinovanou analýzu, kdy každá oblast zahrnovala několik otázek a doplňujících otázek. Jak již bylo zmíněno výše, jednalo se o semistrukturovaný rozhovor, který byl veden individuálně v prostředí aplikace Zoom nebo přes platformu MStTeams. Obě jsou určeny ke komunikaci, videohovoru a současně jejich prostředí umožňuje nahrávat rozhovor. Rozhovor byl nahráván vždy přes dva různé typy nahrávání, aby se předešlo případné ztrátě dat.

Nejdříve byli ergoterapeuti seznámeni s průběhem rozhovoru a s 5 hlavními okruhy témat, kterých se rozhovor týkal. Rozhovor obsahoval otevřené otázky, aby bylo ergoterapeutkám umožněno rozvést své odpovědi.

První oblastí zájmů byla **Obecná** a zahrnovala 3 hlavní otázky a několik doplňujících. Údaje z této části charakterizují ergoterapeuta, typ zařízení, ve kterém působí a specifikují adiktologickou klientelu, se kterou ergoterapeut pracuje.

Tématem druhé části byla **Obecná role ergoterapeuta v adiktologii** zahrnující 1 otázku a 2 velmi důležité doplňující otázky. Tyto otázky byly velmi subjektivně zaměřené a nabádaly ergoterapeuta k zamyšlení se nad rolí ergoterapeuta u adiktologických pacientů, jeho využitím u nás v České republice, a kde vidí ergoterapeut prostor pro zlepšení péče. Konkrétní znění otázek: „*Jak vy osobně vnímáte roli ergoterapeuta v celém systému adiktologické péče?*“ a dvě doplňující otázky: „*Je podle Vás jeho využití dostatečné?*“, „*Kde vidíte mezery v uplatnění ergoterapeuta v rámci systému adiktologické péče?*“.

Třetí část oblastí zájmu byla zaměřena na **Roli ergoterapeuta v multidisciplinárním týmu** obsahující 2 otázky a 3 doplňující. Úplné znění jedné ze dvou hlavních otázek, na které ergoterapeutky odpovídaly: „*Jaké je Vaše postavení v multidisciplinárním / interdisciplinárním týmu?*“ a k tomu navazující „*Jak ostatní členové týmu vnímají obor ergoterapie a roli ergoterapeuta na Vašem pracovišti?*“ a „*Jak Vás a Vaši vnímají pacienti, se kterými pracujete?*“. Druhá otázka se týkala složení týmu: „*Kdo patří do multidisciplinárního týmu Vašeho pracoviště a jakým způsobem s nimi spolupracujete?*“ a k ní doplňující: „*Setkáváte se v rámci multidisciplinárního týmu pravidelně a řešíte společně plány a cíle pacientů?*“.

Čtvrtá, neméně podstatná oblastí zájmu, byla pojmenována **Ergoterapeutické metody a přístupy využívané u adiktologické problematiky** – zahrnovala 2 hlavní otázky a 2 doplňující v plném znění následovně: „*Jaké konkrétní ergoterapeutické metody a přístupy využíváte v rámci Vaší praxe u těchto pacientů?*“ a „*Jaká standardizovaná hodnocení používáte u těchto pacientů?*“. Obě byly doplněny o otázku: „*Proč právě tato?*“.

Poslední kategorie nazvaná **Ergoterapeutická intervence u pacientů se závislostí** byla velmi obsáhlá, jelikož obsahovala 4 otázky a k nim 3 doplňující. Hlavní otázky včetně doplňujících byly následující:

- „*Kde / v jaké oblasti vidíte jako ergoterapeut největší problém při léčbě závislosti?*“
- „*Jakých oblastí se nejčastěji týkají intervence s pacienty?*“ a „*Jaké jsou nejčastější cíle Vašich pacientů?*“
- „*Využíváte u adiktologických pacientů častěji individuální nebo skupinovou intervenci?* a „*Z jakého důvodu právě tuto?*“
- „*Jak moc bývá spolupráce s klientem intenzivní v rámci pobytu, programu, či obecně, tj. jak dlouhá je tedy Vaše spolupráce?*“ a „*Jak často spolupracujete se stejným pacientem?*“

Následně došlo k plynulému přechodu přímo k rozhovoru, který obvykle trval okolo 35 až 45 min. Rozhovor sledoval otázky, ale samozřejmě byl prostor pro ergoterapeutky rozvinout své odpovědi a odchytil se mírně od tématu, protože každé pracoviště má své specifické parametry, a proto i otázky nemusely přímo korelovat se situací v daném zařízení.

Po provedení rozhovoru bylo zastaveno nahrávání a rozhovor přepsán do připravené šablony s otázkami, jež korelovala se Scénářem rozhovoru. Rozhovory nebyly přepsány doslovně, ale byly upraveny do čtivé formy a dle gramatické správnosti. Po přepsání rozhovoru

byl následně jeho záznam smazán a k analýze výsledků byly využity pouze jejich přepsané formy. Celé přepsané rozhovory nejsou z etických důvodů součástí této bakalářské práce. Jsou zde citovány pouze vybrané části. Byl vytvořen jednoduchý kategoriální systém s kategoriemi a podkategoriemi, jenž popisuje např. Hedl (2005) ve své publikaci, které korelují s oblastmi vytvořenými ve scénáři rozhovoru (s hlavními otázkami a doplňujícími otázkami). Pomocí „tužka papír“ jsem každé kategorii přiřadila barvu a zvýraznila v textu jednotlivé pasáže. Data byla následně interpretována postupně dle zvolených kategorií, doplněny o výstižné pasáže z rozhovorů a jsou uvedeny v následující kapitole.

3.4. Výsledky

Následující kapitola obsahuje souhrn získaných a zpracovaných dat z provedených rozhovorů a je rozdělena na několik částí dle hlavních oblastí zájmů, které byly stanoveny dle Scénáře rozhovoru. Jsou doplněny o úryvky z jednotlivých přepsaných rozhovorů.

3.4.1. Základní informace – specifika adiktologické skupiny a zařízení

Tato část specifikuje nejen ergoterapeuty a jejich praxi včetně délky práce s adiktologickými klienty, ale i specifika zařízení, ve kterém pracují a skupinu pacientů se závislostí.

Ergoterapeutky účastníci se rozhovoru jsou v praxi různě dlouhou dobu – od několika let až po dobu 20 let v oboru ergoterapie. Jedna z nich momentálně nepracuje na pozici ergoterapeuta a na otázku odpověděla: *„Na pozici ergoterapeuta jsem pracovala do roku 2006 (...) Od té doby nepracuji přímo na pozici ergoterapeuta, ale tato zkušenost mi mnoho dala a využívám ji. Momentálně jsem na pozici Metodik kvality, která z části funguje jako manažerská pozice, ale mohu zde využívat i znalosti z ergoterapie.“* Všechny ergoterapeutky pracují nejen s pacienty se závislostí, ale i s dalšími psychiatrickými diagnózami v rámci zařízení – př. bipolární poruchy, schizofrenie, mentální deficity včetně různorodě kombinovaných disabilit.

Nejčastějším typem závislosti, se kterými ergoterapeutky pracují, se ukázaly látkové závislosti – a to konkrétně abúzus alkoholu, drog, léků a s nimi spojené delirium a velmi specifická kategorie tzv. „duální diagnózy“ (viz kapitola [2.3.4](#)).

K práci s adiktologickou klientelou se většina dotazovaných ergoterapeutek dostaly v rámci různých oddělení, na které docházejí a jež jsou specificky zaměřené pro pacienty se závislostí, popř. dostaly žádanku na vyšetření adiktologického pacienta. Nejedná se tedy o

ergoterapeutky pracující výhradně s pacienty se závislostí. Pracují s různorodou klientelou. Jedna z ergoterapeutek pracující s adiktologickými pacienty na adiktologické klinice pouze na 0,1 úvazku, uvádí následující: „*U mě je to komplikovanější, protože mám více zaměstnavatelů, tedy i více míst, kde momentálně pracuji. U adiktologických pacientů jsem v posledních 3 až 4 letech pracovala na 0,1 úvazku jež je opravdu malý, tzn. okolo 4 h týdně, pacienty bych spočítala na prstech svých rukou.*“

Na otázku: „*Pracujete ve zdravotnických či sociálních službách? O jaký typ zařízení se jedná konkrétně?*“ odpovídají ergoterapeutky kladně převážně vzhledem k práci ve zdravotnických službách, kdy dvě z nich pracují ve velkých psychiatrických nemocnicích (PN) a jedna v zařízení speciálních adiktologických služeb. Pouze jedna ergoterapeutka uvádí práci v sociálních službách, kde je práce s tímto typem pacientů spíše okrajová.

Tuto kapitolu shrnuji následovně – lze říct, že práce s tímto typem pacientů v rukou ergoterapeutů probíhá především v rámci velkých komplexů nemocnic, kde jsou specializovaná oddělení přímo pro pacienty se závislostí (př. režimové oddělení závislosti, oddělení detox) nebo i v rámci jiných oddělení, kde není závislost primární diagnózou pacienta (př. gerontopsychiatrické oddělení). Ergoterapeutky uvádí že pozorují v posledních letech nárůst zájmu o tyto pacienty, současně častěji dostávají žádanky na ergoterapeutické vyšetření těchto pacientů a rozšiřuje se tak pole působnosti pro ergoterapeuty i v této oblasti.

3.4.2. Obecná role ergoterapeuta v adiktologii

Tato kapitola má velmi subjektivní charakter a nebyla pro ni stanovena žádná odpověď. Přesto je jednou ze stěžejních v celém rozhovoru. Cílem je získat různé názory na momentální „**roli ergoterapeuta v adiktologii**“ z pohledu samotného ergoterapeuta a současně definovat případné mezery v jeho uplatnění.

Na první otázku „*Jak vy osobně vnímáte roli ergoterapeuta v celém systému adiktologické péče? Je podle Vás jeho využití dostatečné?*“ jsou odpovědi ergoterapeutek velmi zajímavé. Jedna z ergoterapeutek zmiňuje následující:

„*Myslím si, že my můžeme být tím praktikem v rámci péče. Současně můžeme být i instrumentem pro ostatní odbornosti, které by nám dokázali říct, co je s konkrétním pacientem potřeba trénovat. Současně je hodně na nás, jak jsme schopni se dostat do hloubky k jeho motivacím a motivovat pacienta, protože u závislostí je motivace klíčová a často nulová.*“

Další ergoterapeutka vnímá situaci u nich v nemocnici tímto způsobem:

„(...) Já si myslím, že u nás je to velmi pěkně nastavené, není to jen o ergoterapeutické intervenci, máme tu adiktology, psychology, je tu sociální sestra a každý z nás řeší něco trochu jiného. Paní psychologka, která oddělení rozšiřovala, zde neopomenula žádnou oblast (je tu i rodinná terapie, ambulance aj.), takže je každý pacient zasaturovaný. Intervence je od všech zdravotníků velká, takže pokud pacient chce a využije všech možností, tak je to jen ku prospěchu. (...)“

Ergoterapeutka pracující v sociálních službách zmiňuje též obecné shrnutí role: *„(...) Jako celý tým se pacienty snažíme podporovat v nezávislosti a samostatnosti při běžných činnostech. Spíše vnímám vliv kombinace několika věcí, a to především podporu života jako takového u těchto klientů, protože si myslím, že psychiatrická skupina pacientů má svá specifika.“* Též vyzdvihla poradenskou roli ergoterapeuta v multidisciplinárním týmu: *„Moje role spočívá v hledání optimálního řešení problémů a hledání nových způsobů, jak se závislostmi pracovat, protože jak to vnímám, tak to ani v sociálních službách není příliš běžné (...).“*

Dále jedna z ergoterapeutek poukazuje na roli ergoterapeuta jako mentora pro pacienty: *„Hrozně důležité je, aby se pacienti zaměřili na svůj problém, a aby si cestu k tomu, co potřebují vyřešit, našli sami a já tam pro ně budu případně na pozici mentora.“*

Druhá otázka se týká **mezer v uplatnění ergoterapeuta v systému adiktologické péče** a dostatečnosti **uplatnění ergoterapeutů** u těchto pacientů.

