

Univerzita Karlova

1. lékařská fakulta

Studijní program: Ergoterapie pro dospělé



Bc. Lucie Dvořáková

Možnosti ergoterapie v posilování motivace a vůle u lidí s psychotickým onemocněním

Possibilities of Strengthening Motivation and Volition of People with Psychotic Disorders in Occupational Therapy

Diplomová práce

Vedoucí závěrečné práce: Mgr. Jana Pluhaříková Pomajzlová

Praha, 2023

PODĚKOVÁNÍ

Chtěla bych poděkovat vedoucí diplomové paní Magistře Pluhařikové Pomajzlové za vedení, cenné poznámky, odborné připomínky a podněty.

Dále bych chtěla poděkovat ergoterapeutce, Květě Myslivcové, která mi umožnila absolvovat odbornou praxi na pracovišti Psychiatrické nemocnice Horní Beřkovice a své znalosti si prakticky ověřit. Dále centru Bona o.p.s. a celé pobočce Jedna Bedna, za umožnění stáže na pracovišti.

Velké poděkování patří také všem klientům, kteří byli ochotní se mnou spolupracovat.

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, 29. 11. 2023

Jméno a příjmení: **Lucie Dvořáková**

podpis studenta:

IDENTIFIKAČNÍ ZÁZNAM:

Dvořáková, Lucie. *Možnosti ergoterapie v posilování motivace a vůle u lidí s psychotickým onemocněním. [Possibilities of Strengthening Motivation and Volition of People with Psychotic Disorders in Occupational Therapy]*. Praha, 2023. 206 s., 7 příloh. Diplomová práce (Mgr.). Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Klinika rehabilitačního lékařství. Vedoucí diplomové práce Mgr. Jana Pluhaříková Pomajzlová.

ABSTRAKT

Diplomová práce se zabývá možnostmi ovlivnění motivace a vůle u pacientů s psychotickým onemocněním v ergoterapii. Cílem práce je překlad Dotazníku vůle a ověření jeho zavedení do českého kulturního prostředí.

Teoretická část řeší jednotlivé teorie motivace a vůle ve vztahu k ergoterapii, zabývá se v první řadě faktory vytvářející jedinečný kontext motivace a vůle jedince a stejně tak i možnostmi, jak tento kontext ovlivnit. Rozebírá motivaci a vůli jedince s psychotickým onemocněním. Závěr teoretické části je věnován samotnému Modelu lidského zaměstnávání, Dotazníku vůle a následnému Remotivačnímu procesu.

Praktická část řeší problematiku zpětného překladu Dotazníku vůle a jeho zavedení do českého prostředí. Dotazník je hodnocen autorkou v předem stanovených oblastech, je srovnáno jeho využití ve zdravotní a komunitní službě, pomocným nástrojem jsou i terénní poznámky vedené během testování dotazníku. Ten byl vyzkoušen na 29 probandech, z toho u čtyř opakovaně.

Závěr praktické části vyhodnocuje Dotazník vůle jako výhodný nástroj pro zavedení do českého kulturního prostředí s dobrou využitelností pro následnou intervenci u pacientů s psychotickým onemocněním. Zmiňuje ale určité limitace, například v podobě absence kompletního překladu navazujícího Remotivačního procesu. Zároveň nastiňuje další možné postupy pro získání dat pro ověření validity a reliability dotazníku v českém prostředí.

Klíčová slova

Psychotická onemocnění, motivace a vůle, Model lidského zaměstnávání, Dotazník vůle

ABSTRACT

The thesis deals with the possibilities of influencing motivation and volition in patients with psychotic illness in occupational therapy. The aim of the thesis is to translate the Volitional Questionnaire and to verify its implementation in the Czech cultural environment.

The theoretical part deals with the different theories of motivation and will in relation to occupational therapy, it primarily concentrates on the factors that create unique context of motivation and volition of an individual, as well as the possibilities to influence this context. The part further discusses the motivation and volition of the individual with psychotic illness. The theoretical section concludes with the Model of Human Occupation itself, the Volitional Questionnaire and the subsequent Remotivation Process.

The practical part deals with the issue of back-translation of the Volitional Questionnaire and its implementation in the Czech environment. The questionnaire is evaluated by the author in predetermined areas, its use in health and community services is compared, and field notes taken during the testing of the questionnaire are also considered. The questionnaire was tested on 29 probands, on four of them repeatedly.

The conclusion of the practical part evaluates the Volitional Questionnaire as an advantageous tool for introduction into the Czech cultural environment with good applicability for follow-up intervention in patients with psychotic illness. However, the conclusion also mentions some limitations, for example the lack of translation of the follow-up Remotivation Process. At the same time, it outlines other possible procedures for obtaining data to verify the validity and reliability of the questionnaire in the Czech environment.

Key words

Psychotic Illness, Motivation and Volition, Model of Human Occupation, Volitional Questionnaire

Obsah

1. ÚVOD.....	1
2. TEORETICKÁ ČÁST	4
2.1 Motivace a vůle	4
2.1.1 Pojetí motivace a vůle	4
2.1.2 Neurokognitivní podklad motivace a vůle	7
2.1.3 Psychologické aspekty motivace a vůle	7
2.2 Teorie motivace a vůle.....	10
2.2.1 Základní teorie motivace a vůle.....	10
2.2.2 Teorie motivace a vůle využívané v ergoterapii.....	11
2.2.3 Aspekty ovlivňující motivaci a vůli.....	14
2.3 Psychotická onemocnění.....	16
2.3.1 Schizofrenie	17
2.3.2 Symptomy schizofrenie.....	19
2.3.3 Klasifikace onemocnění	20
2.4 Dopady schizofrenie.....	22
2.4.1 Obtíže osob se schizofrenií v běžném životě.....	22
2.4.2 Zotavení.....	23
2.5 Psychosociální rehabilitace a motivace a vůle.....	24
2.5.1 Možnosti hodnocení motivace a vůle.....	25
2.5.2 Možnosti ovlivnění motivace a vůle	26
2.6 Model lidského zaměstnávání.....	28
2.6.1 Popis modelu	28
2.6.2 Subsystem vůle	30
2.7 Dotazník vůle (VQ).....	32
2.7.1 Popis nástroje a jeho vývoj.....	33
2.7.2 Hodnocené položky.....	34
2.7.3 Způsob hodnocení.....	37
2.8 Remotivační proces.....	38
2.8.1 Popis procesu	38
2.8.2 Jednotlivé fáze procesu	39
2.8.3 Využití u pacientů s psychotickým onemocněním	40

2.9 Shrnutí.....	41
3. PRAKTICKÁ ČÁST	43
3.1 Cíle práce	43
3.2 Metodologie diplomové práce.....	44
3.2.1 Překlad Dotazníku vůle	45
3.2.2 Cílová skupina, místo sběru dat.....	47
3.2.3 Metody zpracování a analýzy dat	50
3.2.4 Průběh realizace praktické části.....	51
3.3 Výsledky	52
3.3.1 Administrace dotazníku.....	52
3.3.2 Analýza terénních poznámek.....	54
3.4 Výsledky pacientů.....	55
3.5 Vyhodnocení hypotéz.....	58
4. DISKUZE.....	62
5. ZÁVĚR.....	73
6. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	75
7. SEZNAM ZKRATEK.....	87
8. SEZNAM OBRÁZKŮ, GRAFŮ, TABULEK.....	88
8.1 Seznam obrázků.....	88
8.2 Seznam grafů	88
8.3 Seznam tabulek.....	88
9. PŘÍLOHY	89
9.1 Terénní deník.....	89
9.1.1 Psychiatrická Nemocnice Horní Beřkovice.....	89
9.1.2 Bona o.p.s. Jedna Bedna.....	90
9.2 Informovaný souhlas pacienta.....	92
9.3 Žádost o umožnění výzkumu – Horní Beřkovice.....	93
9.4 Smlouva - Psychiatrická nemocnice Horní Beřkovice.....	97
9.5 Smlouva – BONA, o.p.s.....	104
9.6 Dotazník vůle (pouze v tištěné formě).....	108
9.7 Remotivační proces – Kapitola 6 a 7 (pouze v tištěné formě).....	160

1. Úvod

Psychotická onemocnění neboli poruchy duševní a poruchy chování, z nichž nejčastější je schizofrenie, postihuje odhadem 1 % jedinců v populaci a patří mezi 10 nejčastějších onemocnění vedoucích k trvalé invaliditě (Svoboda, Češková a Kučerová, 2012). V rámci psychotických onemocnění je vždy přítomna psychóza, která tato onemocnění doprovází.

Psychotická onemocnění zahrnují akutní psychotické poruchy, závažné afektivní poruchy, schizoafektivní stavy, schizoformní poruchy a schizofrenii. Právě se schizofrenií se v ergoterapeutické praxi setkáváme nejčastěji. Etiopatogeneze onemocnění se skládá z biologických a psychosociálních faktorů (Pěč a Probstová, 2009). Odhadem 47 % pacientů trpící schizofrenií zároveň trpí poruchou z oblasti návykových látek (Kavanagh et al., 2002). Vůle je nezbytným předpokladem v terapii pacientů s psychotickým onemocněním, jelikož napomáhá zvládnutí stresu a částečně koreluje s psychopatologií onemocnění. Poruchy motivace a vůle jsou možným negativním symptomem v diagnostice schizofrenie (Praško, 2005). Motivace je považována za klíčovou v rámci klinické praxe v ergoterapii (Kielhofner, 2009, Pentland et al., 2018).

Přístup k motivaci a vůli jedince není zcela jednotný, jelikož se vyvíjel napříč různými obory současně. Proto existuje několik rozdílných teorií motivace a vůle, stejně jako způsobů dělení motivace. Nejčastěji užívaným dělením motivace v ergoterapii je dualistické dělení (Taylor, 2017). To zmiňuje motivaci intrinsickou a extrinsickou, tedy motivaci vnitřní a vnější (Deci a Ryan, 2000). Teorie motivace, o které se ergoterapie v dnešní době nejvíce opírá, jsou především Teorie naučené bezmocnosti, Sebedeterminační teorie a Dynamické systémové teorie. Z těch vychází i Model lidského zaměstnávání (dále MOHO), který je jedním z nejznámějších a nejpoužívanějších v ergoterapeutické praxi. Model se zabývá motivací k jednání, vzory zaměstnávání, subjektivní dimenzí výkonu a vlivem prostředí na zaměstnávání (Kielhofer, 2002, Taylor, 2017).

Motivace a vůle má velmi široké pole neuro – kognitivních základů. Jedná se o komplexní děj, který probíhá v motorických i sensorických oblastech mozku, zasahuje subkortikální obvody a jakožto dominantu exekutivních funkcí především frontální lalok mozku (Haggard, 2019). Nejedná se o reflexivní děj, ale o interní proces. Motivace a vůle jedince jsou z velké části ovlivněny mikro realitou jedince, kterou prožívá a jeho životním příběhem (Taylor, 2017). Z toho důvodu je vhodné zakládat její hodnocení na pozorování pacienta a prostředí a jejich dynamického propojení. To splňuje Dotazník vůle, který je součástí

nástrojů konceptu MOHO. Dotazník vůle je klíčovým nástrojem pro navazující Remotivační proces, kterým terapeut pacienta provází a nabízí terapeutovi náhled na motivaci a vůli jedince v každé úrovni jeho cesty. Krivošíková (2011) uvádí, že samotné hodnocení psychosociálních funkcí, do kterých motivace spadá, není pro terapeuta jednoduché, oproti hodnocení například funkcím senzomotorických či kognitivních. Výhodou dotazníku oproti jiným nástrojům je pozorování pacienta v činnosti v různém prostředí bez nutnosti standardizovaného prostředí a činnosti. Dotazník je tedy využitelný i u pacientů s kognitivním či verbálním deficitem.

Poruchy motivace a vůle u osob s psychotickým onemocněním mají zásadní dopad v oblasti všedních denních činností (ADL), instrumentálních denních činností (iADL) i sociální participaci (American Occupational Therapy Association, 2014). Dle Krivošíkové (2011) je právě správně a důkladně provedené hodnocení pro ergoterapeuta důležité pro další terapeutické rozhodování. Ukazuje se, že organizace a kvalita terapeutické péče mohou být důležitější než absolutní počet hodin terapie (ESO, 2008).