První problematickou oblast, kterou zmiňují dvě ergoterapeutky je legislativa: *„Nevím, zda jste se dívala do vyhlášky o minimální personálním obsazení, ale my tak jako ergoterapeuti vůbec nejsme zmíněni, že bychom měli pracovat na tomto typu pracoviště, tj. s pacienty se závislostí, tedy že se nám tak velmi elegantně vyhnuly.“* Obecně ergoterapeutky narážejí na nesnadnost svého postavení.

Tři ze čtyř ergoterapeutek též věnují velkou pozornost vzdělání, a to konkrétně potřebě psychoterapeutického výcviku pro výkon intervencí u pacientů se závislostí. Psychoterapeutický výcvik je dlouhodobý certifikovaný výcvik, který trvá okolo 4 až 7 let, kdy jeho dokončení značí kompetentnost pro samostatný výkon povolání psychoterapeuta podle standardů Evropské asociace pro psychoterapii (Česká asociace pro psychoterapii, 2022).

„(...) Ale kdybych si měla představit pracovat s lidmi se zachovalou sociální sítí, pobývajících u nás krátkodobě, tak vím, že bych si musel udělat psychoterapeutický výcvik. Protože tito pacienti s potenciálem se opravdu stoprocentně vrátit do plnohodnotného života, mít práci, rodinu a vztahy, potřebují více psychoterapeutické intervence i ode mě, od ergoterapeuta. A toto vzdělání tu jednoduše nemám,“ zmiňuje jedna z nich.

A k tomu další z nich dodává a zmiňuje zvýšenou možnost uplatnění a náklonost zařízení: „(...) osobně vnímám jako problém, že nemáme žádné psychoterapeutické vzdělání. To si tedy můžeme dodělat v sami v rámci výcviku, i u nás v nemocnici jsou tomu naklonění. Protože když máme výcvik, nabízíme oddělení více benefitů. U nás na režimových odděleních musí mít i sestra psychoterapeutický výcvik.“

Jiná ergoterapeutka navazuje na předchozí téma a hovoří o smývání hranic mezi ergoterapeutickou a psychoterapeutickou intervencí právě u pacientů se závislostí: „V současnosti, tak nefiguruji oficiálně na pozici ergoterapeuta, protože momentálně skončilo financování projektu mé pozice – proto budu mluvit za stav v posledních 2 až 3 letech. (...) Takže momentálně to mám tak, že přímo pozici ergoterapeuta nemám, i když jsem tak původně byla přijata právě v rámci projektu, který byl dotován,“ a dodává k tomu: „Já vidím velký potenciál ve spojení psychoterapeutického výcviku a ergoterapie. Sama momentálně jeden absolvuji. Myslím si, že se ergoterapeut tak trochu bez toho to výcviku neobejde, protože hranice mezi těmito obory se u adiktologických pacientů velmi smývají. Protože já mám teď opravdu více psychoterapie než ergoterapie.“

Stejná ergoterapeutka zmiňuje záměnu ergoterapeuta za pracovního terapeuta jako jeden z problémů v praxi: „Ono obecně v psychiatrii, kam adiktologie spadá, dochází k záměně ergoterapeuta s pracovním terapeutem, a to je průšvih. Oni ergoterapii mají spojenou s volnočasovými aktivitami, hrabáním se v listí nebo s keramikou a tím to hasne. Na druhou stranu musím říct, že kolegové, kteří prošli osvětou, co ergoterapie je, nás ve spolupráci vítají.“

Jedna z ergoterapeutek hovoří též o nepropojenosti péče, samotnou definici rolí ergoterapeuta u pacientů se závislostí a vnímání ergoterapeuta dalšími profesemi: „Určitě velmi vnímám nepropojenost a frustraci jednotlivých součástí v celém systému péče o tyto pacienty. Momentálně jsme ve fázi, kdy zjišťujeme, do jaké míry je u těchto pacientů naše místo (...). Bylo by fajn, kdyby došlo k propojení (např. aby i za námi přišel sociální pracovník, že by byla rád, aby k nám teď pacient docházel, protože je potřeba se zaměřit na hledání práce). Myslím si, že oni sami nevědí, co všechno máme v kompetenci a čeho všeho bychom byli schopní (...).“

Jedna z ergoterapeutek pracujících v sociálních službách též mluví o nedostatečném zastoupení ergoterapeutů v sociálních službách, a naopak velkém zastoupení asistentů „pouze“ s absolvovaným kurzem: „*Vnímám, že ergoterapeut má znalosti, které spojují několik rovin, které dokáže prolínat a může tak lépe hledat možnosti k naplnění cílů. S klienty se nejčastěji setkávají asistenti, kteří mají 150hodinový kurz zaměřený na problematiku a asistenci a ti používají hlavně selský rozum což je fajn, ale někdy to chce trochu větší záběr problému. Pro ergoterapeuty je přirozené hledat ideální činnosti, analyzovat je a přizpůsobovat je. To ale nemusí být samozřejmé pro ostatní personál.*“

Shrnutím z této části vyplívají subjektivní názhledy ergoterapeutek na jejich roli u pacientů se závislostí a současně některé praktické problémy, se kterými se ergoterapeutky setkávají, jimiž jsou jmenovitě následující – legislativa, potřeba psychoterapeutického výcviku, nedostatečném zastoupení ergoterapeutů u těchto klientů v sociálních službách, nepropojenost péče, definice samotné role ergoterapeuta, záměna ergoterapeuta za pracovního terapeuta u těchto pacientů či smývání hranic s dalšími profesemi. Tato část nám poskytuje podrobnější náhled do jejich každodenní praxe.

3.4.3. Role ergoterapeuta v multidisciplinárním týmu u pacientů se závislostí

Tato kapitola věnuje pozornost multidisciplinární spolupráci v jednotlivých zařízeních z pohledu ergoterapeuta, jelikož spolupráce je nedílnou a důležitou součástí běžné praxe. První otázka v této části je věnována **postavení ergoterapeuta v multidisciplinárním týmu**, a jak jeho **roli vnímají ostatní profese týmu** na daném pracovišti. Odpovědi v této části se velice liší zařízení od zařízení a byly velmi rozporuplné i v rámci typu zařízení.

Jedna z ergoterapeutek naráží na nesnadnou pozici ergoterapeuta v týmu a současně vyzdvihuje potřebu spolupráce s ostatními: „*Když se řekne multidisciplinární spolupráce, tak si představím něco jiného, než momentálně probíhá u nás. Nicméně je to z velké části o iniciativě ergoterapeuta. Stále zde přetrvává potřeba edukovat všechny profese, které u nás v nemocnici jsou, zejména lékaře, který je pro nás klíčovým spojením – přeci jen, on je tou hlavní osobou, která indikuje ergoterapii – a to třeba i v případě obhájení si názoru z našeho pohledu, proč by už ergoterapie neměla pokračovat (těchto témat může být mnoho). Rozhodně si ustát své názory před ostatními a zároveň vědět, do jakých oblastí ještě můžeme zasahovat.*“

Další ergoterapeutka popisuje navazující problematiku, a to potřebu neustále vzdělávat ostatní profese o práci ergoterapeuta a současně oceňuje velmi dobrou týmovou spolupráci u

nich na pracovišti: „Myslím si, že fungujeme společně v týmu dobře, že já i arteterapeutka jsme platnými členy. U některých zaměstnanců „staré školy“, např. u zdravotních sester, kterou jsou zde zaměstnány už třeba 40 let, na nás mají názor a jsme pro ně zbytné do té doby, než zavřeme, omezíme chod, tak zjistí i ony samy, jak jsme nepostradatelní. A co se týče vedení terapeutických týmů oddělení, tak ti nás vnímají jako plnohodnotné členy.“

K té přidává další ergoterapeutka z jiného zařízení, která mluví o změně v adiktologické péči jako běhu na dlouhou trať: „(...) Pracuji jen ambulantně. Naše zařízení je v tomto velmi rigidní, co se týká nového typu práce, nebo mého uplatnění na lůžkách, kde práci často zastupují jiné profese. Je to spíš tím zajetým systémem a harmonogramem, který v zařízení je a běží už 30 let a jeho neochotou ho měnit. (...) Vnímání rehabilitace, tak jak ho známe my, je pro ně jiné, oni ho takové nemají. Takže např. že by běhání mělo být pod dohledem fyzioterapeuta a rehabilitačního lékaře, protože pacient může mít cukrovku nebo složité interní onemocnění, to se tu nebere úplně v úvahu. Je to to stejné, jako když se ergoterapeut snaží dostat do již zaběhlého týmu kdekoliv jinde, jak jsem to zažila já před 20 lety. Je to běh na dlouhou trať.“

Ergoterapeutka pracující v sociálních službách zmiňuje problematiku nedostatku ergoterapeutů: „V rámci centra denních aktivity se řeší 1x za půl rok fungování klienta v konkrétním bloku / skupině, např. hodnotíme aktivitu vaření a rozebíráme, v jakých částech aktivity se klient zlepšil nebo co se změnilo. A tady si často říkám, jak by bylo super tu mít ještě dalšího ergoterapeuta, protože často pro asistentky je náročné odhadnout, kde je problém v aktivitě, proč právě takhle strategie pro klienta nefunguje a tam si myslím, že vzdělání ergoterapeuta je velkou výhodou.“

Další část této kapitoly se zabývá problematikou **složení multidisciplinárního týmu a možnostmi spolupráce**, která mezi jednotlivými členy týmu a ergoterapeuty probíhá. Z odpovědí vyplývá, že složení multidisciplinárního týmu je velmi různorodé a záleží na typu zařízení, popř. velikosti a zaměření zařízení, Současně se opakující profese – lékař, zdravotní sestra, psycholog, ošetřovatel aj.

Ergoterapeutka pracující ve velké psychiatrické nemocnici uvádí následující odpověď, která odkazuje na velkou potřebu nejen psychologa pro týmovou práci, ale současně zde probíhá úzká spolupráce ergoterapeuta a arteterapeuta. Původně byl rozhovor plánovaný dohromady s arteterapeutkou i ergoterapeutkou, právě kvůli jejich úzké spolupráci: „Kromě ergoterapeuta a arteterapeuta jsou tu následující profese – lékař, staniční sestra, denní sestry, sociální sestra a psycholog. Psychologů je tu poměrně hodně, každé oddělení má svého

psychologa a oddělení, kde se většina věcí řeší spíše psychoterapeutickým směrem, mají k dispozici i dva psychology.“ (...) Dřív u nás pracovala arteterapeutka, která měla vzdělání ergoterapeuta. Mě toto spojení dvou profesí velmi vyhovuje při řešení problémů s těmi nejzdatnějšími klienty se sociální sítí.“

Další ergoterapeutka hovoří o postupném navázání vztahu a spolupráce se sociálním pracovníkem: „Určitě je zde přítomen lékař. Dále jsou důležitou součástí sociální pracovníci, se kterým si momentálně budujeme vztahy, abychom byly chápány jako velmi dobrý článek pro přípravu pacienta do reálného života po propuštění, tj. abychom byly zahrnuty v péči před odchodem pacienta. (...) V týmu hraje velkou roli i zdravotní sestra a ošetrovatelský personál, a to právě z pohledu přípravy pacienta, plánování termínů terapie a současně je článkem pro získávání informací (pokud nám pacient není schopný sdělit). Pak je zde logoped, který je i součástí našeho týmu psychosomatické rehabilitace.“

Též zmiňuje i pracovní terapeuty a v minulosti častou neschopnost odlišit pozici pracovního terapeuta v dílnách od ergoterapeuta a poukázala na důležitost ergoterapeutické činnosti: „A poté jsou tu terapeuti, kteří jsou na centrální terapii, tj. na dílnách – kdy mám dojem, že se od nás již velmi razantně odtrhly. Nejen já vnímám, že to ergoterapeuti již nejsou. Ale zase my vycházíme z centrální terapie, takže pokud bychom nahlíželi velmi analyticky na samotnou aktivitu, tak mi přijde velmi fajn se napojit na dílny a odkázat tam pacienta. A to z principu toho, že u cílených aktivit je nutné dělat plánování, fázování činnosti či využívat je i rámci trénování samotného docházení na místo.“ Také dodává, že by byli velmi rádi za bližší spolupráci s psychologem, která momentálně u nich v zařízení neprobíhá.

Ergoterapeutka pracující na adiktologické klinice zmiňuje složení multidisciplinárního týmu a též potřebu a důležitost adiktologa: „Kromě mě a vrchní paní psychologky je tu sociální pracovník, psychiatr, psychologové a teď se bude přibírat ještě zdravotní sestra. Jsou jak na dětské, tak i dospělé části. Většinou pacient navštěvuje pak jednu profesi více, např. mě, a pak adiktologa, který je u nás ten nejzásadnější i více než psycholog, protože je zde jednoduše více potřeba.“ Též zmiňuje adiktologický multidisciplinární tým a neměnnost jejich týmu „(...) Oni mají svůj multidisciplinární tým, kam patří adiktolog, psycholog, sociální pracovník, který dělá spoustu těchto aktivit, ale tím obzor pro tuto chvíli končí. Před 2 lety na adiktologické klinice vznikla „rehabilitační místnost“, ta je ale vybavena spíše jako posilovna – naše pojetí je jiné než to jejich.“

Tento blok zahrnuje ještě otázku týkající se **pravidelného setkávání multidisciplinárního týmu a řešení společných plánů a cílů pacientů**. Tato otázka se liší odpověďmi dle zařízení a často na ni ergoterapeutky odpověděly již v rámci nějaké jiné dříve zmiňované.

Jedna z ergoterapeutek pracujících ve zdravotnických službách si velmi chválí spolupráci: „*My se samozřejmě s arteterapeutkou účastníme porad na oddělení a jsme členy týmů. Já osobně nechodím na všechny vizity, mám svá specifická oddělení, o která se starám více, stejně tak i arteterapeutka. (...) Spolupráce je u nás velmi intenzivní, jak jsem již říkala. Vztahy jsou tu velmi spolupracující.*“

Další ergoterapeutka pracující v sociálních službách také velmi kvituje spolupráci s ostatními profesemi: „*Potkáváme se velmi. Vedoucí přímé péče se mnou sdílí kancelář. Současně probíhají porady s vedoucími domu, vedoucí aktivizačního centra spolu se mnou, vedoucí přímé péče a sociální pracovníci – společně řešíme aktuální problémy či témata, řešení individuálních plánů klientů, ale také se neustále snažíme zvyšovat kvalitu péče.*“

Ergoterapeutka adiktologické kliniky zmiňuje, že kvůli svému velmi malému úvazku se neseťkává s ostatními na poradách fyzicky (ty probíhají jiný den, než tam ergoterapeutka je přítomna), ale v případě potřeby probíhá jejich společná komunikace např. telefonicky.

Poslední otázka v tomto segmentu rozhovoru se zabývá **vnímáním pozice ergoterapeuta pacienty**, protože samotné vědomí toho, jak pacienti vnímají ergoterapeuty, může přispět k rozvoji působení ergoterapeuta u pacientů se závislostmi. Jedna z ergoterapeutek popisuje vnímání pacientů následujícím způsobem: „*(...) Pacienti naše terapie vnímají jako: „Jé, to je prima, konečně jsme dělali něco zábavného“.* Protože my jsme v očích pacientů i ostatních zaměstnanců spíše forma aktivizace. (...). *Ale určitě u nich převažuje názor, že jsme pro ně velkou doménou, externím prvkem zkoušení si nových věcí, odreagování se či prostorem pro zamyšlení se,*“ a dodává: „*Pokud se o našich doporučení a společných terapiích po nějakém čase bavíme s pacientem, hodnotí naši spolupráci pozitivně, ale není schopný popsat, co mu to konkrétně přináší.*“

Jiná ergoterapeutka vnímá také pozitivní ohlasy ze strany pacientů i z postupnými změnami v rámci péče: „*Přijímají nás velmi dobře. Arteterapeutka na toto téma v rámci své bakalářské práci zpracovávala výzkum, kde se snažila tuto oblast zmapovat. I nás jako ergoterapeuty vnímají dobře, je to trošku jiný styl práce. Obecně se u nás mění celá*

multidisciplinární práce s pacientem, je volnější, pacienti mají mnohem větší možnost vyjádřit co chtějí nebo regulují svoji péči.“

Tuto část rozhovoru týkající se nejen multidisciplinárního týmu, ve kterém ergoterapeutky působí, ale i jak je vnímají další profese či pacienti, shrnuji následujícím způsobem. Multidisciplinární týmy se dle typu zařízení mírně liší. Ergoterapeutky pracují s dalšími profesemi, ale současně vidí stále prostor pro zlepšení v multidisciplinární spolupráci, ať už se jedná o navázání užšího vztahu s konkrétní profesí (sociálním pracovníkem, psychologem) nebo o začlenění ergoterapeuta do dalších úseků péče (př. místo ergoterapeuta při odchodu pacienta do domácího prostředí). Ergoterapeutky si ale chválí spolupráci v rámci setkávání na pravidelných multidisciplinárních poradách. Naopak naráží na neustálou potřebu edukovat ostatní profese, kvůli nedostatečné osvětě ergoterapie mezi ostatními v týmu a obhájit si svoji důležitost u těchto pacientů. Nejen toto může být důvodem pro nepochopení rozsáhlých možností ergoterapeuta u pacientů se závislostí.

3.4.4. Ergoterapeutické metody a přístupy využívané u cílové skupiny pacientů

Následující část rozhovoru zahrnuje 2 otázky a je zaměřena na **ergoterapeutické přístupy a standardizovaná hodnocení**, které ergoterapeutky využívají ve své praxi u pacientů s diagnózou závislost.

Ergoterapeutka pracující v psychiatrické nemocnici zmiňuje projekt, kdy na několika odděleních provádějí ergoterapeuti komplexní ergoterapeutické vyšetření a současně mluví o hodnocení ADL, Dotazník rolí, Dotazník činností, Dotazník zájmů a Kanadské hodnocení výkonu zaměstnání (COPM) a vysvětluje k tomu: „*Myslím si, že jsou to takové standartní běžně využívané dotazníky. Je to pro mě metodou volby, nenutí mě testy dělat všechny a vždy je to na dohodě s tím konkrétním pacientem. Stále je pro mě samotný rozhovor nejdůležitější během vyšetření.*“

Další ergoterapeutka ve svých odpovědích poukazuje na Dotazník kvality života a standardizované testy pro hodnocení kognitivních funkcí: „*Ted' momentálně zde probíhá velké odebírání Dotazníků kvality života, jedné se o standardizované šetření, které odebíráme na celém oddělení. Zároveň na individuálních terapiích se snažíme o standardizované vyšetření kognitivních funkcí, a to pomocí Montrealského kognitivní testu nebo Addenbrookského kognitivního testu. (...) Také využíváme baterii pro testování kognitivních funkcí, která vznikla*

v Národní ústavu duševního zdraví – momentálně ji nevyužíváme tolik, protože zde na to nemáme tak velký, především časový prostor.“

Jiná ergoterapeutka mluví o důležitosti analýzy činnosti, tj. jednotlivých položek pro společnou spolupráci s pacientem a také pro pozdější evaluaci: „(...). *Snažíme se využívat analýzu činnosti, různorodost vnímání jednotlivých položek. Určitě si během plánování definujeme, jakým způsobem, a jak často budeme danou věc trénovat a do jaké doby ji chceme splnit, abychom se mohli následně sejít a hodnotit plnění. V praxi to samozřejmě není tak jednoduché. Ze schůzky odcházejí klienti s papírem (úkoly, popsanou činností aj.), kdy se na následující ideálně řeší průběh plnění a napomáhá jim v dodržování domluveného. Momentálně pracujeme na zavedení tohoto postupu do běžné praxe, kdy pak i tento dokument v psané podobě bude sloužit ke společné evaluaci.“*

Ergoterapeutka pracující na adiktologické klinice zmiňuje též testy pro hodnocení kognitivních funkcí a poukazuje na problematiku, kterou je absence dostatečně citlivého testu pro ambulantní pacienty: „*Kromě Montrealského kognitivního testu testu jsem v literatuře ještě objevila Loewensteinský ergoterapeutický kognitivní test, který ale momentálně nemám v plánu hradit ze svého. A teď jedna ze studentek, které vedu bakalářskou práci, píše o relativně novém testu s názvem BEAT (Brief executive function assessment tool), který objevila a zkoušela ho jak u lůžkových, tak u ambulantních pacientů., který by byl pak možný použít v praxi.“*

Shrnutí této kapitoly praktické části bakalářské práce může být následující – ergoterapeutky využívají širokou škálu standardizovaných testů u pacientů se závislostmi. Nejedná se ale o specificky využívané testy pro tuto klientelu, ale pro celou skupinu psychiatrických pacientů napříč spektrem diagnóz. Nejčastější oblasti, které ergoterapeutky uvádí jsou – aktivity denního života, kognitivní funkce, role, kvalitu života aj. Z rozhovorů vyplývá, že ergoterapeutky se snaží pokrýt velkou oblast problematiky, ale současně nemají dostupné např. časové prostředky pro detailnější vyšetření. Ergoterapeutky též v této části nezmiňují konkrétnější terapeutické přístupy, které mají momentálně zavedené v praxi – jejich přístupy a konkrétní metody jsou uvedené v následující kapitole výsledků praktické části.

3.4.5. Specifika ergoterapeutické intervence u cílové skupiny pacientů

Jak již bylo zmíněno výše, tato kapitola je nejrozsáhlejší z celé práce a ergoterapeutky detailněji popisují, jak vypadá intervence pacientů se závislostí a vše týkající se tohoto tématu.