Teoretická část diplomové práce poskytuje informace o motivaci a vůli, jejím neurokognitivním podkladu, teoriích motivace a vůle využívaných v ergoterapii spolu s možnostmi posuzování a ovlivnění motivace a vůle u pacientů s psychotickým onemocněním. Rozebírá jednotlivé faktory, které mohou ovlivňovat motivaci a vůli a snaží se tak nabízet východiska pro lepší pochopení jedinečného kontextu motivace a vůle jedince. Tomu se věnuje i Model lidského zaměstnávání. Ten popisuje jako jeden ze svých nástrojů Remotivační proces a zaměřuje se na Dotazník vůle, který je nejen prvním krokem pro zahájení intervence, ale i průvodcem dalšími terapiemi.

V praktické části je řešen překlad Dotazníku vůle metodou zpětného překladu a možnosti jeho adaptace do českého kulturního prostředí. Následně jsou stanoveny hodnocené oblasti k pozorování během ověření překladu na cílové skupině pacientů s psychotickým onemocněním a porovnány možnosti zavedení do českého prostředí ve zdravotních a komunitních službách.

Téma motivace a vůle je sice diskutováno mezi terapeuty, ale chybí možnosti jejího hodnocení a informace k podpoře rozvoje motivace a vůle pacienta. Jednou z charakteristik ergoterapie je dle Jelínkové et al. (2009) to, že se specificky zaměřuje na provádění činností, jež osoba považuje za užitečné nebo smysluplné. Motivace a vůle jedince funguje v dynamickém propojení jedince a prostředí, přičemž všechny aspekty prostředí mohou být buď příležitostí nebo bariérou pro výkon smysluplné činnosti (Taylor, 2017). Rehabilitace motivace

a vůle u klientů má důležitý význam v ergoterapii, stejně jako ergoterapie nabízí nezastupitelný pohled v remotivaci klientů (Pentland et al., 2018). Zavedení hodnocení k pochopení kontextu motivace a vůle jedince a jejího ovlivnění pro českou populaci proto bude velmi přínosné.

2. Teoretická část

2.1 Motivace a vůle

2.1.1 Pojetí motivace a vůle

Motivace byla studována psychology již od počátku 20. století, kdy prvním výzkumným cílem bylo zjistit důvod, proč lidé pracují a věnují se jednotlivým činnostem (Deci a Ryan, 1985). Zároveň ale v hledání pramenů motivace je možné jít zpět až k řeckým filozofům se zaměřením na koncept hedonismu jako hlavního principu pohánějícího lidské jednání (Steers et al., 2004). Motivace chování byla tehdy chápána především jako chování jedince zaměřené na potěšení a vyhýbající se bolesti. Tento koncept byl dále rozveden filozofy v 17. a 18. století jako například Lockem, Benthamem či Millem (Steers et al., 2004). Během devatenáctého století se problematika motivace začala přesouvat z filosofie do nově vznikajícího oboru psychologie.

Lidský život se skládá z nepřetržitého toku činností. Kromě nekonečné variability činností a projevů, které ovlivňují sociální a fyzické prostředí, má také více skrytou část ve formě duševní aktivity. Jedná se o samotné prožívání, vnímání, myšlení, cítění a vytváření představ (Heckhausen, 2018). Tyto mentální aktivity jsou přímou součástí procesu i přes to, že nejsou viditelné pro ostatní a neovlivňují prostředí, ačkoliv jím jsou samy ovlivnitelné. I to je důvodem, proč neexistuje jednotná definice motivace. Samotné slovo motivace vychází z latinského „movere“, tedy hýbat, hýbatí. V dnešní době je často zmiňována definice od Zimbarda a Gerriga (2008, s. 414), kteří označují motivaci jako „*obecný pojem pro všechny procesy, které slouží iniciování, usměrňování a udržování fyzických a psychických aktivit*“. Tato definice je ale považována za velmi obecnou, jelikož k samotnému udržování fyzických i psychických potřeb slouží i samotné metabolické procesy. Proto je možné definici upřesnit konstatováním Pucy a Langense, že právě motivy a pohnutky ovlivňují to, jaké cíle a stavy budou přednostně nebo společně sledovány, ale zároveň i s jakou intenzitou či trváním se tak stane (Boyle et al., 2008).

Nejednotnosti v přístupu k motivaci napomáhá i fakt, že byla souběžně zkoumána různými obory, především psychologii, filozofií a biologií (Chýlová et al., 2012). Psychologie motivace se konkrétně zabývá činnostmi, které odrážejí snahu dosáhnout určitého cíle a v této funkční formě vytváří smysluplnou jednotku chování. Výzkum motivace se snaží objasnit tyto jednotky chování z hlediska jejich významu a způsobu, v angličtině označovaných termíny „whys“ a „hows“, tedy všemi „proč“ a „jak“ (Heckhausen, 2018). Nakonečný (2014, s. 396)

na základě tvrzení psychologů 20. století vymezuje motivaci jako „proces, v němž se utváří vnitřní determinace cíle, síly a trvání chování. To jsou základní parametry motivace chování, jehož průběh a způsob vyjádřený určitým vzorcem je determinován kognitivními procesy.“ Zároveň ale sám upozorňuje na fakt, že v dnešní době neexistuje jednotná definice a forma pojetí motivace. Pro její lepší pochopení budou uvedeny hlavní koncepty, na jejichž základě se chápání motivace dostalo až k dnešnímu pojetí a umožnilo náhled pro práci s ní i ergoterapii.

Nakonečný (2014) konstatuje, že problém motivace lidského chování je velmi komplexní, ale je klíčem k pochopení lidské psychiky, neboť ta, jako více či méně vědomě zaměřená činnost, dává lidským činům jejich individuální smysl. Proto je studium motivace klíčem k psychologickému porozumění člověku. Právě motivace prostupuje celou psychikou jedince a dává kognitivním procesům, jako je myšlení, vnímání i imaginace obsah i směr průběhu. Z toho vyplývá, že motivace sama o sobě je „základním činitelem vnitřní psychické dynamiky, nikoli jen usměrnění lidského chování“ (Nakonečný, 2014).

V rámci definice pojmu motivace je potřeba přiblížit i pojmy s motivací a motivačním procesem spojené. Klíčové termíny motivace dle Nakonečného (2015) jsou uvedeny v tabulce 2.1.

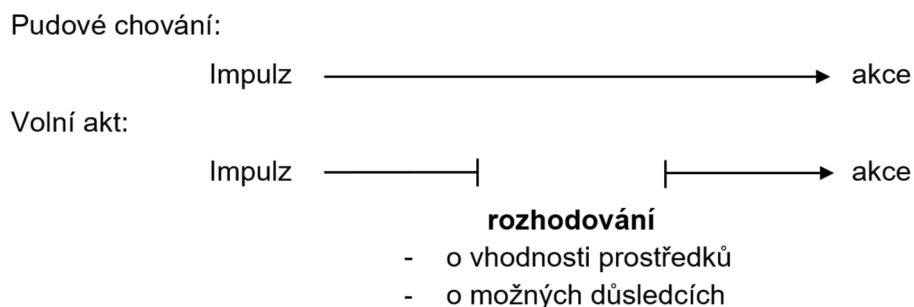
Motivace	Proces „cílově zaměřeného chování“, činitel, který dává chování směr, intenzitu a trvání
Motiv	Samotná příčina motivovaného chování
Potřeba	Výchozí motivační stav vyjadřující nějaký nedostatek v biologickém či sociálním bytí jedince
Dovršující reakce	Konečná fáze procesu motivace, dochází k naplňování potřeby
Cílový objekt	Objekt ve vnějším světě, který je zdrojem motivovaného chování
Cílový stav	Dosažení uspokojení a tím redukce výchozího motivačního stavu
Incentiva	Aspekt(y) cílového objektu, které jej činí žádoucím a tím motivují k dosažení cílového stavu

Tabulka 2.1 – Klíčové termíny motivace

Motivy lze ještě rozdělit do dvou skupin, a to na biologické motivy a sociální motivy. Mezi biologické patří základní motivy jako hlad, žízeň, spánek, sex, teplota, potřeba činnosti a vyměšování. Mezi sociální motivy řadíme potřebu vynikat (úspěch), sdružování, autonomii, potřebu pečovat o druhé a potřebu dominance, pořádku a hry (Ayers a De Visser 2015).

Vůle

Vůle je navazujícím jednáním na motivační procesy, jelikož vývoj motivačních systémů probíhá od pudové regulace chování k volní regulaci chování (Nakonečný, 2015). Zatímco pudově motivované chování probíhá od pudového impulsu k samotnému jednání, volní jednání obsahuje individuální vhléd jedince a jeho zkušeností – jde tedy o rozhodnutí. V rámci novějších teorií motivace dochází k oddělení motivace a volního jednání. Tím se zabývá i německý psycholog Heckhausen, který společně s J. Kuhlem vytvořil model „Rubikon“, založený právě na rozhodování v rámci volního procesu – říká, že ve volním procesu se již na rozdíl od motivační fáze jednání silně uplatňují kognitivní procesy (Heckhausen, 2018). Důležitou částí je tedy rozhodnutí k akci a poté reflexe toho, co bylo vykonáno. Vysvětlení rozdílu mezi pudovým a volním jednáním nabízí schéma 2.1 (Nakonečný, 2015).



Obrázek 2.1 – Schéma pudového chování a volního aktu (převzato z NAKONEČNÝ, Milan. *Obecná psychologie*. Praha: Stanislav Juhaňák – Triton, 2015. ISBN 978-80-7387-929-7.)

Je možné konstatovat, že motivace nabízí pohled na to, proč toužíme dosáhnout určitých cílů a vůle se již ptá, jak je jich možné dosáhnout (Heckhausen, 2008). Kielhofner (2008) popisuje vůli jako „*motivaci k výkonu činnosti*“. De las Heras et al. (2019) v rámci popisu Remotivačního procesu charakterizuje vůli jako myšlenky a pocity, které máme sami o sobě v rámci běžných denních činností a které se vyvíjejí v rámci kontinuálního procesu interpretace zkušeností a výběru aktivit a participace v nich.

2.1.2 Neurokognitivní podklad motivace a vůle

Motivace a vůle jsou komplexním procesem. Proto i oblasti mozku, ve kterých motivace a vůle vzniká, nejsou přesně vázány k jednomu místu, ale jedná se naopak o spleť systém několika spolupracujících částí. V první polovině 20. století proběhly první pokusy o lokalizaci centra motivace v mozku. C. T. Morgan (1943) využíval pojem „*centrální motivační stav*“ v rámci kterého se snažil o nalezení centra motivace. V této době byla motivace na základě behaviorismu vysvětlována především její pudovou složkou. Proto se její centrum v té době lokalizovalo do mozkového kmene a hypothalamu. Důležitou roli hypothalamu popisuje i Herbert et al. (2013). Zároveň je dnes ale již známo, že do volního procesu a dále i do biologických základů motivace pudového jednání jsou zapojeny vyšší kognitivní funkce, a tak i přes funkční centra v podkorových oblastech jsou do procesu motivace a vůle zapojeny procesy probíhající v mozkové kůře. Očekává se tedy, že u neurokognitivního podkladu motivace a vůle se zároveň bude popis pohybovat v oblasti ostatní asociační kůry telencefala, která zodpovídá za motivaci k aktivnímu jednání a prefrontální dorzolaterální kůry telencefala, která zodpovídá za řízení činnosti spolu s amygdalou, jenž integruje vybrané prožitky a motivační vzorce s emočním nábojem a dodává jim motivační sílu (Höschl et al., 2004, Haggard, 2018).

Jedná se o komplexní děj, který probíhá v motorických i senzorických oblastech mozku, zasahuje subkortikální obvody a jakožto dominanta exekutivních funkcí především frontální lalok mozku (Haggard, 2019). Jak již ale bylo zmíněno, jde především o spolupráci jednotlivých částí mozku spíše než o poukázání na jednu konkrétní oblast a její samostatnou práci (Zhu, 2004).

2.1.3 Psychologické aspekty motivace a vůle

Některé základní pojmy vztahující se k motivačnímu procesu, jako například motiv či potřeba, byly popsány v části definice motivace a vůle a nyní budou doplněny o další pojmy vztahující se k psychologickým aspektům motivace a vůle.