První otázka se ptá, **kde či v jaké oblasti vidí ergoterapeut největší problém při léčbě závislosti.**

První ergoterapeutka poukazuje hned na několik oblastí, kde vnímá problém či prostor pro zlepšení – ať už se jedná o fluktuaaci pacientů na jednotlivých oddělení, harmonogram celé nemocnice či jiné organizační nedokonalosti, které často znesnadňují výkon role ergoterapeuta u těchto pacientů. Také zmiňuje častou poruchu náhledu u pacientů: „*My jako ergoterapeuti docházíme na oddělení externě, často je na odděleních velká fluktuace pacientů, jednoduše se tam potýkáme s praxí, kterou samozřejmě ovlivnit do určité míry lze či nelze ovlivnit. Těch faktorů je velmi mnoho – ať už se jedná o prostorové podmínky, harmonogram jednotlivých oddělení, rozdělení pacientů, program nás jako ergoterapeutů i samotného oddělení. Samozřejmě se snažíme dělat vše pro to, aby bylo dosaženo maximální efektivity pro samotné pacienty. Je to ale komplikované, pokud je u pacienta přítomna porucha náhledu.*“

V sociálních službách řeší především korigování přístupu k návykové látce, protože klienti zde žijí v bytových jednotkách a jsou samotnými jedinci – i proto je zde tato problematika složitá k uchopení, aby nedošlo k omezování osob: „*Potíž je v tom, že kdybychom je „my z vnějšího světa“ nekorigovaly, tak by měli chvíle, kdy by kouřili pořád. Ta chuť na cigaretu je tak silná, že si oni sami neumí dát impuls k jiné aktivitě. Takže i proto mají cigarety na příděl. Přitom když třeba v minulosti klient měl více cigaret u sebe byla u něj daleko více vidět nervozita, stres a neklid.*“

Další ergoterapeutka zmiňuje jako problémovou oblast pro spolupráci u pacientů se závislostí též poruchu náhledu, dodává k ní ztrátu motivace a poukazuje na odlišné vnímání pacienta v rámci týmu: „*Motivace a náhled jsou podle mě dva faktory, které zásadně mohou ovlivnit spolupráci pacienta s námi během terapií. Myslím si, že je důležité, že pracujeme velmi intenzivně v multidisciplinárním týmu, protože se občas stává, že se před týmem, který vidají denně se chovají úplně jinak, než přede mnou pak na ergoterapii. Takže se pravidelně stávalo, že já jsem pacienta vnímala nějakým způsobem, nějak se mi v mých očích jevil, a pak na společných poradách se naše názory s ostatními na daného pacienta velmi rozdělovaly.*“

Druhá otázka se týká **konkrétních oblastí, kterými se ergoterapeutky zabývají během svých intervencí.** Dvě ergoterapeutky ve svých odpovědích neopomínají skupinovou motorickou, tj. pohybovou terapii. Další velkou oblastí, kterou zmiňují též 2 ergoterapeutky je rehabilitace kognitivních funkcí, kdy se konkrétně jedná o následující oblasti v předpokladu k rehabilitaci: „*Řešíme často problémy týkající se paměti, koncentrace, pozornosti. Určitě*

používáme i různé aktivity tužka-papír. Někdy vznikají problémy i ve skupině, takže pracujeme na řešení konfliktních situací. Pokud mám možnost individuální terapie, tak to společně řešíme právě v ní, a to pomocí rozhovoru.“

Současně jedna z nich tuto problematiku propojuje i s nácvikem sociálních dovedností: „(...) u těchto pacientů velmi záleží, s jakou oblastí mají problém – zaměřujeme se převážně na prostorovou orientaci, slovní produkci, oddálené vybavení získané informace atd. Ve skupinových terapiích to velmi propojujeme se sociálními dovednostmi – už jen to být přítomen na té skupině, odhodlat se promluvit aj.“

V jedné z psychiatrických nemocnic též řeší předpracovní rehabilitaci, aby měl pacient možnost návratu do pracovního prostředí po ukončení hospitalizace: „(...) Snažíme se, aby se mohli navrátit do pracovního prostředí, pokud to jde, takže tu probíhá i forma předpracovní rehabilitace – aby se naučily zvládat stres, nové dovednosti nebo byli schopní pracovat v kolektivu aj.“ Další ergoterapeutka zmiňuje hledání práce a pracovní rehabilitaci jako jedno z témat, které během svých intervencí řeší: „Takže když budu mluvit znovu o těch posledních 2 až 3 letech, tak moje práce zde byla hodně o hledání práce a předpracovní rehabilitaci a to jmenovitě – nácvik pracovního pohovoru, nácvik životopisu aj. (...) Zde vidím velký potenciál pro ergoterapeuta.“

S tím souvisí možnost zapojení se v tomto případě klientů v sociální sféře do pracovního procesu formou podporovaného zaměstnání, které není jedinou možností, jak klienta alespoň částečně vrátit do běžného života: „(...) U tohoto klienta také spolupracujeme s Rytmusem – podporované zaměstnávání – kdy zrovna teď od ledna nastoupil do chráněné dílny, kam dochází 3x týdně. My samozřejmě nevíme, jak tráví cestu, zda třeba i tam případně žebřá o cigarety, což je faktor, který my velice těžko můžeme ovlivnit.“

V sociálních službách se ergoterapeutka též během setkávání zaměřuje též na nastavení hranic – ať už užívání samotné návykové látky či v komunikaci týkající se užívání látek s personálem a ostatními klienty žijící ve stejném domě.: „Jedná se o řešení porušování zákazů, např. zákaz kouření na pokoji nebo ve společných prostorách, které sdílí s ostatními klienty. Snažíme najít tu míru uspokojení klientovi potřeby v souladu s okolím (protože někteří další klienti z tohoto návyku nejsou nadšení). (...) V těchto případech velmi řešíme hranice, např. v jakých intervalech bude klientka moci kouřit, protože i přestože je svéprávný jedinec, bez dohledu by její užívání cigaret bylo enormní a finančně ruinující.“

Také mluví o smysluplném zaměstnávání, kterým klient může nahradit užívání látky či na chvíli na něj zapomenout: „*Současně jsem se dlouho dobu snažila najít činnost, která klienty baví a nabídnout jim ji při chuti na cigaretu – s klienty vedu činnost kreslení mandal a kolikrát se mi stalo, že se klienti zabrali do činnosti takovým způsobem, že zapomněli na cigaretu.*“ A nevynechává ani oblasti instrumentálních ADL jako je např. práce s rozpočtem a nakládání s omezenými finančními prostředky.

Další ergoterapeutka zmiňuje oblasti denní program a volný čas, jako potencionální oblasti působení ergoterapeuta u pacientů se závislostí: „*Co si myslím, že je velké téma je denní program a volný čas, ale to si myslím, že my s tím zatím moc v Čechách pracovat neumíme. Protože hodně adiktologických pacientů je třeba ve vězení, s tím já sama nemám zkušenost, a pak je s touto oblastí z pozice ergoterapeuta potřeba pracovat, aby se uplatnili v reálném životě – protože je propuštěni a mají pusto prázdnou, žádnou výplň času.*“

Následující otázka byla zaměřena na **nejčastější cíle** pacientů se závislostí. Jedna ergoterapeutka mluví o zdraví jako celkové pohodě ke spokojenosti pacientů: „*Ale ve své podstatě všichni chtějí být zdraví a nikdo by nechtěl mít žádný zdravotní problém, hlavně už vůbec ne psychiatrický problém, z toho jsou nejvíce nešťastní. Myslím si, že kdyby měli zvýšený krevní tlak, tak to pro ně není takový stres jako to, když mají nějakou duševní nemoc.*“

Jiná mluví z perspektivy pacientů o důležitosti uvolnění, relaxace a řešení praktických každodenních problémů, které pacienty čekají po ukončení hospitalizace a nácviu příslušných dovedností: „*Se schopnějšími pacienty, kteří mají náhled na situaci a spolupracují často řešíme uvolnění se a velmi pak praktické věci, jako je např. bydlení, práci, plánování dne, jak se nepřetížít, vystavování se rizikovým faktorům nebo tvoření sociálních skupin a vztahů.*“

Jiná ergoterapeutka naopak hovoří o možné neznalost ergoterapie ze strany pacientů: „*Ty příliš nemají, protože oni taky o ergoterapii nemají moc ponětí. Takže až teprve, když jsou na mě odkázáni, tak řešíme, o čem by naše spolupráce mohla být.*“

Předposlední otázka se týká formy ergoterapeutických intervencí a to konkrétně, zda u tohoto typu pacientů ergoterapeutky využívají častěji **individuální nebo skupinovou intervenci**. Často ergoterapeutky mluví o složitosti harmonogramu zařízení, nedostatku času, nutnosti vlastní iniciativy ke změně dosavadně probíhajících terapií anebo vlastním rozhodnutím, kterou formu terapie zvolí.

V následující části cituji slova ergoterapeutky pracující v psychiatrické nemocnici o momentálně probíhajícím stavu u nich v zařízení: „*Chodíme na skupinové terapie jak k ženám, tak i k mužům a máme i pár individuálních tréninků kognitivních funkcí – většinou je to opravdu zaměřené pouze na kognitivní funkce, ani bych to nenazvala rehabilitací, protože ta intenzita není taková a my se musíme včlenit do harmonogramu, který již na daném oddělení běží. Jejich harmonogram je často velmi náročný, takže se snažíme najít nějakou schůdnou cestu, jak bychom zde mohli fungovat v rámci individuálních ergoterapií.*“ A též mluví o budoucích možnostech spolupráce s ambulantními pacienty, která momentálně není plně funkční: „*A u ambulantních pacientů je to otázka – většinou totiž nejsou lokální a my tak nemáme pacienty navázané. Určitě je to náš plán do budoucna, ale v tuto chvíli to neběží a nikoho v péči nemáme. Otázkou je to, za jakého je to důvodu – buď se o tom nevím či vůle samotných pacientů není taková, aby k nám docházeli, nebo jsou z jiné lokality apod.*“

Jiná hovoří o rozporuplnosti mezi oběma typy a tradicí skupinové terapie v psychiatrii: „*Velmi moderní je pracovat skupinovou formou. Já si užívám, ale i individuální terapii. Mohu si ji sama vytvořit. (...) Mám tu možnost a jsem podporována ze strany nemocnice. Na druhou stranu ale ano, je ekonomické pracovat skupinovou formou a je prospěšné, když pacienti sdílejí mezi sebou své příběhy a mohou se od sebe navzájem učit a mají sami k sobě reflexi navzájem. Protože možná v některých případech poslouchají lépe radu od spolu pacienta než od zdravotníka.*“

Jedna z ergoterapeutek též zmiňuje v rámci své praxe vedení skupinky pro rodinné příslušníky: „*V tuto chvíli jsem zde spíše za psychoterapeuta, kdy vedu skupinu pro rodiče a rodinné příslušníky. (...) Trvá okolo 1,5 h a řešíme např. jak to chodí u nás v zařízení, co si mohou k pacientovi dovolit, jak ho zařadit do léčby atd.*“

Poslední ale neméně důležitou otázkou celého rozhovoru je zaměřena na **četnost spolupráce ergoterapeuta a pacienta**, konkrétně na intenzitu a délku spolupráce s každým pacientem. Z odpovědí vyplývá, že je to velice individuální a záleží vždy na mnoha faktorech.

„*Na oddělení docházíme až 3x týdně, ale může se stát, že tam jdeme jen 1x týdně. Myslím si, že 2x týdně je fajn, když se za pacientem zvládne dojet. Ale vždy samozřejmě záleží velmi na aktuálním stavu pacienta. (...) Současně jsou pacienti, kteří mají kombinaci skupinové terapie 1x týdně a individuální 2x týdně,*“ uvedla jedna z dotazovaných.

Další ergoterapeutka hovoří o možnosti rozhodování ze strany pacientů, kdy chtějí oni sami individuální konzultaci: „*Samostatně dochází na konzultace, chtějí velmi sdílet s námi čas. Můj takový velký cíl je, nehledě na diagnózu pacienta, aby byli schopni si aktivitu s terapeutem naplánovat sami, aby oni sami si řekli, co chtějí, řídili si samostatně svůj čas a sami si dokázali říct zakázku, na které chtějí pracovat.*“ A dodává následující informace o možnosti volby skupinových aktivit, které si pacienti vybírají samostatně dle svých preferencí: „*Oni sami si volí aktivity, takže vědí, kde mě osobně potkají a vybírají si i podle toho. Mají možnost volby.*“

Shrnutí této závěrečné kapitoly mé praktické části popisují v následujících řádcích. Ergoterapeutky uvádí k problematickým oblastem léčby závislosti tyto poznatky. Jedná se např. o organizační nedokonalosti ve velké psychiatrické nemocnici, které ovlivňují chod terapií. Naopak u pacientů se ergoterapeutky shodují na poruše náhledu a ztrátu motivace, jako hlavních faktorech ovlivňujících průběh léčby závislostí i samotnou ergoterapeutickou intervenci. Konkrétní oblasti vyplývající z rozhovorů, kterými se nejčastěji zabývají ergoterapeutky u pacientů se závislostí jsou tyto – rehabilitace kognitivních funkcí, pohybová terapie, nácvik sociálních dovedností, předpracovní a pracovní rehabilitace (př. tvorba životopis), nacházení smysluplného zaměstnávání, aktivity denního života (především oblast instrumentálních, např. práce s financemi). Denní program a volný čas zmiňuje jedna ergoterapeutka jako potencionální oblast, ve které se zatím ergoterapeuti u nás v tuzemsku tolik neangažují. Současně ergoterapeutky využívají obě formy intervencí, skupinovou i individuální v závislosti na svých momentálních možnostech a též možnostech konkrétního zařízení, protože jiná situace je ve velkém psychiatrické nemocnici, a naopak v sociálních pobytových službách. Zmiňují klady i zápory obou možností v praxi. Ergoterapeutky mezi nejčastější cíle pacientu řadí celkové zdraví a životní pohodu, uvolnění a relaxaci, nácvik praktických dovedností nutných pro zařazení zpátky do běžného života. Současně některé poukazují na neznalost ergoterapie v řadách pacientů a také na pro pacienty obtížnou iniciaci vlastních cílů související s již zmíněnou ztrátou motivace a náhledu.

4. DISKUZE

Cílem mé bakalářské práce je zjistit, jaká je role ergoterapeuta u v adiktologii, tj. u pacientů se závislostí. Dále popsat, zmapovat a zhodnotit, jaké je uplatnění ergoterapeuta u pacientů se závislostí nejen v rámci systému adiktologické péči v České republice a současně poukázat na jeho nezastupitelnost v multidisciplinárním týmu při léčbě pacientů se závislostí. Na světě každoročně stoupá počet se osob se závislostí a dle Americké asociace ergoterapie (AOTA) je duševní zdraví, kam spadají nejen závislosti, hlavní oblastí zaměření ve 21. století (Sy, 2018). K napsání práce mě inspiroval můj kamarád studující adiktologii, se kterým jsem již několikrát v minulosti vedla zajímavé rozhovory na téma adiktologické péče v České republice. Současně mi inspirací byla má vedou práce Bc. Zuzana Rodová, M.Sc, která se tomuto tématu věnuje. Zajímá mě momentální praxe ergoterapeutů, kteří pracují s adiktologickými pacienty napříč různými typy zařízení v České republice.

Ke zpracování praktické části jsem zvolila formu kvalitativní práce, a to konkrétně rozhovory s ergoterapeuty pracující s adiktologickou klientelou. Přestože jsem původně uvažovala spíše nad zpracováním formou dotazníku, tak rozhovor se ukázal jako lepší volba pro získání kvalitních odpovědi na otevřené otázky, na které ergoterapeutky mohly odpovídat osobně namísto vyplňování svých odpovědí do dotazníku, který by byl až příliš zdlouhavý. Současně též z důvodu omezeného počtu ergoterapeutů, tj. nepříliš širokému spektru potencionálních probandů pracujících se závislostmi, byla tato varianta vhodnější. Samotnému rozhovoru předcházela emailová komunikace s každým potencionálním účastníkem (naplánování data rozhovoru), takže pokud by byl vybrán dotazník, mohla by k jeho vyplnění vést jednodušší cesta přímo po odeslání oslovovacího emailu. Mohla by se tak zvýšit šance, že dotazník vyplnění více osob. Otázky byly sestaveny pomocí tzv. Scénáře rozhovoru, který též poskytl šablonu pro přepis rozhovorů, kategorizaci odpovědí a jejich následnou analýzu (Miovský, 2006). Rozhovory byly vedeny v online prostředí pro zjednodušení společných setkání, která se konala i za omezených podmínek pro vstup do zařízení vzhledem k momentálním vládním nařízením z důvodu onemocnění Covid19.

Rozhovor byl proveden se 4 ergoterapeutkami pracujícími ve čtyřech různých zařízeních. Tento počet ovlivnil výsledky výzkumu – jelikož vyšší počet rozhovorů by mohl přinést více rozmanitých výsledků či naopak opakující a potvrzující se tvrzení, jež již byla řečena. Současně výběr ergoterapeutů byl omezen faktem, že byly již u původního „Dotazníku pro ergoterapeuty pracující s klienty se závislostí“ (z nichž jsem čerpala kontakty pro zaslání oslovovacího

emailu) eliminováni ergoterapeuti pracující ve stejném zařízení jako již testovaný ergoterapeut, tj. bylo tak dopředu zabráněno opakujícím se výpovědím.

První část mé práce se týkala obecné role ergoterapeuta v adiktologii a to konkrétně – jak ergoterapeutky osobně vnímají roli ergoterapeuta u těchto pacientů, zda považují jejich využití za dostatečné, a případně kde vidí mezery v jeho uplatnění. Z odborné literatury vyplývá, že v České republice je běžná práce ergoterapeuta s různorodými psychiatrickými diagnózami, jak na lůžkových či ambulantních odděleních nemocnic, tak i na specializovaných odděleních psychiatrických nemocnic (Švestková a Svěčená, 2013). Jak zmiňují Svěčená a Rodová (2020) dochází k absenci ergoterapeuta na specializovaných pracovištích s adiktologickou problematikou, tj. příliš se nevyskytuje v adiktologickém multidisciplinárním týmu. Naopak zahraniční literatura poukazuje na to, že je zde ergoterapeut součástí i specializovaných adiktologických zařízení, jak dokazuje např. Ribeiro a kol. (2019) na své studiu v Portugalsku o důležitosti ergoterapeuta v komunitních službách, což u nás momentálně není běžnou praxí. Důležitost role ergoterapeuta potvrzují rozhovory s ergoterapeutkami, které zmiňují jeho mentorskou, poradenskou roli a vnímají ho jako nedílnou součást péče o tyto pacienty.

Kiepek (2016) a Šťastná (2018) se shodují, že u těchto pacientů pozorujeme narušení výkonu zaměstnávání, jež je dle České asociace ergoterapeutů (2008) prostředkem ergoterapie, pomocí něhož usiluje o zachování a využívání schopností při pracovních a zájmových činnostech či běžných denních aktivitách. K tomu se přidává Sy (2018) a označuje ergoterapeuta za „promotéra účasti na zaměstnávání“. Ergoterapeutky v rozhovorech potvrdily více zmíněné, tj. důležitost smysluplného zaměstnávání u této klientely a dodávají důležitost podpory samostatnosti a zapojení se do běžného života. Wasmuth a kol. (2016) dodávají, že zařazení praxe zaměřené na zaměstnávání do ergoterapeutické intervence, může u pacientů vyvolat zlepšení v oblasti sociální participace, volného času aj. Nelze momentálně ze získaných dat říct, do jaké míry dochází ke zlepšení, ale ergoterapeutky popisují důležitost smysluplné činnosti při léčbě závislostí.

Zda považují využití ergoterapeuta u těchto pacientů za dostatečné, a kde vnímají mezery v systému péče, okomentovaly ergoterapeutky následujícím způsobem. Ergoterapeutky zmiňují nesnadnost svého postavení u těchto pacientů z hlediska legislativy a též narážely na problematiku vzdělání a nedostatku zdrojů k této problematice. S tím souhlasí Kanadská asociace ergoterapeutů (CAOT, 2019), která připomíná nedostatečné množství zdrojů a odborných informací pro ergoterapeutickou intervenci u těchto pacientů (CAOT, 2019). Tři ze

čtyř ergoterapeutky zmiňují potřebu psychoterapeutického výcviku pro práci s těmito pacienty, jelikož vnímají, že u této klientely prozatím není dostatečné mít „pouze“ odbornou způsobilost k výkonu profese ergoterapeuta, a je vyžadován tento dlouhodobý výcvik. Ve srovnání s praxí s těmito pacienty v Kanadě, mluví Kiepek (2016) o neustálém vývoji pozice ergoterapeuta a jeho velké angažovanosti u těchto pacientů, kdy u nich zastává hlavní roli a je též součástí jeho práce psychoedukace. S tím souvisí fakt, že v České republice je velká tradice profese adiktologa sahající do 20 let minulého století (Klinika adiktologie 1.LF UK a VFN), kdy naopak v kanadském prostředí tato postava příliš nefiguruje, a naopak klíčovým pracovníkem u této skupiny pacientů je právě ergoterapeut (Kiepek, 2016). Ergoterapeutky též vnímají, že může docházet velmi snadno k záměně ergoterapeuta za pracovního terapeuta a s tím související potřebu neustále vzdělávat ostatní profese. To potvrzují také Svěčená a Rodová (2019), kdy zmiňují úplně odlišnou roli pracovního terapeuta, který nepracuje se smysluplným zaměstnáváním.

Následující část byla zaměřena na uplatnění ergoterapeuta v multidisciplinárním týmu u pacientů se závislostí. Svěčená a Rodová (2019) poukazují na důležitost činnost ergoterapeutů, kteří by měly být nedílnou součástí multidisciplinárního týmu adiktologických zařízení. Přesto odborná literatura vznikající z pohledu adiktologů, např. Kalina (2003) potvrzuje, že v momentální praxi v multidisciplinárním adiktologickém týmu nefiguruje pozice ergoterapeuta. Stejně tak to potvrzuje rozhovor s ergoterapeutkou pracující na adiktologické klinice, která hovořila o tradici adiktologické léčby, jež u nás probíhá a s tím i souvisejí rigiditu zaseté praxe jež trvá několik desítek let včetně složení multidisciplinárního týmu, který se zatím příliš nemění. Ergoterapeutky mluvily o nesnadné pozici z hlediska neustále edukace dalších profesí o potřebnosti ergoterapeuta, jehož nenahraditelnost zmiňují i autorky z českého prostředí Svěčená a Rodová (2020).