Kauzální atribuce

Kauzální atribuce je dalším důležitým jevem motivace, jelikož se jedná o připisování příčin vlastním úspěchům nebo neúspěchům, což pak dále ovlivňuje vývoj motivace výkonu (Nakonečný, 2015). Kauzalitu můžeme rozlišit na interní a externí, tedy zdali jedinec příčinu připisuje sám sobě nebo okolnímu světu (Schultz 1982, Nakonečný 2015). To, jakým způsobem

jedinec vnímá kauzální atribuci činů později spoluutváří jeho sebevědomí a pohled na svět – interní pozitivní atribuce vyvolávají důvěru a radost, zatímco negativní strach a nejistotu. S tím souvisí i úroveň aspirace, která vyjadřuje míru nároků, které si jedinec sám na sebe klade (Heckhausen, 2018).

Emoce

V neuroanatomickém podkladu motivace zároveň bylo zmíněno propojení motivace s amygdalou, zodpovědnou za prožívání emocí. I z pohledu psychologie se v nových poznacích zvyrazňuje propojení motivace s emocemi. Emoce vystupují při vzniku motivace i při jejím ukončení a ovlivňují další chování (Nakonečný, 2014). O emocích mluví intrapsychická podstata motivace, ve chvíli, kdy jsou součástí motivace city, jedná se především o jejich intrapsychickou dimenzi. O tom mluví i jeden z obecných principů motivace – princip hédonismu, tedy že jednání směřuje k maximalizaci příjemného a minimalizaci nepříjemného (Nakonečný, 2014).

Za biologický podklad motivace je považována homeostáza, tedy tendence živých bytostí udržovat stálé vnitřní prostředí. Například žízeň je pocit narušeného zásobování organismu vodou. Na tento pocit reaguje centrum v hypothalamu a signály vedou nejen k pudovému jednání, ale zasahují i vyšší korová centra se snahou zajistit či připravit nápoj (Ferrario et al., 2016). Zároveň rozlišujeme teorie motivace vycházející právě z homeostázy (Heckhausen, 2018).

V části definice motivace již byla zmíněna inscentiva motivace. Pojem inscentivní motivace byl zaveden psycholožkou S. Noem Hoeksemovou (2012) jako atraktivně působící vnější podněty. Společným jmenovatelem pro inscentivní motivaci je dopaminový systém, který hraje výraznou roli i v problematice psychotických onemocnění, která bude dále popsána. Inscentivní motivace zároveň často stojí za závislostním jednáním (Nakonečný, 2015).

Dělení motivace

Z výše popsaného je již vidět, že motivace je stěží jednotným fenoménem. Lidé mají nejen různou úroveň motivace, ale i jednotlivé motivy a tím se typy motivace mohou velmi lišit, stejně jako prostředí a životní aspekty, které je ovlivňují. Obecně uznávané dělení vychází ze dvou směrů – z dualismu a multifaktoriální teorie (Reiss, 2012). Z dualismu vycházející základní dělení rozlišuje motivaci intrinsickou a extrinsickou (vnitřní a vnější). Dále je možné se setkat s dělením na motivaci vědomou a nevědomou, endogenní a exogenní, či primární

a sekundární motivační systémy (Nakonečný, 2014). Právě dělení na motivaci intrinsickou a extrinsickou patří mezi základní dělení motivace (Ryan a Deci, 2000). Hlavním rozdílem je, že u intrinsické motivace jedinec něco dělá, protože je to pro něj zajímavé a zábavné, zatímco u extrinsické motivace je činnost nejčastěji pobízena další osobou (Ryan a Deci, 2000). Pojem intrinsické motivace byl zaveden v roce 1918 R.S. Woodworthem. Nakonečný (2014) považuje toto dělení za zavádějící, jelikož veškerá motivace, jak již bylo popsáno, probíhá intrapsychicky. S tím souhlasí i Ryan a Deci (2000), kteří říkají, že ačkoliv je v literatuře extrinsická motivace považována za „chudší“ s ohledem na vnější motivy, je možné nalézt i typy vnější motivace, které představují aktivní, agentní stavy. Základním rozdílem je dle nich pocit dobrovolnosti oproti pocitu povinnosti v rámci dané aktivity. Tento pohled je více rozveden v modelu Social determination theory (dále SDT) (Ryan a Decci, 2000).

Multifaktoriální teorie se naopak orientují podle samotných motivů a rozeznávají i geneticky předurčené odlišné motivy jako je např. sex, zvědavost či žízeň a další (Reiss, 2012). Mimo rozdělení motivace je tedy důležité rozlišovat i samotné motivy chování, mezi kterými je možné si představit např. motiv nasycení, výkonu či sdružování, liší se tedy svým obsahem (Nakonečný, 2014). Zároveň je možné a vhodné rozlišit mezi motivy biogenními, jako jsou hlad nebo žízeň, a sociogenními motivy, jako jsou připojení se, moc, výkon – jak zmiňují Puca a Langens v rámci specifikovaných jaderných vět o motivaci (Nakonečný, 2014)

Jak je vidět, důležitou otázkou během budování teorie motivace a jejího dělení bylo, zdali motivaci vyvolávají vnitřní potřeby nebo vnější cíle. V zásadě jde o rozlišení motivů, které přitahují a motivů, které postrkují (Chýlová et al, 2012). Je také zřejmé, zejména v následujícím popisu teorií motivace, že někteří autoři upřednostňují spíše jeden druh popisu a jiní zase ten druhý. Při bližším zaměření lze ale konstatovat, že během rozlišování motivace vnitřními potřebami a vnějšími cíli jde ve výsledku jen o úhel pohledu (Chýlová et al., 2012). V teoriích motivace využívaných v ergoterapii se autoři přiklánějí k podkladu intrinsické motivace (Doble, 1988, Wu et al., 2000), proto pro účely této práce bude dále využíváno především dualistické dělení.

Intrinsická – vnitřní motivace

Zřejmě žádný jiný fenomén nereflektuje tak dobře lidskou přirozenost jako vnitřní motivace. Jedná se o nekonečnou tendenci vyhledávat výzvy, rozšiřovat kapacitu a objevovat. Tento princip je klíčový pro další rozvoj a učení (Deci a Ryan, 2000). I přes to, že lidé jsou vybaveni touto vnitřní silou, ukazuje se, že existuje mnoho aspektů, které ji mohou ovlivnit.

Jedná se o možné podporující podmínky anebo naopak prostředí, které působí opačným způsobem (Deci a Ryan, 2000).

2.2 Teorie motivace a vůle

2.2.1 Základní teorie motivace a vůle

Postupem století se motivace rozvíjela různými směry. Z těch poté vychází i několik hlavních teorií motivace promítajících se v problematice psychotických onemocnění, které jsou zároveň důležitými v rozvoji Modelu lidského zaměstnávání, který bude dále popsán.

Teorie motivace nejsou zcela jednotné i z toho důvodu, že se rozvíjely v podobném čase v různých oborech – psychologii, filosofii i biologii (Chýlová et al., 2012). I přes některé pokusy začátkem minulého století popřít potřebu zkoumání motivace, kdy nejdále došel H. Heckhausen v roce 1985 (Nakonečný, 2014), se potřeba věnovat se motivaci na akademické úrovni ukotvila nejdříve v oblasti psychologie a posléze během druhé poloviny 20. století i v oblasti ergoterapie (Kielhofner, 2009).

Metodologickým problémem zkoumání motivace byla často otázka, zdali jsou procesy s ní vrozené či získané. Chýlová, Rymešová a Kolman (2012, s. 74) říkají, že „*V průběhu dvacátého století byly nalézány další a další doklady o tom, jak je lidské chování ovlivňováno dědičnou informací, ne vždy je však snadné vrozené a naučené jasně a jednoznačně odlišit.*“ Právě tento aspekt přispívá k nejednotnému přístupu k motivaci a vůli samotné. Vzhledem k rozsahu jednotlivých přístupů k motivaci a vůli jsou popsány stěžejní teorie ve vztahu k tématu práce v tabulce 2.2. Vybrané teorie budou dále rozebrány.

TEORIE	AUTOR	ZÁKLADNÍ POJMY	EMPIRICKÉ TĚŽIŠTĚ	ZÁKLADNÍ PRINCIP CHOVÁNÍ
Psychoanalitická	S. Freud (1900 - 1920)	Id, ego, superego, pud, princip slasti, princip reality	Neurózy, sny, obrana, chybné úkony, nevědomí	Redukce instinktivního nutkání
Behavioristická	Pavlov, Skinner, Hull, Spence, Dollar, Miller (1930 - 1950)	Drive, habit, inscentiva, redukce popudu (drivu), anticipační cílová odpověď	Deprivační vlivy na intenzitu chování a rezistenci k vyhasínání, podmiňování bolestivých reakcí, sekundární drivy	Redukce interní stimulace ("drive stimuli")
Sociálního učení	J. B. Rotter (1955 - 1975)	Exspektance, generalizovaná exspektance, "lokus kontroly"	Změna expektancí a jejich generalizace, hledání a využití informací	Uspokojení potřeb
Výkon	Atkinson, McClelland (1950 - 1970)	Motiv, exspektance, incentiva, emoční anticipace, tendence	Persistence ve výkonových úkolech, preference rizika, úroveň aspirace	Indukce pozitivních a redukce negativních emocí
Topologická	K. Lewin (1920 - 1940)	Tenze, valence, životní prostor, psychologická distance	Návrat k nedokončeným úkolům, substitute, úroveň aspirace, konflikt	Ustanovení ekvilibria mezi regiony pole
Atribuce	Heider, Kelley, Werner (1960)	Atribuce kauzality, schémata, dimenze exspektance, afekt	Kauzální inference, změny expektance, interpersonální reakce	Získání informace
Humanistická	Maslow, Rogers (1950 - 1970)	Pozitivní sebepojetí, sebeaktualizace, hodnoty	Diskrepance ego - ideál, otevřenost zkušenosti, seberealizující se zkušenost	Sebeaktualizace, evaluace

Tabulka 2.2 – Přehled teorií motivace 20. století (Nakonečný, 2014, s. 149)

2.2.2 Teorie motivace a vůle využívané v ergoterapii

Motivace je považována za klíčovou v rámci klinické praxe (Kielhofner, 2009, Pentland et al., 2018). Existuje mnoho teorií motivace, jak je vidět z předchozího textu, pro ergoterapeuty ale bylo dlouhou dobu obtížné se s koncepty ztotožnit. I přes to, že motivaci označoval za důležitou pro ergoterapeutickou praxi již Mayer v roce 1920, potřeba zařadit ji do konceptů a vycházet z jednotlivých teorií se nejvíce zviditelnila v druhé polovině 20. století (Kielhofner,

2009). Z představených směrů motivace byla ergoterapie nejvíce ovlivněna humanistickým směrem a Maslowem, na kterého se posléze odkazují i některé modely, včetně Modelu lidského zaměstnávání (MOHO). Již byly zmíněny jednotlivé motivy vedoucí k činnosti a jejich rozdělení na biologické a sociální. Právě Maslow seřadil tyto potřeby do Maslowovy pyramidy lidských potřeb, kdy platí pravidlo, že skupina vyššího stupně pyramidy může být uspokojena pouze v případě uspokojení stupně nižšího. Celá hierarchie je posléze ovlivněna vývojovými potřebami, rozvojovými i sebezáchovnými. Sebezáchovné potřeby představují pro pacienty ve zdravotnictví velmi silnou a stále působící motivaci (Maslow, 2021; Vymětal, 2008; Taylor, 2017).

Nejvíce využívaným pohledem na motivaci a její dělení v rámci ergoterapie je intrinsická motivace (Doble, 1988, Wu et al., 2000), přestože pohled na rozdělení motivace čistě na intrinsickou a extrinsickou není leckdy ideální, v rámci vývoje teorie motivace v ergoterapii má právě intrinsická motivace velký význam, jak popisuje ke konci 20. století právě Susan Doble (1988). Model lidského zaměstnávání a jeho součást Dotazník vůle a Remotivační proces pracují právě s vnitřní motivací klienta (de las Heras et al., 2019). Doble ve svém článku zaměřeném na přehled teorií motivace pro ergoterapii zmiňuje Analýzu objektových vztahů, Action consequence approach, tedy přístup založený na důsledku akce, známý jako ABC model, Rekapitulaci ontogeneze, Model profesního chování a vývojovou facilitaci.

V dnešní době se pro teoretický základ motivovaného chování v ergoterapii využívá především Teorie sebedeterminace a Teorie naučené bezmocnosti, které budou dále rozebrány a jsou nejvíce využívány ve vztahu k psychotickým onemocněním. Obě teorie vychází z předpokladu, že jedinec je zdrojem akce (Wu et al., 2000). Zároveň ale obě teorie pracují s možností ovlivnění intrinsické motivace vnějšími podmínkami. Předpokládá se, že volní chování je přirozenou stránkou života, nejen důsledkem vnější pobídky. Právě intrinsická motivace je poháněcím motorem pro toto přirozené chování (Wu et al., 2000). Intrinsická motivace vede jedince k tomu, aby se potýkali s výzvami, které jsou optimální pro rozvoj vlastního já (Deci a Ryan, 2000). Zároveň je na motivaci a vůli v dnešní době často pohlíženo skrze dynamické systémové teorie, čehož využívá například Model lidského zaměstnávání (dále MOHO).

Teorie sebedeterminace (SDT)

Podle SDT je regulace lidského chování popsána s ohledem na záměrnost, která odpovídá vědomé nebo nevědomé formulaci budoucího chování, o které se jedinec pokusí (Deci a Ryan, 2000). Amotivace je typ pasivity nebo neorganizovaného chování regulované bez vlastního záměru. Je důsledkem očekávání, že jedinec nebude schopen dosáhnout požadovaného záměru. Amotivace v rámci vnitřních zábran souvisí s pocitem neschopnosti v rámci určité domény. U vnějších hranic amotivace se jedinec potýká s nějakou bariérou prostředí, například svévolí autority. Obě tyto hranice manifestují výsledky nepřiměřeným, nekontrolovatelným způsobem (Wu et al., 2000). Amotivovaný jedinec díky tomu často zažívá pocity frustrace, strachu nebo deprese (Deci a Ryan, 2000). I přes to, že lidé jsou vybaveni poháněcí silou vnitřní motivace, ukazuje se, že existuje mnoho fenoménů, které ji mohou ovlivnit. Jedná se o možné podporující podmínky anebo naopak prostředí, které působí opačným způsobem (Deci a Ryan, 2000). Právě z toho důvodu SDT pracuje s intrinsickou motivací jako s vrozeným fenoménem a nezkoumá v první řadě její vznik, ale především okolnosti, které ji vyvolávají a udržují. Za takové prostředí, které facilituje vnitřní motivaci SDT považuje sociální kontexty, ve kterých je naplněna individuální psychologická potřeba jedince. Hlavními psychologickými potřebami jsou:

- Potřeba autonomie – potřeba podílet se na vlastním chování
- Potřeba kompetence – potřeba zažívat produktivitu a mít kontrolu nad výsledky
- Potřeba vztahovosti – potřeba vztahovat se k druhým lidem nebo se o ně starat

Za optimální sociální kontexty tedy SDT považuje ty s podporou autonomie, mírnou strukturou a zapojením druhých. Sociální kontexty, které kombinují podporu autonomie a pozitivní zpětné vazby s ohledem na kompetence jedince s vyšší pravděpodobností přispívají k rozvoji vnitřní motivace (Wu et al., 2000).

Teorie naučené bezmocnosti

Fenomén naučené bezmocnosti byl poprvé představen a popsán Seligmanem a Maierem v roce 1967. Lidé, kteří jsou dlouhodobě vystaveni neřešitelným problémům, zjišťují, že reakce a události spolu nesouvisí (Mohanty et al., 2015). Pokud byl člověk vystaven nepříjemným zážitkům a věří, že následky jsou nekontrolovatelné, tato osoba bude vykazovat symptomy naučené bezmocnosti a bude vykazovat zhoršení iniciace duševních a behaviorálních činností a časem bude snáze podléhat depresi (Wu et al., 2000).

Systémové teorie

Systémové teorie se nejvíce rozvíjely v druhé polovině 20. století (Taylor, 2017). Jedná se o modely a koncepty, které vycházejí z předpokladu, že není potřeba jedna nezávislá teorie motivace a rozbor motivačních procesů, ale že se jedná o komplexní děj zahrnující společně vůli, výkon, učení a další aspekty (Keller, 2008). Zároveň se vyvíjely z obecných systémových teorií až k dnešním, spíše dynamickým, ze kterých vychází například i Model lidského zaměstnávání (Taylor, 2017). Dynamické systémové teorie popisují, jak se biologické systémy samy organizují a posouvají během fluktuací v rámci kontinuity a změny, a to zřejmě nelineárním způsobem (Thelen a Smith, 2006). Pohyb proto není výsledkem jen rozsahu pohybu, svalové síly, koordinace a vytrvalosti, ale je ovlivněn také motivací, touhami, zvyky, rutinami a prostředím jedince. (Taylor, 2017). Dynamické systémové teorie věří, že jedinci mají tendenci setrvávat ve statusu quo a pro to, aby došlo k nějaké změně, musí projít pertubací, která je poté vede ke změně nebo disturbaci. Tyto pertubace mohou být externí, jako například ztráta zaměstnání nebo interní, jako ztráta vnitřního komfortu. Jednou z těchto teorií je například Integrativní teoretický model motivace, vůle a výkonu (dále MVP model) vytvořený Kellerem (Keller, 2008).

2.2.3 Aspekty ovlivňující motivaci a vůli

Široké spektrum aspektů vytváří a ovlivňuje vůli, proto i každý jedinec demonstruje unikátní konfiguraci potřeb konat a zároveň i způsobu, kterým je tato potřeba vyjádřena (de Las Heras et al., 2019). Mezi tyto aspekty patří:

- Fyzická kondice
- Pocity a myšlenky
- Prostředí
- Životní události

Vnitřní faktory

V rámci ovlivnění motivace je diskutována především motivace výkonu – tedy jaké aspekty ovlivňují motivaci jedince k jednání a samotný výkon. Motivaci ovlivňuje úroveň aspirace, tedy míra nároků, které si na sebe jedinec klade. Míra aspirace je složena ze zkušeností úspěchu/neúspěchu a je propojena s úrovní sebevědomí (Nakonečný, 2014). Další významnou složkou je již zmíněná kauzální atribuce, tedy připisování úspěchu či neúspěchu vnitřním či vnějším příčinám. Zároveň se v motivaci projevují emoce, jedná se o tzv. ego – vztažnou

motivaci, jelikož výkon má důležité dopady na sebehodnocení jedince. V podstatě se jedná o emocionální reakce na procesy atribuce. Dále je popisován Yerkes – Dodsonův zákon (Nakonečný, 2014), který vyjadřuje souvislost mezi excitací a výkonem. Tento vztah popisuje jako křivku ve tvaru obráceného U. Tím je popisována skutečnost, že zvýšení excitace navyšuje výkon, ale pouze do určitého bodu, poté začne výkon klesat (Chýlová, Rymešová a Kolman, 2012).

Zkoumání excitační úrovně v motivačních procesech přispělo k poznání dalších dvou významných oblastí v rámci ovlivnění motivace, kterými jsou spánek a stres (Chýlová, Rymešová a Kolman, 2012). V rámci spánku je velmi důležitá REM fáze, během které úroveň excitace může dosahovat podobných hodnot jako v bdělém stavu.

Velmi důležitým popisovaným fenoménem je také vliv sociálního prostředí na výkon. Tento jev byl popisován již dříve jako „sociální facilitace“, tedy pozitivní dopad přítomnosti druhých osob na výkon. Později byl ale objeven i opačný fenomén, kdy se jedná o zhoršení výkonu před ostatními osobami. V podstatě je možné poznamenat, že pokud je činnost automatizovaná a jednoduchá, dochází k lepšímu výkonu s ohledem na potřebu předvést se. Pokud je činnost složitá, dochází k útlumu spojenému se strachem z možného veřejného selhání (Nakonečný, 2014). Tyto fenomény popisuje i SDT teorie a Teorie naučené bezmocnosti.

Zevní faktory

Systémové teorie popisují vliv na motivaci v činnosti jako komplexní děj. Tento děj je ovlivňován mnoha faktory, jako jsou nejen fyzické a psychické kapacity jedince, ale i samotné prostředí, úkol či předměty činnosti (Taylor, 2017). Motivaci je tedy možné ovlivnit nejen interními ději jedince, ale i samotnou úpravou prostředí a podnětů. Wu (2003) zmiňuje, že samotné ovlivnění prostředí, které je strukturované a prokládané výzvami, vede ke zlepšení náhledu na svoje schopnosti, zatímco větší svoboda a možnost výběru strategie a celková autonomie vede ke zlepšení intrinsické motivace. Dle Kielhofnera (Hemphill-Pearson, 2008) jsou všechny aspekty prostředí buď příležitostí, nebo překážkou k růstu a účasti ve smysluplných aktivitách, které se na procesu motivace a vůle v rámci dynamické interakce podílejí. Kielhofner v rámci Modelu lidského zaměstnávání rozlišuje tři úrovně kontextu prostředí. Prvním je bezprostřední kontext, tedy kontext prostředí nejbližší jedinci – jeho vztahy, interakce, kultura, fyzický prostor a činnosti a jejich náležitosti. Druhým je lokální kontext prostředí, tedy sociální síť a kultura a komunitní zařízení. Posledním, třetím, je pak globální kontext, do kterého patří klima, ekologie, geografie a ekonomické aspekty, právo

a zákony (Taylor, 2017). Z toho tedy plyne, že motivace není jen náhodným dějem, ale je silně ovlivněna globálním kontextem života, který jedinec prožívá. Mohou do ní zasahovat děje na úrovni nejbližšího okolí, stejně jako jevy vzdálené v globálním kontextu.

2.3 Psychotická onemocnění

Popis onemocnění

Psychotická onemocnění neboli podle nové klasifikace MKN-10 poruchy duševní a poruchy chování jsou výraznou skupinou onemocnění, jejichž počet stále mírně roste. V roce 2020 se v České republice jednalo o 506 pacientů s psychotickým onemocněním na 100 000 obyvatel, což je o 43 více než v roce 2010 (ÚZIS, 2023). Nejčastější diagnózou je schizofrenie, jejíž prevalence v populaci je přibližně 1 %. Zároveň se jedná o dlouhodobé onemocnění, které může vést k trvalé invaliditě, ve světě patří mezi 10 jejích nečastějších příčin (Svoboda, Češková a Kučerová, 2012). Lidé se schizofrenií mají snížený průměrný věk dožití o deset až dvacet let oproti běžné populaci (Laursen et al., 2014). Jedná se tedy o významné narušení kvality života, které se dotýká veliké části populace. Projevy psychotických onemocnění mohou být různorodé. Základním průvodním jevem psychotických onemocnění je ale především rozdílné vnímání reality oproti okolnímu světu. V rámci psychotických onemocnění je vždy přítomna psychóza, která tato onemocnění doprovází. Psychózou označujeme patologický stav, při kterém dochází k hrubé poruše kontaktu s realitou, která je buď chybně vnímána, nebo interpretována (Fišar et al. 2009).

Typy psychotických onemocnění

Psychotická onemocnění zahrnují akutní psychotické poruchy, závažné afektivní poruchy, schizoafektivní stavy, schizoformní poruchy a schizofrenii (Pěč a Probstová, 2009). Dle klasifikace MKN10 dělíme poruchy duševní a poruchy chování na:

- F 20 schizofrenie
- F 21 schizotypní porucha
- F 22 trvalé duševní poruchy s bludy
- F 23 akutní a přechodné psychotické poruchy
- F 24 indukovaná porucha s bludy
- F 25 schizoafektivní poruchy
- F 28 jiné neorganické psychotické poruchy
- F 29 nespecifická neorganická psychóza

S ohledem na velikost skupiny psychóz, z nichž je schizofrenie nejčastějším onemocněním a odpovídá to i výzkumnému vzorku této práce, bude s ohledem na rozsah teoretické části diplomové práce představena právě schizofrenie. Ve skupině psychotických onemocnění je možné se setkat se značnou diverzitou zapříčiněnou kulturními rozdíly, rozdíly ve vnímání onemocnění u mužů a žen, sociálně – ekonomickou pozicí – tedy vždy jinou pozici v psychosociálních faktorech, které vedou k rozvoji onemocnění. Přitom ale lidé se závažnými psychickými poruchami vnímají stejně to, že v každodenním fungování pocítují značná omezení (Pěč a Probstová, 2009). I přes to, že nebudou v rámci této kapitoly podrobně představeny všechny diagnózy, které do této skupiny spadají, s problémy, které jedince provází v každodenním životě, a na které se tato diplomová práce zaměřuje, se mohou potýkat jedinci napříč touto širokou skupinou onemocnění.