Další kapitolou práce byly ergoterapeutické přístupy a standardizovaná hodnocení využívané u této klientely. Dle CAOT (2019), ale stále neexistují dostatečné důkazy pro hodnocení ergoterapeutické terapie v rámci poskytování adiktologické intervence. K tomu se přidávají McCombie a Stirling (2018), kteří zmiňují problém stigmatizace závislostí a s tím spojené nedostatečné informací o metodách, které by ergoterapeuti mohli využívat při své práci s drogovými, alkoholovými i jinými závislostmi. S tím souhlasí i ergoterapeutky účinkující v rozhovorech a mluví o využívání testů, které se běžně využívají u celé psychiatrické problematiky (př. hodnocení ADL, Dotazník rolí, Dotazník zájmů, Kanadské hodnocení výkonu zaměstnávání, Dotazník kvality života aj.). Tyto zmíněné popisuje Krivošíková (2011)

jako vhodné pro ergoterapeutickou intervenci u duševních onemocnění, kam patří i skupina závislostí. Naopak v zahraniční literatuře najdeme úplně nové přístupu, které se zatím v českém prostředí nevyužívají – jsou jimi např. Solution-Focused Brief Therapy (SFBT), jež se snaží o řešení problému namísto přetrvávajícího soustředění se na něj, či motivační rozhovor, jehož principem je aktivní naslouchání a porozumění spolu s pokládáním reflektivních otázek (Kiepek, 2016). Ergoterapeutky se shodují na běžném užívání standardizovaných testů pro hodnocení kognitivních funkcí, jimiž je např. Montrealský kognitivní test (MoCa). Přesto zmiňují potřebu dalších specializovaných citlivějších nástrojů pro hodnocení, které by zachytili i menší změny ve výkonu, např. právě u kognitivních funkcí.

Jako důležité ergoterapeutky zmiňují též analýzu činnosti, kterou i odborná literatura řadí mezi domény ergoterapeuta, jelikož samotné užívání návykové látky je považováno za konkrétní činnost (zaměstnání), kterou mohou ergoterapeuti analyzovat a nahradit za smysluplnější (Kiepek Magalhães, 2011; Ribeiro a kol, 2019). Též jedna z dotazovaných hovoří o tom, že ergoterapeut je schopný jako nikdo jiný hledat ideální činnost, analyzovat a přizpůsobit ji. To potvrzuje i Ribeiro a kol. (2019) zmiňující praxi zaměřenou na klienta, kdy je ergoterapeut schopen přizpůsobit se momentálním potřebám a pocitům jedince. Často v zařízeních dochází k absenci ergoterapeuta a tento úkol tak přebírají jiné profese (Svěcená a Rodová, 2019).

Poslední oblastí mé práce je ergoterapeutická intervence u pacientů se závislostí. V rámci studie, kterou provedla v USA Tina DeAngelis a kol. (2019), byl zkoumán dopad ergoterapeutických individuálních intervencí poskytovaných 2–3krát za týden osobám potýkajících se s duševním onemocněním či užíváním návykových látek po dobu 11–12 týdnů. Zaměření ergoterapeutických intervencí byly následující položky – management zvládnání stresu a hněvu, spánková hygiena, management zvládnání deprese a úzkosti, správa financí, budování odborných znalostí a v neposlední řadě rozvoj vztahů a volnočasových dovedností. Při srovnání odpovědí z amerického a českého prostředí vyplývá, že velkou část výše zmíněných oblastí ergoterapeutky u nás zatím vůbec nepokrývají ve svých intervencích. Stejně tak kanadská ergoterapeutka Kiepek (2016) mezi oblasti ergoterapeutické intervence řadí např. prevenci relapsu, spiritualitu, nácvik asertivity, vyjádření a management emocí aj., jež též ergoterapeutky momentálně nemají zahrnuté ve své praxi. Tím pádem se nabízí otázka – proč tomu tak je? Často se může jednat o kontext prostředí, kdy např. na Filipínách ergoterapeut Sy (2019), zmiňuje jako jeden velký vliv na činnost ergoterapeuta stále probíhající válku proti drogám.

Stejně tak Americká asociace ergoterapeutů (AOTA) řeší s drogami spojenou vysokou míru kriminality, která je odlišná v jiných zemích.

Na druhou stranu se autoři (Kiepek, 2016; DeAngelis a kol, 2019; Ribeiro a kol., 2019) spolu s ergoterapeutkami účastnicích se v rozhovorech shodují nad následujícími oblastmi intervence, které momentálně řeší v praxi – kognitivní funkce, sociální dovednosti, předpracovní a pracovní rehabilitaci, smysluplné zaměstnávání, všední denní činnosti (hlavně instrumentální). Jedna z nich zmiňuje jako perspektivní oblast působení denní program a volný čas, kde se zatím příliš mnoho ergoterapeutů neangažuje a jež zahraniční ergoterapeutky pravidelně zahrnují do svých intervencí spolu s plánováním aktivity a rutinou návyků (Kiepek, 2016; Ribeiro a kol., 2019).

V minulých letech bylo napsáno již několik kvalifikačních prací s tematikou spojení ergoterapie a adiktologie. Ale u žádné z nich nebyla data praktické části získána formou rozhovoru přímo od ergoterapeutů pracujících s pacienty se závislostí na různých pracovištích České republiky. V tomto ohledu je práce jedinečná. Přesto přináším kontext s díly ostatních autorek. Iroušková (2014) ve své kazuistické práci poukazuje na důležitost intervence zaměřené na nácvik všedních denních činností, konkrétně instrumentálních, u kterých nachází velké omezení u pacientů se závislostí. Urbancová (2014) mluví o ergoterapii u osob se závislostí nejen jako formě zajímavé činnosti pro pacienta, ale spatřuje v ní důležitý článek pro řešení prevence relapsu, bažení po návykové látce, odstranění neklidu a apatie, motivace či pro změny v přístupu k životu celkově. Vlasáková (2020) hovoří o důležitosti využití vyšetřovacích metod v rámci vstupního ergoterapeutického vyšetření u pacientů se závislostí, jež poskytne větší náhled na potřeby pacienta a též zmiňuje důležitost individuální formy intervence. Rybářová (2019) sestavila návrh působení ergoterapeuta na Klinice adiktologie 1.LF UK a VFN a poukázala na důležitost přítomnosti terapeuta i v těchto specializovaných zařízeních.

Další práce navazující na tuto by se mohla konkrétně zabývat jednotlivými problematickými oblastmi a mezery v uplatnění ergoterapeuta u pacientů se závislostí či přímo konkrétní částí ergoterapeutické intervence, např. intervence zaměřená na denní program a volný čas u pacientů se závislostí, popř. využití konkrétních technik a přístupů u jednotlivých skupin adiktologických diagnóz. Určitě by si tato práce zasloužila větší počet probandů, tj. účastnicích se ergoterapeutů a lépe by tak potvrdila či vyvrátila závěry této práce na větším počtu odpovědí a poskytla by tak větší obraz na náhled problematiky týkající se role ergoterapeuta u pacientů se závislostí.

5. ZÁVĚR

Jako téma mé bakalářské práce jsem si zvolila „Role ergoterapeuta v adiktologii“. Považuji jej za velmi zajímavé a inspirativní. Současně též samotné závislosti jsou jedna z velmi perspektivních oblastí, kde může ergoterapeut najít své uplatnění. Mým cílem bylo zmapovat roli ergoterapeuta u pacientů se závislostí, potvrdit jeho důležitost v multidisciplinárním týmu a zmapovat náplň jejich intervencí právě u této skupiny pacientů.

V teoretické části se věnuji definici závislosti samotné jako termínu spojující téma adiktologie a ergoterapie. Seznamuji čtenáře s problematikou závislosti, s termíny důležitých pro popis závislosti, klasifikací závislosti, neurobiologickou podstatou závislosti, která je důležitá pro pochopení procesu samotnému vzniku závislosti. Též věnuji pozornost psychopatologii komplikací závislosti a vlivům mající velký rozvoj na udržení závislosti. Neopomenula jsem zmínit i duální diagnózy, se kterými se často ergoterapeuti ve své praxi setkávají. Velkou kapitolou je pak popis systému adiktologické péče v České republice.

Následuje kapitola s názvem Multidisciplinární tým v adiktologii – začlení ergoterapeuta, která popisuje momentální situaci v adiktologickém týmu. Nedílnou součástí je též definování role ergoterapeuta, která zahrnuje popsání vztahu mezi závislostí a ergoterapií, možnosti přístupů a hodnocení u těchto pacientů a možnosti ergoterapeutické intervence.

Role ergoterapeuta u adiktologických pacientů je velmi rozmanitá, jak bylo zmíněno v předchozích kapitolách. Shrnutí možností ergoterapeuta u pacientů se závislostí vycházející z odborné literatury je následující. Ergoterapeut může být nápomocen v různorodých oblastech jimiž jsou konkrétně – trénink všedních denních činností, převážně oblast instrumentálních, a to konkrétně management financí, příprava jídla, péče o sebe a své zdraví apod. Uplatnění ergoterapeuta lze najít u nácviku personálních denních činností (Krivošíková, 2011; Svěčená a Rodová, 2019; Ribeiro a kol., 2019). Též velkou oblastí působnosti ergoterapeuta je hledání smysluplného zaměstnávání, které nahradí samotné užívání látky a zvýší smysl v životě pacienta. Na to navazují témata struktury dne, volného času, rutina spolu s návyky a plánování aktivit s tím souvisejících (Kiepek, 2016; Ribeiro a kol., 2019). Ergoterapeuti nacházejí své uplatnění v rehabilitaci kognitivních funkcí, které úzce souvisí již s výše zmíněnými úkony, k nimž jsou potřeba (Rojo-Mota a kol., 2017). Velkou oblastí je návrat reintegrace do společnosti, k němuž patří – předpracovní a pracovní rehabilitace, zastávání rolí a produktivita. Nesmíme opomenout ani na související oblast, konkrétně nácvik sociálních dovedností, kam spadá nácvik komunikace, management emocí a stresu či vyjádření vlastního názoru (CAOT;

Ribeiro a kol, 2019). Ergoterapeutická intervence má dle výše zmíněných oblastí uplatnění u pacientů se závislostí.

Praktická část pak kopíruje některé oblasti již z výše zmíněné teoretické části. Konkrétně její zpracování obsahovalo následující subjekty zkoumání – kapitola obecné (charakteristika zařízení, ergoterapeuta a pacientů), obecná role ergoterapeuta v adiktologii, role ergoterapeuta v multidisciplinárním týmu, ergoterapeutické metody, přístupy standardizované testy využívané u pacientů se závislostí, ergoterapeutická intervence u pacientů se závislostí. Ergoterapeutky potvrzují ve svých odpovědích nenahraditelnost ergoterapeuta v komplexu péče o adiktologické pacienty ať už ve velkých psychiatrických nemocnicích, ve specializovaných pracovištích či v sociálních službách. Současně stále vidí prostor pro lepší integraci ergoterapeutů do multidisciplinárního týmu či do ostatních úseků péče.

6. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

AIRAGNES, Guillaume a kol. Alcohol, tobacco and cannabis use are associated with job loss at follow-up: Findings from the CONSTANCES cohort. *PLoS ONE* [online]. 2019, 2019, **14**(9), 1-7 [cit. 2020-03-20]. ISSN 1932-6203. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6733456/>

American Occupational Therapy Association: Mental Health [online]. [cit. 2020-04-23]. Dostupné z: <https://www.aota.org/Practice/Mental-Health.aspx>

AMORELLI, Catrinna R. Psychosocial Occupational Therapy Interventions for Substance-Use Disorders: A Narrative Review. *Occupational Therapy in Mental Health* [online]. 2016, **32**(2), 167-184 [cit. 2021-01-18]. Dostupné z: https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/0164212X.2015.1134293?casa_token=eiXuQtq37V8AAAAA%3AyTdVmtrTTm-4G5l93IcqGoabr_qY_9tbLBD92BCym8twVmUubki3g6LDH9lPTOBc5mpEhD_roc4M

AVERY, Jonathan D. a John W. BARNHILL, ed. *Co-occurring Mental Illness and Substance Use Disorders: A Guide to Diagnosis and Treatment* [online]. Virginia: American Psychiatric Publishing, 2018 [cit. 2022-03-20]. ISBN 9781615370559. Dostupné z: https://web.p.ebscohost.com/ehost/ebookviewer/ebook/bmxlYmtfXzE2MjQ3MzNfX0FO0?si_d=deea34c3-330d-4640-9c23-f8bff889f78d%40redis&vid=12&format=EB&rid=1

CANADIAN ASSOCIATION OF OCCUPATIONAL THERAPISTS. Occupational Therapy and Substance Use. In: *CAOT ACE: Canadian Association of Occupational Therapists* [online]. Ottawa [cit. 2020-03-24]. Dostupné z: <https://caot.in1touch.org/document/4075/Substance%20Use%20-%20Fact%20Sheet.pdf>

CANADIAN ASSOCIATION OF OCCUPATIONAL THERAPISTS. Report on the Professional Issue Forum on “Addressing Addiction”: Niagara Falls, ON – CAOT Conference 2019. In: *CAOT ACE: Canadian Association of Occupational Therapists* [online]. Ottawa, 2019 [cit. 2020-03-24]. Dostupné z: https://caot.in1touch.org/document/6886/PIF%20Report_Address%20Addiction_2019.pdf

Česká asociace ergoterapeutů [online]. Praha, 2009 [cit. 2020-11-24]. Dostupné z: <http://www.ergoterapie.cz/>

ČESKÁ ASOCIACE PRO PSYCHOTERAPII. Certifikované výcviky. *Česká asociace pro psychoterapii* [online]. Praha: Česká asociace pro psychoterapii, 2022 [cit. 2022-04-19]. Dostupné z: <https://www.czap.cz/Certifikovane-vycviky?pg=2>

ČESKO. Zákon č. 96/2004 Sb. o nelékařských zdravotnických povoláních. In: Sbíрка zákonů ČR, 2004b, částka 30. Dostupný také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-96>

DEANGELIS, Tina a kol. Occupational Therapy Programming Facilitates Goal Attainment in a Community Work Rehabilitation Setting. *Journal of Psychosocial Rehabilitation and Mental Health* [online]. 2019, 6(1), 107-115 [cit. 2020-03-11]. DOI: 10.1007/s40737-018-00133-5. ISSN 21989834. Dostupné z: <https://link.springer.com/article/10.1007/s40737-018-00133-5>

HAGEDORN, Rosemary. *Foundation for Practice in Occupational Therapy*. New York: Churchill Livingstone, 1997. ISBN 978-0443052927.

HAGEN, Egon a kol. Measuring cognitive impairment in young adults with polysubstance use disorder with MoCA or BRIEF-A – The significance of psychiatric symptoms. *Journal of substance abuse treatment* [online]. PERGAMON-ELSEVIER SCIENCE, 2019, 22(1), 21-27 [cit. 2020-03-17]. DOI: 10.1016/j.jsat.2018.11.010. Dostupné z: [https://www.journalofsubstanceabusetreatment.com/article/S0740-5472\(18\)30418-5/pdf](https://www.journalofsubstanceabusetreatment.com/article/S0740-5472(18)30418-5/pdf)

HÁLOVÁ, Ivana. *Možnosti využití ergoterapie v léčbě lidí se syndromem závislosti na alkoholu. Podtitul: Na lůžkovém oddělení – ženy; oddělení pro léčbu závislosti*. 2008. Bakalářská práce. Univerzita Karlova, 1.lékařská fakulta, Klinika rehabilitačního lékařství. Vedoucí práce Mgr. Martin Prokeš

HANZLÍK, Kryštof. *Analýza systémů zajištění: dostupnosti adiktologických služeb v České republice* [online]. Praha: Úřad vlády České republiky, Odbor protidrogové politiky, Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, 2018 [cit. 2020-10-25]. ISBN 978-80-7440-227-2. Dostupné z: <https://www.rozvojadiktologickychsluzeb.cz/wp-content/uploads/2019/02/analyza-dostupnosti-adi-sluzeb.pdf>

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005. ISBN 978-80-262-0982-9.

INSTITUTE FOR SOLUTION-FOCUSED THERAPY. What is Solution-Focused Therapy? *Institute for Solution-Focused Therapy* [online]. Westminster, 2021 [cit. 2021-02-03]. Dostupné z: <https://solutionfocused.net/what-is-solution-focused-therapy/>

IROUŠKOVÁ, Darina. *Navrácení soběstačnosti u klientů se závislostí z pohledu ergoterapie*. 2014. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni, Katedra Fyzioterapie a ergoterapie. Vedoucí práce PhDr. Michaela Šrytrová

KALINA, Kamil. *Drogy a drogové závislosti 1: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6.

KALINA, Kamil a kol. *Drogy a drogové závislosti 2.: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6.

KALINA, Kamil a kol. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-4331-8

KALINA, Kamil. *Terapeutická komunita: Obecný model a jeho aplikace v léčbě závislostí*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2449-2.

KALINA, Kamil a kol. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-1411-0

KIEPEK, Niki. *Licit, Illicit, Prescribed: Substance Use and Occupational Therapy*. Ottawa: CAOT Publications ACE, 2016. ISBN 978-1-895437-93-5

KIEPEK, Niki, Brenda BEAGAN a Shanon PHELAN. Substance use to enhance occupational performance and experience: A critical interpretive synthesis. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional* [online]. 2019, 27(4), 843-857 [cit. 2021-01-10]. ISSN 25268910. Dostupné z: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2526-89102019000400843&lng=pt&nrm=iso&tlng=en

KIEPEK, Niki a Lilian MAGALHÃES. Addictions and impulse-control disorders as occupation: A selected literature review and synthesis. *Journal of Occupational Science* [online]. 2011, 18(3), 254–276 [cit. 2020-11-20]. ISSN 14427591. Dostupné z: <https://eds-a-ebSCOhost-com.ezproxy.is.cuni.cz/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=61f22636-f024-4645-977e-09881e082847%40sdc-v-sessmgr01>

KLINIKA ADIKTOLOGIE 1. LF UK A VFN V PRAZE. Adiktologie jako obor. *Klinika adiktologie* [online]. Praha: 1. LF UK, 2022 [cit. 2022-04-13]. Dostupné z: <https://www.adiktologie.cz/adiktologie-jako-obor-1>

KOHOUTOVÁ, Monika. *Ergoterapeutické přístupy a modely u psychosociálních dysfunkcí. Ergoterapeutický proces v psychiatrii*. [online]. 2013 Praha: Multimediální podpora výuky klinických a zdravotnických oborů: Portál 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy [cit. 2021-01-03]. Dostupné z: <https://portal.lfl.cuni.cz/clanek-631-ergoterapeuticke-pristupy-a-medely-psychosocialnich-dysfunkci-ergoterapeuticky-proces-v-psihiatrii>

KRIVOŠÍKOVÁ, Mária. *Úvod do ergoterapie*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-2699-1.

KULIŠŤÁK, Petr. *Neuropsychologie*. 2., aktualiz. a přeprac. vyd. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-891-3.

KYZEKOVÁ, Michaela. *Self-efficacy u pacientů s duální diagnózou v závěrečné fázi léčby v rámci psychiatrické hospitalizace*. Praha, 2021. Rigorózní práce. Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta, Katedra psychologie.

MAGILL, Molly a kol. The search for mechanisms of cognitive behavioral therapy for alcohol or other drug use disorders: A systematic review. *Behaviour Research and Therapy* [online]. Elsevier Science, 2020, **131** [cit. 2021-01-31]. Dostupné z: <https://www.sciencedirect-com.ezproxy.is.cuni.cz/science/article/pii/S0005796720300991>

MCCOMBIE, P. Randy a Janna L. STIRLING. Opioid Substance Abuse Among Occupational Therapy Clients. *Occupational Therapy in Mental Health* [online]. 2018, **34**(1), 49–60 [cit. 2020-03-11]. DOI: 10.1080/0164212X.2017.1360827. ISSN 15413101. Dostupné z: <https://www.tandfonline-com.ezproxy.is.cuni.cz/doi/full/10.1080/0164212X.2017.1360827>

Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN-10: desátá revize: aktualizovaná vydání k 1.1.2020 [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2019 [cit. 2021-12-11]. Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/>

MIOVSKÝ, Michal a kol. Koncepce sítě specializovaných adiktologických služeb v České republice. In: *Klinika adiktologie* [online]. Praha: Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze, 2013 [cit. 2020-10-28]. Dostupné z: <https://www.adiktologie.cz/file/375/koncepce-siti-blok-online.pdf>

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

MRAVČÍK, Viktor a kol. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2019* [online]. Praha: Úřad vlády České republiky, 2020 [cit. 2020-12-28]. ISBN 978-80-7440-254-8. Dostupné z: https://www.drogy-info.cz/data/obj_files/33369/1076/VZdrogy2019_v02.pdf

PARWATHA, W. Nyoman a kol. Association between family function and cigarette addiction in high school students. *Journal of Clinical and Cultural Psychiatry* [online]. 2020, **1**(1), 9-13 [cit. 2020-10-17]. Dostupné z: <http://jccp.indoscholar.com/index.php/jccp/article/view/7/4>

PLUHARÍKOVÁ POMAJZLOVÁ, Jana. *Modely a rámce vztahů užívané v práci s lidmi s psychosociálními obtížemi. Behaviorální, kognitivně-behaviorální a psychodynamický rámec vztahu*. [přednáška]. Praha: Klinika rehabilitačního lékařství 1.LF UK a VFN, 24. října 2019.

RIBEIRO, Jaime a kol. The intervention of occupational therapy in drug addiction: *A case study in the comunidade terapêutica clínica do outeiro – Portugal*. *Ciencia e Saude Coletiva* [online]. 2019, **24**(5), 1585–1596 [cit. 2020-03-11]. DOI: 10.1590/1413-81232018245.04452019. ISSN 16784561. Dostupné z: <http://eds.a.ebscohost.com.ezproxy.is.cuni.cz/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=17&sid=bb980266-b062-4bb9-a775-75be83f69823%40sdc-v-sessmgr02>

ROJO-MOTA, Gloria a kol. Loewenstein Occupational Therapy Cognitive Assessment to Evaluate People with Addictions. *Occupational therapy international* [online]. 2017, **2017**(2750328), 1-7 [cit. 2020-03-17]. DOI: 10.1155/2017/2750328. Dostupné z: <http://downloads.hindawi.com/journals/oti/2017/2750328.pdf>

RYBÁROVÁ, Andrea. *Ergoterapie v adiktologii. Podtitul: Role ergoterapeuta na ženském lůžkovém oddělení Kliniky adiktologie 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze*. 2019. Bakalářská práce. Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Klinika rehabilitačního lékařství 1. LF UK a VFN v Praze. Vedoucí práce Svěčená, Kateřina.