2.3.1 Schizofrenie

Dle Fišara et al. (2009) „*Schizofrenie je specifický lidským onemocněním neznámé etiologie projevující se poruchami myšlení, jednání, emocí a vůle.*“ Lze ji charakterizovat zásadní poruchou myšlení a vnímání, oploštěním nebo neadekvátní emotivitou a narušenou schopností srozumitelného chování a jednání. Intelektuální kapacita a jasné vědomí zůstávají většinou zachovány, časem se však u nemocného může vyvinout jistý kognitivní deficit (Höschl et al., 2004, Smolík 2002, Fišar et al., 2009). Schizofrenie ovlivňuje schopnost kreativně myslet, mít blízké sociální vazby s ostatními lidmi, využívat řeč k jasnému vyjádření nápadů anebo prožít a vyjádřit pocity jako je láska a strach (Andersen, 2000).

Eugen Bleurer a Emil Kraepelin vytvořili v začátku dvacátého století hlavní podklad pro formulaci pojmu schizofrenie a následnou kategorizaci v rámci dnes využívaných diagnostických hodnocení. Věřili, že identifikovali nemoc, jejíž symptomy se mohou na klinické úrovni manifestovat mnoha možnými způsoby, ale je zároveň definovatelná abnormalitami v základnějších kognitivních procesech (Andersen, 2000). Slovo schizofrenie pochází z řečtiny, v níž „schizo“ znamená štěpit se a „phren“ znamená rozum, myšlení (Kučerová a Říhová 2006).

Etiopatogeneze onemocnění

Schizofrenie je onemocněním neznámé etiologie (Fišar et al, 2009). „Pro schizofrenii je charakteristická mnohotvárnost psychopatologie, průběhu i odpovědi na léčbu. Mnohočetné jsou pravděpodobně i etiologické procesy, které k onemocnění vedou“ (Höschl et al., 2004, s. 352). Zároveň existuje mnoho možných přístupů ve výkladu etiopatogeneze onemocnění, které

můžeme brát jako vodítko k rozklíčování celého procesu u daného jedince. Jedná se o komplexní onemocnění, za jejímž rozvojem může u každého jedince stát různá změť okolností. Dřívější modely zakládaly etiopatogenezi onemocnění na genetické predispozici přetrvávající v populaci, jak popisuje například Crow (1999). Další z hypotéz je například dopaminová hypotéza patogeneze onemocnění, založené na dyskonekci mezi hipokampem a prefrontální kůrou onemocnění (Brisch et al., 2014). Dnes se již etiopatogeneze opírá o dvě hlavní skupiny faktorů – biologické a psychosociální. Popsaná skupina etiopatogenetických faktorů se označuje za biologickou. Mezi biologické faktory rozvoje onemocnění patří genetická zranitelnost a drobné strukturální abnormality mozku (Pěč a Probstová, 2009).

Dopaminová hypotéza říká, že hyperaktivní dopaminový přenos vede ke schizofrenním symptomům. Tato hypotéza vznikla po objevení dopaminu jako neurotransmiteru v mozku. Čistě dopaminová hypotéza byla již ale zpochybněna s ohledem na rozdíly v hypoaktivitě a hyperaktivitě přenosu dopaminu v rámci pozitivních a negativních příznaků schizofrenie, mezi které patří právě například snížení motivace a vůle. Na to navazuje „revidovaná dopaminová hypotéza“, která již předpokládá u schizofrenních pacientů v některých oblastech hyperaktivní přenos dopaminu (mesolimbický systém) a v jiných hypoaktivní (prefrontální kortex) (Brisch et al., 2014). Nové poznatky ale zároveň poukazují na to, že v přenosech nejde pouze o redukci dopaminu, ale o široce rozšířenou kortikální a subkortikální dysfunkci, tedy více generalizovanou etiologii onemocnění (Javit, 2010).

Tomu odpovídá i to, že přes snahu vysvětlit etiopatogenezi onemocnění čistě na základě neurokognitivních podkladů, je potřeba na etiopatogenezi onemocnění nahlížet komplexně. Není tedy možné opomíjet psychosociální faktory rozvoje onemocnění, které jsou druhou skupinou v rozvoji onemocnění. To popisuje například Stress – vulnerability model of schizofrenia, tedy Model schizofrenie založený na základě stresu a zranitelnosti. Ten vychází z genetické predispozice jedince, ale zároveň konstatuje, že mnohem důležitější pro samotný rozvoj onemocnění jsou predispozice zranitelnosti a snášenlivosti stresu v kontextu životních okolností, a tak k rozvoji onemocnění může i nemusí dojít (Rudnick a Lundberg, 2012). Možným impulsem může být prožití stresové situace. Pokud se sejdou biologické faktory a zároveň dojde k dysregulaci v psychosociálních faktorech, může u jedince dojít ke zhroucení integrity psychosociálních funkcí se ztrátou schopnosti testování reality. Tento stav se pak rovná akutnímu nebo postupně se vyvíjejícímu psychotickému stavu (Pěč a Probstová, 2009). Jirí Horáček a kol. (2003) zmiňuje možný vliv poruchy komunikace v rodině, pokud dochází k nesrovnalostem mezi verbální a neverbální složkou komunikace. Adolescentní věk s sebou

nese velkou psychosociální zátěž, a je zároveň nejcitlivějším obdobím pro samotný rozvoj onemocnění. A to především u mužů, kdy nejčastěji dochází k rozvoji onemocnění mezi 15. – 30. rokem života. U žen je to pak 25. – 35. rok (Horáček a kol., 2003).

V dnešní době autorka považuje za důležité zmínit v této kapitole i možný vliv návykových látek v rozvoji onemocnění. Odhadem 47 % pacientů trpící schizofrenií zároveň trpí poruchou z oblasti návykových látek (Kavanagh et al., 2002). Nejčastěji zneužívanými návykovými látkami jsou tabák, kanabis, alkohol a kokain. V případě zneužívání kanabinoidů bylo v řadě epidemiologických přehledů popsáno vyšší riziko rozvoje schizofrenie spolu se zvýšeným rizikem v případě mladšího věku užívání. Odhadem narůstá riziko psychózy u uživatelů kanabinoidů o 40 %, v případě, že je kanabis nejčastější opakovaně zneužívanou látkou pak dokonce o 50-200 % (Hýža, Šilhán a Kašpárek, 2019). Etiologie ale není jasná, vychází ze dvou teorií – první je popsána modelem dvojího zásahu, kdy je časná léze následována další při opakovaném užití kanabis v adolescenci, a druhá popisuje permanentní lézi zapříčiněnou následkem abúsu kanabis v adolescenci. Případně se může jednat o zvýšenou konzumaci kanabisu u jedinců s predispozicí rozvoje schizofrenie (Hýža, Šilhán a Kašpárek, 2019).

2.3.2 Symptomy schizofrenie

Symptomy schizofrenie se nejčastěji dělí na pozitivní a negativní. „Jedná se o dělení založeném na charakteristickém spojení klinických a průběhových charakteristik s některými nálezy v oblasti morfologie a fyziologie mozku“ (Höschl et al., 2004, s. 370).

Pozitivní symptomy

Typickými pozitivními příznaky jsou halucinace, tedy poruchy vnímání a bludy neboli poruchy myšlení. Halucinace jsou falešnými smyslovými vjemy vznikajícími bez jasného zevního podnětu, člověk slyší, vidí nebo cítí věci, které ostatní nevnímají (Fišar et al., 2009). Dále můžeme rozlišit halucinace intrapsychické, kdy má dotyčný pocit, že mu myšlenky někdo vkládá či vnucuje. Většina halucinatorních hlasů je nepříjemných, ale existují i pacienti, kteří označují halucinatorní hlasy za příjemné. Bludy jsou nepravdivé, falešné představy, které nemocnému připadají zcela pravdivé a nelze mu je vymluvit. Obsahem bludů jsou často pocity pronásledování, přesvědčení o nadání výjimečnými schopnostmi nebo nadpřirozenou mocí, o významném původu. Častý je i náboženský obsah bludu. Poruchy formy myšlení se mohou projevat nesouvislým myšlením, kdy nemocný nedokáže udržet nit hovoru a řeč je nelogická, obšírná a zabíhavá (Fišar et al., 2009).

Negativní symptomy

Negativní symptomy bývají méně nápadné než pozitivní (Fišar et al., 2009), ale ve veliké míře ovlivňují kvalitu života nemocného. Patří sem omezení afektů, zmenšený rozsah emocí, zchudnutí řeči a pokles zvědavosti a zájmů, snížený pocit smyslu a cíle v jednání, snížená sociální aktivita, snížení až vymizení motivace (Höschl et al., 2004, Fišar et al., 2009). Zároveň se v průběhu psychózy objevují poruchy nálady (Fišar et al., 2009).

Ve spojení s negativními příznaky se často objevuje i kognitivní deficit, který zahrnuje poruchy pozornosti, paměti i exekutivních funkcí. Žádný samostatný příznak nebo symptom ale nedefinuje schizofrenii. Je definována faktem, že lidé, kteří schizofrenií trpí, zažívají abnormality v mnoha úrovních prožívání a kognitivních procesech (Andersen, 2000). I přes to ale právě poruchy motivace a vůle, jakožto možný negativní příznak schizofrenie velmi ovlivňuje následnou terapii pacientů. Právě vůle je totiž nezbytným předpokladem v terapii pacientů s psychotickým onemocněním, jelikož napomáhá zvládnutí stresu a částečně koreluje s psychopatologií onemocnění (Praško, 2005). Zároveň je popisován vyšší výskyt poruch percepce i kognice v případě duálních diagnóz spojeným s užíváním návykových látek. V tomto případě mohou být častěji přítomny i suicidální ideace a somatické komorbidity (Hýža, Šilhán a Kašpárek, 2019).

2.3.3 Klasifikace onemocnění

Dle klasifikace MKN -10 je schizofrenie dělena na:

- F20.0 Paranoidní schizofrenii
- F20.1 Hebefrenní schizofrenii
- F20.2 Katatonní schizofrenii
- F20.3 Nediferencovanou schizofrenii
- F20.4 Postschizofrenní schizofrenii
- F20.5 Reziduální schizofrenii
- F20.6 Schizophrenia complex

Nejčastější z těchto forem schizofrenie jsou popsány v tabulce 2.3 (Höschl et al., 2004, Úzis, 2022).

Forma schizofrenie	Charakteristika
Paranoidní forma schizofrenie	<ul style="list-style-type: none"> • Bludy, imperativní halucinace, komentující hlasy nebo slyšení hovorů hodnotících nemocného jedince • Nedochozí tolik k depersonalizaci jako u hebefrenních a katatonních forem s ohledem na silně strukturované já
Hebefrenní forma schizofrenie	<ul style="list-style-type: none"> • Nepřiléhavost emocí i chování, pošetilost a celková dezorganizace duševního života • Kontakt s nemocnou osobou je obtížný, jeho projevy jsou často nepředvídatelné, může se objevit agrese • Různé grimasy a nesmyslné motorické a mimické projevy často spojují hebefrenní formu schizofrenie s katatonní
Katatonní forma schizofrenie	<ul style="list-style-type: none"> • Poruchy hybnosti, nápadná bezcílnost, neodůvodnitelnost a nepřiměřenost motorických projevů • Katatonní symptomy mohou být součástí i manické fáze afektivního onemocnění • Vzácně se setkáváme s charakteristickou katatonní symptomatologií, která by byla přítomna po celou dobu onemocnění
Nediferencovaná forma schizofrenie	<ul style="list-style-type: none"> • Formy onemocnění nemusí mít vyhraněnou podobu odpovídající klinickým typům, do této kategorie tedy spadají onemocnění neodpovídající symptomatologií jiným typům onemocnění
Reziduální forma schizofrenie	<ul style="list-style-type: none"> • Přetrvávající stav po odeznění a dezaktualizaci akutní symptomatologie ataky • Podivínství, lenost, zanedbávání sebe i svého okolí a narušení vztahu mezi jedincem a skutečností • Emoční oploštělost • Některé symptomy jsou přítomny již před první atakou onemocnění

Tabulka 2.3 – Formy schizofrenie

2.4 Dopady schizofrenie

2.4.1 Obtíže osob se schizofrenií v běžném životě

Furmaníková (2011) konstatuje, že schizofrenie kompletně ovlivňuje osobnost člověka a významně narušuje i jeho fungování v běžném životě. Ze symptomů onemocnění běžný život ovlivňuje deficit kognitivních funkcí, který se objevuje především v oblasti pozornosti, paměti a exekutivních funkcí. Jen 15 % osob se schizofrenií vykazuje kognitivní výkonnost srovnatelnou se zdravými jedinci a významný kognitivní deficit vykazuje 40-60 % lidí se schizofrenií. Tento jev se zároveň zvyšuje v případě duální diagnózy. Deficit v kognitivní oblasti je důležitý pro funkční prognózu, která navazuje na učení, získávání sociálních dovedností a ovlivňuje míru samostatnosti osob ve zvládnání všedních denních činností (Furmaníková, 2011). Důležitým jevem, se kterým pacient s psychotickým onemocněním bojuje, je stigmatizace onemocnění. Narušení fyzických a psychických funkcí má velký vliv na psychosociální funkce jedince. Dochází k narušení pohledu společnosti na jedince, který zároveň mění pohled jedince sám na sebe. Často tedy dochází k devalvací vlastních hodnot, které je umocněné devalvací hodnot společenských, které jedinec již nezvládá naplňovat (Taylor, 2017), což může mít závažnější dopad, než onemocnění samotné (Škoda, 2016).

Nenaplněné potřeby lidí s psychickými poruchami je možno rozčlenit do čtyř skupin (Pěč a Probstová a kol., 2009):

- Podpora při tom, jak (se naučit) zvládat hendikep a jeho psychické důsledky
- Pomoc při osobním úsilí o zotavení: uspořádání si věcí (také z minulosti), nalezení životních plánů a očekávání, získání sebedůvěry a postarání se o sebe sama
- Podpora při budování a udržování sociálních kontaktů a vztahů (včetně intimity a sexuality), potřeba akceptace a integrace, kontinuity ve vztazích, pocitu začlenění
- Podpora při nacházení a udržování práce, vzdělávání nebo jiného denního programu.

Čím větší počet nenaplněných potřeb podpory lidé s psychickými omezeními mají, tím více pociťují nižší kvalitu života (Pěč a Probstová a kol., 2009). V rámci negativních symptomů schizofrenie bylo popsáno snížení motivace a vůle, jenž se právě v kombinaci s kognitivním deficitem a deficitem v oblasti exekutivních funkcí nejvíce promítá v běžném denním životě a může být zásadním omezujícím prvkem. Dle některých autorů právě poruchy vůle u osob

s psychotickým onemocněním mají zásadní dopad v oblasti všedních denních činností (ADL), instrumentálních denních činností (iADL) i sociální participaci (American Occupational Therapy Association, 2014). Nejvíce ohrožujícím obdobím může být propuštění z nemocnice, které může vést k izolaci namísto dalšího rozvoje (Birken, Henderson a Slide, 2018). To bývá provázeno absencí podpůrného prostředí a tím sníženou kvalitou života. Nejen negativní příznaky schizofrenie ovlivňují pacientovu motivaci a vůli jako samotný symptom, ale i další okolnosti v klientově životě. Může se jednat o podpůrné či omezující prostředí, ať už ve formě fyzického či sociálního prostředí, jak popisuje MOHO (Taylor, 2017). V případě dopadů psychotického onemocnění na život klienta je tedy potřeba brát v potaz nejen samotný dopad onemocnění, ale i okolností a kontextu, který ho doprovází (American Occupational Therapy Association, 2014).

2.4.2 Zotavení

Cílem léčby v 21. století u psychotických onemocnění již není jen odstranění symptomů, ale i úzdrava, tzv. „zotavení“. Longitudinální studie naznačují, že řada jedinců z cílové skupiny se v dlouhodobém měřítku zvládne zcela nebo částečně vymanit ze své sociální izolace (Pěč a Probstová, 2009). Koncept zotavení zaměřuje svou pozornost na kvalitu života jedince s duševním onemocněním a jeho úhel pohledu (Motlová a Španiel, 2013). Součástí zotavení jsou jedinečné osobní procesy, ve kterých se jedinec snaží dát svému životu nový obsah, adaptovat se na život s duševní poruchou a žít smysluplný život ve společnosti i prostředí, které si vybral, a to s plným využitím osobnostního potenciálu i kontrolou nad svým životem (Anthony, 1993). Proces zotavení je tedy z velké části vnitřním procesem. Andresen et al. (2003) popisuje čtyři klíčové komponenty zotavení:

- Nalezení a udržení naděje
- Znovu obnovení pozitivní identity
- Vytváření smysluplného života
- Přijímání zodpovědnosti a kontroly.

Zotavení lze dosáhnout kombinací psychiatrické léčby a psychosociální rehabilitace. Koncept zotavení pracuje se společnou vizí pacientů i profesionálů se zaměřením na dlouhodobé cíle v životě jedince s duševní poruchou. Nejde tedy o vymizení symptomů, ale naučení se práci s nimi a adaptaci v novém životě. Dosažení shody mezi pacienty a profesionály je zároveň dobrým měřítkem účinnosti terapeutických metod, prostředků i úspěšnosti léčby (Pěč, Probstová, 2009). Proces je osobní cestou člověka, on sám ho řídí

a posiluje jeho vlastní odpovědnost. Dle Páva, Pluhařikové Pomajzlové a Šťastné (2017) je úkolem profesionálů tento proces podpořit, vytvářet příležitosti pro větší uplatnění a posilovat naději v zotavení prostřednictvím blízkého osobně-profesionálního vztahu. Jsou rozlišovány čtyři fáze zotavení, a to fáze stabilizace, reorientace, reintegrace a zplnomocnění (Páv, Pluhařiková Pomajzlová a Šťastná, 2017). Jak již bylo zmíněno, dopad onemocnění na klientův život se projevuje v oblasti psychosociálních funkcí, a především zvládnání každodenního života. Role ergoterapeuta v psychiatrické rehabilitaci a procesu zotavení je především v podpoře zvládnání každodenních činností s cílem dosažení co nejvyšší soběstačnosti (Pěč a Probstová, 2009).

2.5 Psychosociální rehabilitace a motivace a vůle

Krivošíková (2011) uvádí, že samotné hodnocení psychosociálních funkcí, do kterých motivace spadá, není pro terapeuta jednoduché, oproti hodnocení například funkcí senzomotorických či kognitivních. Stejně tak je to i s jejich definicí – psychické funkce *„představují určitou vědomou potřebu člověka nebo také nepřetržitý vnitřní tlak vykonávat určité činnosti. Dále obsahují vnitřní hodnotící procesy, které vedou k uspokojení či neuspokojení, nebo přizpůsobení či pokračování v určitém chování. Platí, že tyto procesy mohou být také za určitých okolností překážkou v aktivitě. Proto sem řadíme motivaci, zájmy a sebehodnocení člověka“* (Krivošíková, 2011, s. 224). S možností ovlivnit motivaci úzce souvisí i možnost hodnotit motivaci. V ergoterapii je hodnocena především vnitřní motivace jedince. Ergoterapeut zjišťuje, jak na jedince působí jeho okolí, jaké jsou možnosti ovlivnění jeho okolí či jaké jsou jeho neuspokojené potřeby, které mohou odpoutávat pozornost od cílů léčby (Krivošíková, 2011). Čím více nenaplněných potřeb podpory lidé s psychotickým onemocněním mají, tím více pociťují nižší kvalitu života (Pěč a Probstová a kol., 2009). Rada ergoterapeutů v evropských zemích (dále COTEC) nabízí definici ergoterapie jako *„Léčbu osob s fyzickým či duševním onemocněním nebo disabilitou, která prostřednictvím specificky zvolených činností umožňuje osobám dosáhnout maximální funkční úrovně a soběstačnosti ve všech aspektech života“* (Krivošíková, 2011, s. 17). Tím je i jasně vymezena potřeba ergoterapie v rehabilitaci motivace s ohledem na zaměření na kvalitu života. Kopelowicz (Formaníková, 2011) konstatuje, že v rámci zlepšení výsledků psychosociální rehabilitace je potřeba pracovat právě na podpoře motivace klientů.

2.5.1 Možnosti hodnocení motivace a vůle

V dnešní době je motivace klíčovou pro úspěšné zapojení v klinické praxi (Pentland et al., 2018). Stejně tak je pro klinickou intervenci důležité i hodnocení motivace a vůle, které může být terapeutovi nápomocné pro další plánování terapie. V ergoterapii existuje několik využívaných hodnocení motivace a vůle. Většina metod sběru dat o motivaci a vůli se opírá o rozhovory, dotazníky či úkoly tužka – papír. Jedná se například o Motivační rozhovory vycházející z SDT a jsou v rehabilitaci hojně využívány i s ohledem na jejich aplikaci v rámci terapie. Tímto tématem se zabývá především Miller a Rollnick v jejich publikaci „Motivační rozhovory“ (2002).

Sebehodnocení sociální adaptace je škálou hodnotící 21 položek, která si klade za úkol rozeznat rozdíly v sociální motivaci a chování, které nemusí být rozpoznatelné v rámci psychiatrických hodnocení. Zaměřuje se spíše na klientovu percepci a motivaci v rámci vnímání jeho/jí samotného v rámci činnosti nežli na objektivní výkon (Hemphill – Person, 2008).

Další možností hodnocení motivace je například **Dotazník motivace k výkonu** (dále LMI), vydaný i v českém jazyce Testcentrem. Dotazník byl vytvořen a testován pouze v německém prostředí, a to H. Schulerem a M. Prochaskou v roce 2001. Česká adaptace byla vytvořena v roce 2003 a následně aktualizována v roce 2011. Pro jeho administraci je třeba absolvovat akreditační kurz a je složen ze 17 dimenzí motivace k výkonu v profesním kontextu. Jedná se například o vytrvalost, kompenzační úsilí, dominanci hrdost a další. Každá škála obsahuje 10 položek měřených na sedmistupňové stupnici (naprosto nesouhlasím – zcela souhlasím) (Sedláková a Knapová, 2017). Dle Sedlákové a Knapové (2017) je „Motivace k výkonu je pojímána široce, vychází z několika pojetí konstruktů motivace, a to dle McClellanda, Atkinsona a Heckhausena. Autoři metody motivaci k výkonu chápou jako globální orientaci chování, na které se podílí různé aspekty osobnosti, a definují ji jako výslednou tendenci emocionálního konfliktu mezi očekáváním úspěchu a obavy z neúspěchu (tamtéž).“ Tento dotazník byl vytvořen pro oblast personalistiky, částečně je využíván pro středoškolské studenty, pro tuto cílovou skupinu již ale není standardizován.

Volitional Components Questionnaire (VCQ) neboli Dotazník komponent vůle vytvořený J. Kuhlem, obsahuje v základní verzi 190 položek hodnotících pacientovu motivaci a vůli (VCQ – L). Tyto položky jsou rozděleny do 4 sekcí – seberegulace, sebekontrola, kontrola nevědomé pozornosti a sebedisciplína. Je přímo zaměřený na pacienty s psychotickým

onemocněním a jedná se o samohodnotící dotazník, který nabízí modelové situace a ptá se pacienta na pravdivost tvrzení ve vztahu k jeho životu. Jelikož tato verze byla příliš dlouhá, byl vytvořen i zkrácený dotazník o 36 položkách pro využití v klinické praxi (VCQ – S), který vychází z prvních dvou zmíněných sekcí VCQ – L. Dotazník je vyvinut a využíván především v psychologii (Forstmeier a Rüddel, 2008).

Action Control Scale (ACS) neboli Hodnocení výkonové motivace je škálou hodnotící motivaci výkonu, vytvořenou Kuhlem poprvé v roce 1982, která byla přeložena do češtiny v roce 1993 Stuchlíkovou a Manem (Stuchlíková, Man, 1993). Vychází především z předpokladu, že jedinec se liší svými zkušenostmi, které ho pak vedou k různé motivaci výkonu. V rámci toho musí překonávat jednotlivé překážky, které mohou být vnitřní i vnější (MacIntyre a Doucette, 2010).

S motivací a vůlí dále pracuje **MOHO a Dotazník vůle**, který je založen na pozorování klienta terapeutem, nevyžaduje tedy přímé zapojení klienta. Ten bude dále popsán v kapitole o Dotazníku vůle.

2.5.2 Možnosti ovlivnění motivace a vůle

Přístupy využívané v psychologii

Komunitní psychologie je jedním z možných směrů, kam se obrací klinická psychologie v rámci psychosociální rehabilitace. Jedná se o přesun klasické psychologické intervence z čistě klinického prostředí do komunit. Komunitní psychologové využívají různé nástroje, jejichž společným prvkem je vždy aktivní účast klienta. Jedná se o metody jako rozhovory, zplnomocňování a další (de las Heras, Llerena a Kielhofner, 2019). Jednou z hlavních metod využívaných v komunitní psychologii pro podporu motivace a vůle je Akční výzkum (Action Research), ve kterém komunita pracuje na projektech za pomoci odborníků tak, aby co nejefektivněji vyřešila vlastní problémy. Podpora motivace probíhá díky možnosti jedinců rozpoznat a učit se o jejich vlastních silných stránkách v rámci komunity a zároveň být opravdovým protagonistou v procesu změny vlastních životních okolností (Langhout a Thomas, 2010).