SCOFFIN, Wade a kol. Addressing Addiction. In: *CAOT ACE: Canadian Association of Occupational Therapists* [online]. Ottawa, 2019 [cit. 2020-03-24]. Dostupné z: https://www.caot.ca/document/6885/2019_Adressing_Addiction_SLIDES.pdf

SEKRETARIÁT RADY VLÁDY PRO KOORDINACI PROTIDROGOVÉ POLITIKY a SPOLEČNOST PRO NÁVYKOVÉ NEMOCI ČLS JEP. *Koncepce rozvoje adiktologických služeb* [online]. Praha: Úřad vlády České republiky, 2021 [cit. 2022-04-09]. ISBN 978-80-

7440-271-5. Dostupné z: https://www.vlada.cz/assets/ppov/protidrogova-politika/vyrocnizpravy/Koncepce_rozvoje_adiktologickyh_sluzeb_v20220103.pdf

SINGLE, Eric. Defining harm reduction. *Drug and Alcohol Review* [online]. 1995, **14**(3), 287-290 [cit. 2020-10-25]. Dostupné z: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/09595239500185371>

SVĚCENÁ, Kateřina a Petra SLÁDKOVÁ. Ergodiagnostika jako součást pracovní a sociální rehabilitace*. *Revizní a posudkové lékařství* [online]. 2019, **22**(3), 64-70 [cit. 2020-03-20]. ISSN 12143170. Dostupné z: <https://eds-a-ebSCOhost-com.ezproxy.is.cuni.cz/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=797e8992-caf2-48e1-b722-5a543a08c59a%40sdc-v-sessmgr02>

SVĚCENÁ, Kateřina a Zuzana RODOVÁ. *Ergoterapeut má svou roli nejen u klientů se závislostí na metamfetaminu!* [online]. 2020 Praha: Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze [cit. 2020-12-30]. Dostupné z: <https://at-konference.cz/wp-content/uploads/2020/12/svecena-k.-rodova-z.-ergoterapeut-ma-svou-rolu-nen-u-uzivatelu-metamfetaminu.pdf>

SVĚCENÁ, Kateřina a Zuzana RODOVÁ. Ergoterapeut v adiktologii – Kazuistická studie. *Adiktologie v preventivní a léčebné praxi* [online]. 2019, **2**(2), 130-135 [cit. 2020-05-24]. Dostupné z: <https://www.aplp.cz/ergoterapeut-v-adiktologii-kazuisticka-studie/>

SVOBODOVÁ, Karolína. *Syndrom CAN jako rizikový faktor rozvoje závislosti*. 2019. Bakalářská práce. Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Psychiatrická klinika 1. LF a VFN v Praze. Vedoucí práce Mgr. Pavlína Gabrhelíková, Ph.D.

SAWANT, Parag, a kol. Screening of Chronic Alcoholics for Cognitive Impairment Using Montreal Cognitive Assessment – Occupational Therapy Perspective. *Journal of health management* [online]. 2017, **19**(4), 634-648 [cit. 2020-03-17]. Dostupné z: <https://journals-sagepub-com.ezproxy.is.cuni.cz/doi/10.1177/0972063417727620>

SCHNITTEROVÁ, Klára. *Neuroplasticita a neurogeneze*. Olomouc, 2018. 45 stran. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd, Ústav fyzioterapie. Vedoucí bakalářské práce Mgr. Lucie Navrátilová

SY, Michael. Uncovering the lived experiences of Filipino drug recoverees towards occupational participation and justice through an interpretative phenomenological

analysis. *SCANDINAVIAN JOURNAL OF OCCUPATIONAL THERAPY* [online]. 2019 [cit. 2020-11-20]. ISSN 11038128. Dostupné z: <https://www-tandfonline-com.ezproxy.is.cuni.cz/doi/full/10.1080/11038128.2019.1642380>

SY, Michael a kol. The Role of Filipino Occupational Therapists in Substance Addiction and Rehabilitation: A Q-Methodology. *Occupational therapy in mental health* [online]. 2018, 2018, **34**(4), 367-388 [cit. 2020-03-17]. DOI: 10.1080/0164212X.2018.1446206. Dostupné z: <https://www-tandfonline-com.ezproxy.is.cuni.cz/doi/full/10.1080/0164212X.2018.1446206>

ŠŤASTNÁ, Klára. Role ergoterapeuta u poruchy užívání návykových látek: přehled literatury. *Informační bulletin ČAE* [online]. 2018, 2018, **11**(2), 32-35 [cit. 2020-03-17]. ISSN 1804-1558. Dostupné z: http://ergoterapie.cz/wp-content/uploads/2019/01/BULLETIN-2-2018_final.pdf

ŠVESTKOVÁ, Olga, SVĚCENÁ Kateřina a kol. *Ergoterapie: skripta pro studenty bakalářského oboru Ergoterapie na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy*. Praha: Univerzita Karlova, 1.lékařská fakulta, 2013. ISBN 978-80-260-4101-6.

UHL, George R. a kol. The neurobiology of addiction. *Annals of the New York Academy of Sciences* [online]. 2019, **1451**(1), 5-28 [cit. 2020-09-14]. DOI: 10.1111/nyas.13989. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6767400/>

URBANCOVÁ, Jana. *Využití ergoterapie při léčbě osob se závislostí*. 2015. Bakalářská práce. Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta, Katedra speciální pedagogiky. Vedoucí práce Šotolová, Eva.

VLASÁKOVÁ, Markéta. *Ergoterapie v adiktologii – vyšetřovací metody*. 2020. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni, Katedra Fyzioterapie a ergoterapie. Vedoucí práce Mgr. Kateřina Svěcená, Ph.D.

WASMUTH, Sally a kol. Occupation – Based Intervention for Addictive Disorders: A Systematic Review. *Journal of substance abuse treatment* [online]. PERGAMON-ELSEVIER SCIENCE, 2016, **62**(3), 1-9 [cit. 2020-03-17]. Dostupné z: <https://www-sciencedirect-com.ezproxy.is.cuni.cz/science/article/pii/S0740547215002950?via%3Dihub>

WILCOCK, Ann. *An Occupational Perspective of Health*. 3.vyd. Thorofare: SLACK Incorporated, 2015. ISBN 978-1617110870

WITKIEWITZ, Katie a kol. Mindfulness-based programs for substance use disorders: a systematic review of manualized treatments. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy* [online]. 2020, **15**(1), 1-37 [cit. 2021-01-31]. Dostupné z: <https://eds-a-ebSCOhost-com.ezproxy.is.cuni.cz/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&sid=7e95afd9-fd07-49a1-9484-1f4df56a2f68%40sessionmgr4007>

World Health Organization: Mental Disorders [online]. 2019 [cit. 2020-04-23]. Dostupné z: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorder>

Zákon č. 69/2004 Sb., Zákon o nelékařských zdravotnických povolání

ZOU, Z. a kol. Definition of Substance and Non-substance Addiction. *Substance and Non-substance Addiction: Advances in Experimental Medicine and Biology* [online]. Springer, Singapore, 2017, (1010), 22-41 [cit. 2020-08-24]. DOI: https://doi-org.ezproxy.is.cuni.cz/10.1007/978-981-10-5562-1_2. ISSN 978-981-10-5562-1. Dostupné z: https://link-springer-com.ezproxy.is.cuni.cz/chapter/10.1007/978-981-10-5562-1_2

7. PŘÍLOHY

7.1. Oslovení potencionálních ergoterapeutů

Dobrý den,

oslovuji Vás s prosbou o čas na rozhovor o práci s klienty s adiktologickou problematikou. Kontakt na Vás jsem získala z dotazníku vloni rozesílaném. Rozhovor provádí studentka (níže najdete více informací). Vše má velmi pěkně připravené. Jelikož o praxi v této oblasti existuje velmi málo informací – Vaše zapojení do rozhovoru může hodně pomoci informace získat.

Pokud o rozhovor máte zájem, prosím napište mě nebo přímo studentce.

Moc děkuji.

S přáním příjemného dne

Zuzana Rodová M.Sc. ergoterapeut

Dobrý den,

Jmenuji se Karolína Hieková a jsem studentkou 3.ročníku ergoterapie na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy. Momentálně pracuji na své bakalářské práci na téma – **Role ergoterapeuta v adiktologii** – a návrh mé praktické části je prozatím následující: v praktické části bych velice ráda zpracovala rozhovory s ergoterapeuty, kteří pracují s adiktologickou klientelou v různých typech zařízení. Mým záměrem je vytvořit srovnání, které by poskytlo náhled na práci ergoterapeutů v České republice právě s klienty, kteří se potýkají s různými typy závislostí. **Strukturovaný rozhovor by proběhl online formou** přes platformu **ZOOM** po předchozí domluvě na konkrétním datumu a času (v této komplikovanější době to považuji za nejvhodnější a nejefektivnější variantu, jak rozhovor uskutečnit). Rozhovor by byl nahráván z důvodu pozdějšího přepisu pro zpracování praktické části, ale následně smazán a v práci bude zachována anonymita ergoterapeuta i zařízení (typ zařízení bude pouze obecně specifikován). Byla bych velmi ráda, kdybych rozhovor mohla uskutečnit právě s Vámi.

S přáním krásného dne,

Karolína Hieková

3.ročník ergoterapie 1.LF UK

7.2. Scénář rozhovoru

Oblast zájmu	Otázky	Doplňující otázky
Obecné informace	<i>Jak dlouho máte v praxi oboru ergoterapie?</i>	<i>Jak dlouho pracujete s adiktologickými pacienty?</i>
	<i>Řekněte mi, jak jste se dostal(a) k práci ergoterapeuta s adiktologickými pacienty?</i>	<i>Pracujete jen s lidmi s adiktologickou problematikou? Jaká je nejčastější adiktologická porucha dle MKN 10, se kterou pracujete?</i>
	<i>Pracujete ve zdravotnických či sociálních službách?</i>	<i>O jaký typ zařízení se jedná konkrétně?</i>
Obecná role ergoterapeuta v adiktologii	<i>Jak vy osobně vnímáte roli ergoterapeuta v celém systému adiktologické péče?</i>	<i>Je podle Vás jeho využití dostatečné? Kde vidíte mezery v uplatnění ergoterapeuta v rámci systému adiktologické péče?</i>
Role ergoterapeuta v multidisciplinárním týmu	<i>Jaké je Vaše postavení v multidisciplinárním / interdisciplinárním týmu?</i>	<i>Jak ostatní členové multidisciplinárního týmu vnímají obor ergoterapie a roli ergoterapeuta právě na Vašem pracovišti? Jak Vás a Vaši roli vnímají pacienti, se kterými pracujete?</i>

	<i>Kdo všechno patří do multidisciplinárního týmu Vašeho pracoviště a jakým způsobem spolupracujete s dalšími specialisty v rámci týmu?</i>	<i>Setkáváte se v rámci multidisciplinárního týmu pravidelně a řešíte společně plány a cíle klientů?</i>
Ergoterapeutické metody a přístupy využívané u této problematiky	<i>Jaké konkrétní ergoterapeutické přístupy využíváte v rámci Vaší praxe u těchto pacientů?</i>	<i>Proč právě tato?</i>
	<i>Jaká standardizovaná hodnocení používáte u těchto pacientů?</i>	<i>Proč právě tato?</i>
Ergoterapeutická intervence	<i>Kde / v jaké oblasti vidíte jako ergoterapeut největší problém při léčbě závislostí?</i>	
	<i>Jakých oblastí se nejčastěji týkají intervence s pacienty?</i>	<i>Jaké jsou nejčastější cíle Vašich pacientů?</i>
	<i>Využíváte u adiktologických pacientů častěji individuální nebo skupinovou intervenci?</i>	<i>Z jakého důvodu právě tuto?</i>
	<i>Jak moc bývá spolupráce s klientem intenzivní v rámci pobytu, programu, či obecně – jak dlouhá je tedy Vaše spolupráce?</i>	<i>Jak často pracujete se stejným pacientem?</i>