Model psychiatrické rehabilitace vychází z potřeby doplnit psychiatrii o psychosociální rehabilitaci. Jedná se o eklický model, tedy model složený z různých přístupů (Corrigan, 2003). Jeho hlavním nástrojem pro přímou práci s lidmi je poradenství, které prochází šesti po sobě jdoucími fázemi. První z nich, uvědomění, se zaměřuje na sebepoznání a poznání potřeb prostředí. Druhá, připravenost, se zaměřuje na přípravu na učení se dovednostem (konkrétní

plánování získávání dovedností). Třetí fáze se zaměřuje na osvojení potřebných kritických dovedností. Posléze následuje fáze zaměřující se na procvičování a zvládnání těchto kritických dovedností. Změny a přizpůsobení prostředí (optimalizace zdrojů a mobilizace sítí) jsou součástí posledních dvou fází (de las Heras, Llerena a Kielhofner, 2019).

Remotivační terapie se nezaměřuje na přímý rozvoj motivace, ale jedná se o skupinový model založený na rozhovorech v rámci řízených skupin o délce 45 minut, které pomáhají osobám s duševními poruchami a poruchami nálady se znovu zorientovat a přiblížit reálnému světu, v rámci čehož je rozvíjena motivace a vůle k aktivní účasti v něm (Dier 2005, Llerena a Kielhofner, 2019).

Přístupy využívané v ergoterapii

Jak již bylo zmíněno, tématu ovlivnění motivace a vůle se věnuje Model lidského zaměstnávání, dále popsán v kapitole 2.6, je v dnešní době jedním z nejvyužívanějších modelů ergoterapeutické praxe (Taylor, 2017). V rámci MOHO je možné využít Dotazník vůle pro správné nastavení intervence nebo přímo Remotivační proces, který bude dále popsán.

Další z možností je využití *Modelu záměrného vztahu* (dále IRM), kde nejde o přímé ovlivnění klienta, ale přístup využívaný terapeutem. Jedná se o využití vlastní účinnosti ve vztahu k terapii a tím přínosné zvýšení efektivity terapie pro navýšení motivace (Ritter et al., 2018). Model se zaměřuje na interpersonální události terapie a klade důraz na vliv, který má terapeut při posilování nebo potlačování klientovy motivace. Interpersonální uvažování je proces, kdy terapeut reflexivně sleduje interpersonální dění v terapii, jedinečné osobní charakteristiky klienta a své vlastní chování (Taylor, Bonsaksen a Vollestad, 2017, Taylor, 2020).

Využití přístupu *Zotavení skrze aktivitu* je také jednou z možností, jak ovlivnit pacientovu motivaci a vůli. Tento přístup si klade za cíl poskytnout pacientům s psychotickým onemocněním fórum k reflexi jejich výběru činností a zaměstnávání ve vztahu k celkovému zdraví. Stejně tak se snaží poskytovat prostor pro diskuzi a trénink rozhodnutí, které posléze vedou k lepšímu životnímu stylu a zlepšení celkového zdraví (Parkinson, 2017). Zároveň je důležité zmínit, že přístupy je možné a vhodné kombinovat a nemusí být využívány odděleně (de las Heras, Llerena a Kielhofner, 2019).

Graduating Living skills Outside the Ward (GLOW) je intervencí popsanou ve Velké Británii v roce 2018. Jedná se přímo o návrh ergoterapeutické intervence pro pacienty s psychotickým onemocněním po dobu čtyř měsíců, který se zaměřuje na období po

hospitalizaci a celkové zvýšení sebepečce, kvality života, volnočasových aktivit a snaží se omezit zvýšenou pravděpodobnost izolace při přechodu do domácího prostředí (Birken, Henderson a Slide, 2018). I přes to, že se nezaměřuje pouze na motivaci a vůli jedince, ovlivňuje její kontext s cílem zlepšení kvality života.

2.6 Model lidského zaměstnávání

2.6.1 Popis modelu

Model lidského zaměstnávání (dále MOHO) je dnes světově nejpoužívanějším praktickým modelem v ergoterapii. Model vznikl v roce 1980, jeho zakladatelem je Gary Kielhofner (1949-2010), který se dalších několik let angažoval v jeho rozvoji – momentálně je připravováno vydání šesté aktualizované verze. Tato práce čerpá tedy především z pátého, prozatím nejnovějšího vydání. MOHO je holistickým, tedy na člověka zaměřeným modelem, který popisuje, jak se lidé sžívají s různými disabilitami a znovu nacházejí uspokojující a smysluplné cesty k tomu, jak žít své životy. Původně model vznikl na základě práce Garyho Kielhofnera s vojáky s poraněním míchy po válce ve Vietnamu. Dnes je ale široce využíván u cílových skupin od pediatrie až k psychiatrii (Taylor, 2017). Model se zabývá motivací k jednání, vzory zaměstnávání, subjektivní dimenzí výkonu a vlivem prostředí na zaměstnávání (Kielhofer, 2002). MOHO zahrnuje čtyři základní elementy, se kterými pracuje. Jedná se o vůli, zvyklosti, výkon a prostředí. Tyto elementy využívá k vysvětlení toho, jak se jedinec angažuje v činnosti jakožto výsledku dynamické a reciproční interakce mezi nimi. Vůle referuje o motivaci k činnosti. Zvyklosti popisují proces, na jehož základě je činnost organizována do vzorů a rutin. Subsystem výkonu obsahuje fyzické a mentální schopnosti, které jsou potřebné pro správné provedení činnosti. Subsystem vůle dále Kielhofner rozděluje na tři hlavní složky důležité pro správnou funkci této domény. Jedná se o složky osobní kauzality, hodnoty člověka a zájmy člověka (de las Heras, Llerena a Kielhofner, 2019, Taylor, 2017). MOHO vysvětluje, jakým způsobem jsou lidé s disabilitou motivováni k zapojení se v činnosti. Popisuje, jak se formují zvyky a role k výsledné podpoře v činnosti a jak se vyvíjí náhled klienta na vlastní schopnosti. Stejně tak pracuje s tím, jak se shoduje tento náhled s objektivními nástroji či názorem terapeuta (Taylor, 2017).

MOHO vychází z takzvaných systémových teorií a modelů, které se značně rozšířily především v druhé polovině minulého století. Od té doby prošly dalším vývojem, v dnešní době je MOHU nejbližší dynamická systémová teorie.

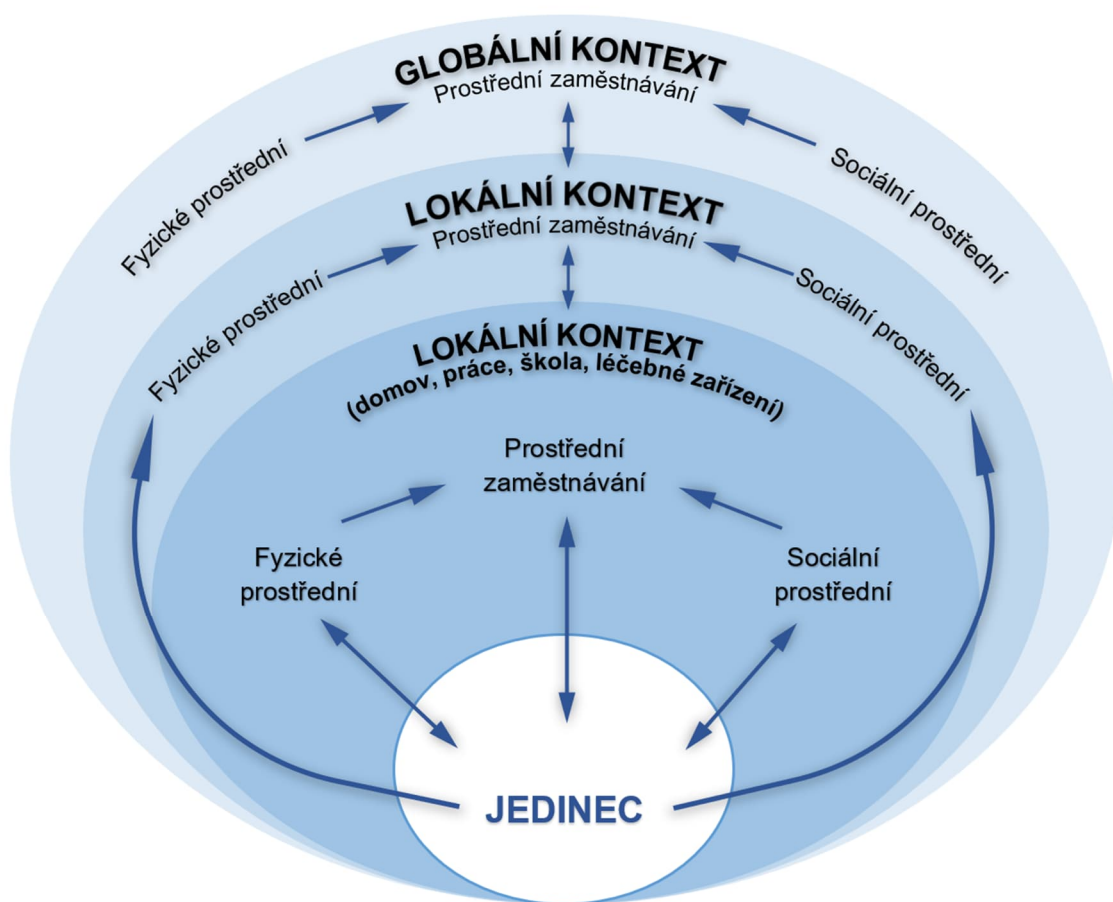
V rámci MOHO je velmi důležitý pojem tzv. „*occupational behaviour*“, tedy „*chování v činnosti*“. Jedná se o pojem založený na filozofii celého modelu, kde je činnost a jedinec v ní ústředním prvkem celého procesu. Z chování v činnosti je možné získat informace o jedinci samotném, jeho cílech i kapacitě výkonu. Spolu s tím je možné správným výběrem či případnou obměnou této činnosti pozitivně ovlivnit vůli klienta, zvyklosti i výkon (Taylor, 2017).

Dynamická integrace

MOHO poskytuje strukturu k porozumění problémů a předností každého člověka. Jednotlivé činy člověka, myšlenky odvíjející se od činnosti, emoce směřující ke kapacitě výkonu a zapojení jsou výsledkem dynamické integrace vůle (hodnoty, zájmy a přesvědčení), zvyklostí (zvyky a role) a kapacity výkonu (dovednosti a schopnosti) spolu s prostředím (které podporuje nebo brání v činnosti). Lidé reflektují a prožívají emoce týkající se zapojení se do činnosti. Jedinec a prostředí kooperují ve vytváření zaměstnávání. Zároveň se nejedná o neměnný předem nastavený vztah, ale dochází k posunům na různých úrovních. Dle MOHO se lidé posouvají a mění právě v závislosti na probíhajícím zaměstnávání (Taylor, 2017).

Prostředí

Všechny aspekty prostředí mohou být buď příležitostí nebo bariérou pro výkon smysluplné činnosti. MOHO v rámci prostředí rozlišuje fyzické a sociální komponenty. *Fyzické prostředí* zahrnuje prostory a předměty; prostory mohou být jak zastavěné, tak přírodní, zatímco předměty zahrnují věci, s nimiž lidé přicházejí do styku nebo je používají při různých činnostech. Sociální skupiny a formy zaměstnání tvoří *sociální aspekt prostředí*. Každý aspekt prostředí může poskytovat zdroje nebo příležitosti pro zapojení do zaměstnávání, stejně tak ale může omezovat průběh činnosti. Každé prostředí tedy ovlivňuje jedince rozdílným způsobem v závislosti na vůli jedince, jeho zvyklostech a kapacitě výkonu. Tento dynamický systém ukazuje obrázek 2.3 (Hemphill – Pearson, 2008, Taylor, 2017).



Obrázek 2.2 – Vztah mezi hodnotami, osobní kauzalitou, zájmy, obecnými elementy prostředí při výběru činnosti (převzato z TAYLOR, Renee. *Kielhofner's Model of Human Occupation* [online]. London: Lippincott Williams and Wilkins, 2017 [cit. 2021-07-11]. ISBN 9781451190342., str. 93, kapitola 7)

2.6.2 Subsystem vôle

Subsystem vôle je rozdělen na tři složky, mezi které patří osobní kauzalita, hodnoty a zájmy. Zároveň Kielhofner (2002) zmiňuje, že právě vôle je systémem nejvíce ovlivitelným kulturním prostředím. Osobní kauzalita, to, jak lidé přemýšlí a cítí se ohledně jejich vlastní efektivity či přiřazují význam tomu, co zrovna dělají, je úzce spjaté s kulturou, ve které žijí.

Vůli je nutné hodnotit v rámci propojení všech tří složek. Dle Kielhofnera (2002) (Taylor, 2017) je jediným možným způsobem pochopení vôle jedince náhled na tyto tři složky jako na dynamický systém. Zároveň je vôle chápána jako třístupňové vývojové kontinuum (explorace, kompetence a dosažení úspěchu), v němž dochází k pokroku prostřednictvím účasti na smysluplných činnostech, které usnadňují rozvoj vlastních dovedností (Garachana Carpintero a Antamaria-Vázquez, 2017, de las Heras, Llerena a Kielhofner, 2019).

Osobní kauzalita

Osobní kauzalita popisuje, čeho je jedinec schopen a jaký efekt má činnost jedince na jeho vlastní život i okolní prostředí. Osobní kauzalita je členěna na dvě dimenze. První z nich je „*Pocit osobní způsobilosti*“, který vypovídá o vlastním náhledu jedince na jeho fyzické, intelektuální a sociální dovednosti. Vůle je kulturou nejvíce ovlivňovaným systémem. To se projevuje právě u pocitu osobní způsobilosti, jelikož lidé na sebe nahlíží skrze pohled vytvářený kulturou, ve které žijí. Podle toho si utvářejí povědomí o vlastní schopnosti vykonávat smysluplné činnosti (Taylor, 2017). Vědomí toho, že jedinec je méně schopný než ostatní nebo zkušenost, že tomu tak někdy bylo, může vést ke značné emoční bolesti. Z tohoto důvodu se někteří jedinci mohou snažit spíše vyhýbat situacím, které by navozovaly tyto pocity (Taylor, 2017). Lidé s disabilitou jsou zároveň velmi často zahlceni pochybnostmi o vlastních schopnostech a skrývají své limitace (Kielhofner, 2002).

Druhou dimenzí je „*Sebeúčinnost*“. Ta nabízí realistické očekávání ohledně vlastních schopností. Tohoto stavu není vždy lehké dosáhnout, jelikož je potřeba najít rovnováhu mezi nerealistickými očekáváními a zároveň nezbytnou nadějí pro tvorbu budoucnosti. Cesta k efektivní sebeúčinnosti tedy zahrnuje jak zklamání z neúspěchu, tak aktivní vymezení toho, co je jedinec schopen ovlivnit. Skládá se ze dvou kroků. Prvním je sebekontrola a druhým je ochota vynaložit úsilí k dosažení cíle (Taylor, 2017).

Hodnoty

Kielhofner (2002) popisuje hodnoty jako přesvědčení, která s sebou nesou silnou dispozici chovat se odpovídajícím způsobem. Jsou ovlivněny vývojem a formovány kulturou, ve které jedinec žije a na základě toho si odnáší i to, jaké cíle a aspirace jsou žádoucí. Hodnoty ovlivňují vytváření obrazu sebe sama a formování sebe hodnoty, kterou jedinec derivuje z vykonávání dané činnosti. Díky kulturnímu podtextu hodnot jedinec nachází potěšení z chování se v souladu se svými hodnotami, jelikož poté zažívá pocit sounáležitosti a ocenění. Součástí hodnot jsou *osobní přesvědčení* a *smysl pro povinnost*. Osobní přesvědčení je možné definovat jako silně zakořeněný pohled na to, co má smysl. Smysl pro povinnost je pak silná emoční dispozice následovat to, co je považováno za správné chování (Taylor, 2017).

V oblasti hodnot je důležité zmínit i jejich vlastní rozpor v případě znevýhodnění a náhlé disability jedince, které může nastat společně s nástupem psychotických onemocnění umocněných zmíněnou stigmatizací onemocnění. Hodnoty je poté potřeba znovu přetvořit a jedinec se s tímto faktem těžko vyrovnává, protože se ocitá v rozporu s vlastními, již

získanými hodnotami. Jedná se o náročný proces, jelikož se lidé najednou cítí devalvování vlastními hodnotami (Taylor, 2017). MOHO proto přichází s pojmem „*Disability Values*“, tedy hodnoty disability. Kielhofner zmiňuje, že se nejedná o lehký úkol, jelikož většina kultur devaluje disability a osoby s ní. Dobrou cestou, jak hodnoty správně nastavit, je sdílení pozitivních zážitků s osobami s podobným prožitkem (Taylor, 2017), což je i cesta, kterou s sebou nese výše zmíněné zotavení ve spolupráci s peery.

Zájmy

Taylor (2017) říká, že ačkoliv jsou zájmy často přehlížené, všudypřítomným efektem disability může být ztráta zájmu a pocitu naplnění v životě. Denní zvyklosti, rutiny, které pomáhají regulovat energii i náladu, bývají ovlivněny a změněny disability. Proto jednou z výzev, které život s disability vytváří, je nalezení nových zájmů či případně cest k udržení těch starých (Taylor, 2017).

Volní proces

Volní proces je dynamickým procesem. Tento proces zahrnuje cyklus anticipace, rozhodnutí, zkušeností z činnosti a evaluace či interpretace. Je rozdělen do tří fází – explorace, kompetence a úspěchu (de las Heras, Llerena a Kielhofner, 2019). V každém z těchto stádií zasahují již rozebrané podsložky vůle – tedy osobní kauzalita, hodnoty a zájmy a vzájemně se spolu v každé z popsaných fází ovlivňují (Taylor, 2017). Vůle má všudypřítomný vliv na život. Spoluutváří to, jak lidé vidí svět a příležitosti, které v něm mají. V širším kontextu to, jak lidé život prožívají a jak vnímají sami sebe i okolní svět úzce souvisí právě s vůlí (Taylor, 2017).

2.7 Dotazník vůle (VQ)

Základem Dotazníku vůle je fakt, že ačkoliv ergoterapeut nemůže pozorovat přímo vůli pacienta, je možné pozorovat jeho chování. Například pokud se pacient při aktivitě usmívá a zůstává v ní zapojen, je možné usuzovat, že činnost vykonává rád. A stejně tak i opačně – pokud se tváří znuděně a snadno se rozptýlí, je vysoká pravděpodobnost, že ho činnost nebaví (Kielhofner et al., 1996). Nástroj je tedy možné využívat při potřebě objasnění klientovy motivace k činnosti, rozpoznání vůle a kontextu prostředí, které nejlépe fungují v zájmu klienta. Indikací k jeho využití může být, jak potřeba terapeuta rozklíčovat tyto jednotlivé fenomény pro další pokračování intervence, tak i potřeba získat detailnější informace během vstupního vyšetření. Dotazník vůle je součástí nástrojů využívaných v rámci MOHO. Je tedy dobře využitelný společně s dalšími nástroji tohoto modelu. Může se jednat například

o kombinaci s nástrojem Model of Human Occupation Screening Tool (dále MOHOST) či Occupational Performance History Interview – II (dále OPHI II).

MOHOST se zabývá všemi subsystemy popisovanými v MOHO. Jedná se tedy o nástroj vhodný ke komplexnímu zjištění a dokumentaci postupu intervence v oblasti motivace klienta v činnosti, vzory zaměstnávání, motorickými dovednostmi a prostředím (MOHO-IRM, 2023). V kombinaci s Dotazníkem vůle je nápomocný k lepšímu rozpoznání vhodného zařízení pro klienta a monitorování dosahování cílů terapie pacienta. OPHI II je nástrojem, který využívá polostrukturovaný rozhovor zaměřený na životní historii pacienta. A to v oblasti práce, zábavy i péče o sebe (MOHO-IRM, 2023). Nástroj tedy doplňuje kontext vývoje motivace a vůle pacienta a napomůže snazšímu pochopení aktuálního nastavení.

2.7.1 Popis nástroje a jeho vývoj

Dotazník vůle je nástrojem založeným na standardizovaném pozorování pacienta. VQ vyšetřuje pacientovu motivaci reprezentovanou v konceptu vůle (Kielhofner, 2002). Díky systematickému zaznamenávání toho, jak osoba reaguje a chová se v jeho/jejím známém prostředí, Dotazník Vůle poskytuje:

- Náhled do vnitřních motivů člověka,
- Informace o tom, jak prostředí podporuje nebo tlumí vůli.

Dotazník Vůle si klade za cíl odhalit, jak sebejistý jedinec je v rámci činnosti, jak důležitá pro něj aktivita je a stejně tak i to, jak velké potěšení mu přináší (Hemphill – Person, 2008). Data, která terapeut posbírání o motivaci klienta, může posléze ergoterapeut využít k identifikaci motivačních bariér a funkčnímu sestavení plánu intervence (Kielhofner et al., 1996, Doble, 1988). Mnoho dalších nástrojů k hodnocení vůle (rozhovory, checklisty, dotazníky) vyžadují verbální a kognitivní schopnosti, kterých někteří klienti nedosahují. Dotazník vůle nahlíží na vůli klienta skrze pozorování, což z něj dělá efektivní nástroj k hodnocení klienta bez ohledu na úroveň jeho kognitivních a verbálních schopností (de las Heras, Llerena a Kielhofner, 2019). Zároveň existuje i verze dotazníku pro pediatrické hodnocení, a to pro děti od sedmi do osmnácti let (Kielhofner, Andersen a Lan, 2005).

Psychometrický vývoj dotazníku

Původní Dotazník vůle, vyvinutý v roce 1988, se skládal z 12 položek, které se hodnotily po pozorování osob při nějaké činnosti. Dotazník vůle byl vyvinut na základě neformálních pozorování probíhajícím několik měsíců, díky němuž byly posléze formulovány

jednotlivé položky pozorování. Sloužil tedy ke strukturování a formalizaci procesu využití vůle spolu s pochopením motivace klientů a jejího ovlivnění prostředím. V roce 1990 byl dotazník revidován. Bylo popsáno čtrnáct položek, které odrážely vůli, spolu se systémem bodování, který se zaměřoval na míru spontánnosti klientovy motivace. Třetí verze byla představena v roce 1997 a obsahovala 16 položek týkajících se vůle. Na základě výsledků výzkumu a praktického využití se současná čtvrtá verze skládá ze 14 položek s upřesněnými kritérii pro hodnocení. Součástí je také zjednodušený formulář pro záznam informací o prostředí (de las Heras et al., 2007, Kielhofner et al., 1996).

Při vývoji VQ bylo provedeno několik psychometrických studií. Tyto studie potvrdily, že položky VQ reprezentují kontinuum vůle od položek vyžadujících nižší funkční úroveň (zkoumání) po položky vyžadující vyšší funkční úroveň vůle (dosažení). Výzkumy také potvrdily, že tyto položky mohou být validně interpretovány terapeuty, kteří posuzují vůli klientů s různými diagnózami. Kromě toho jednotliví terapeuti v těchto studiích používali hodnotící škálu VQ konzistentním způsobem.

Ergoterapeutka de las Heras (1993) zkoumala validitu a reliabilitu Dotazníku vůle. Výzkum byl proveden spolu s třiceti ergoterapeuty, kteří měli zkušenost s MOHO. Všichni hodnotili tři video nahrávky osob vykonávajících činnost. Koeficienty vnitřní korelace u všech 14 položek přesáhly hodnotu 0,75 a u deseti položek 0,90. Za účelem dalšího vývoje a validace Dotazníku Vůle bylo provedeno další dvoufázové ověření. To obsahovalo druhotnou analýzu dat shromážděných z prvního ověření dotazníku. Na základě této analýzy byl dotazník zrevidován a znovu byly ověřeny psychometrické vlastnosti nástroje, dle Raschova modelu měření. Z výsledku vyšlo, že všechny položky nástroje poskytují validní měření vůle. Nicméně u některých položek je nástroj dimenzovaný spíše na klienty s nižším rozsahem vůle, a pokud by měl cílit na lépe motivované jedince, byla by zapotřebí úprava. Autoři v tomto zmiňují především položku pět a třináct (Kielhofner et al., 1996).

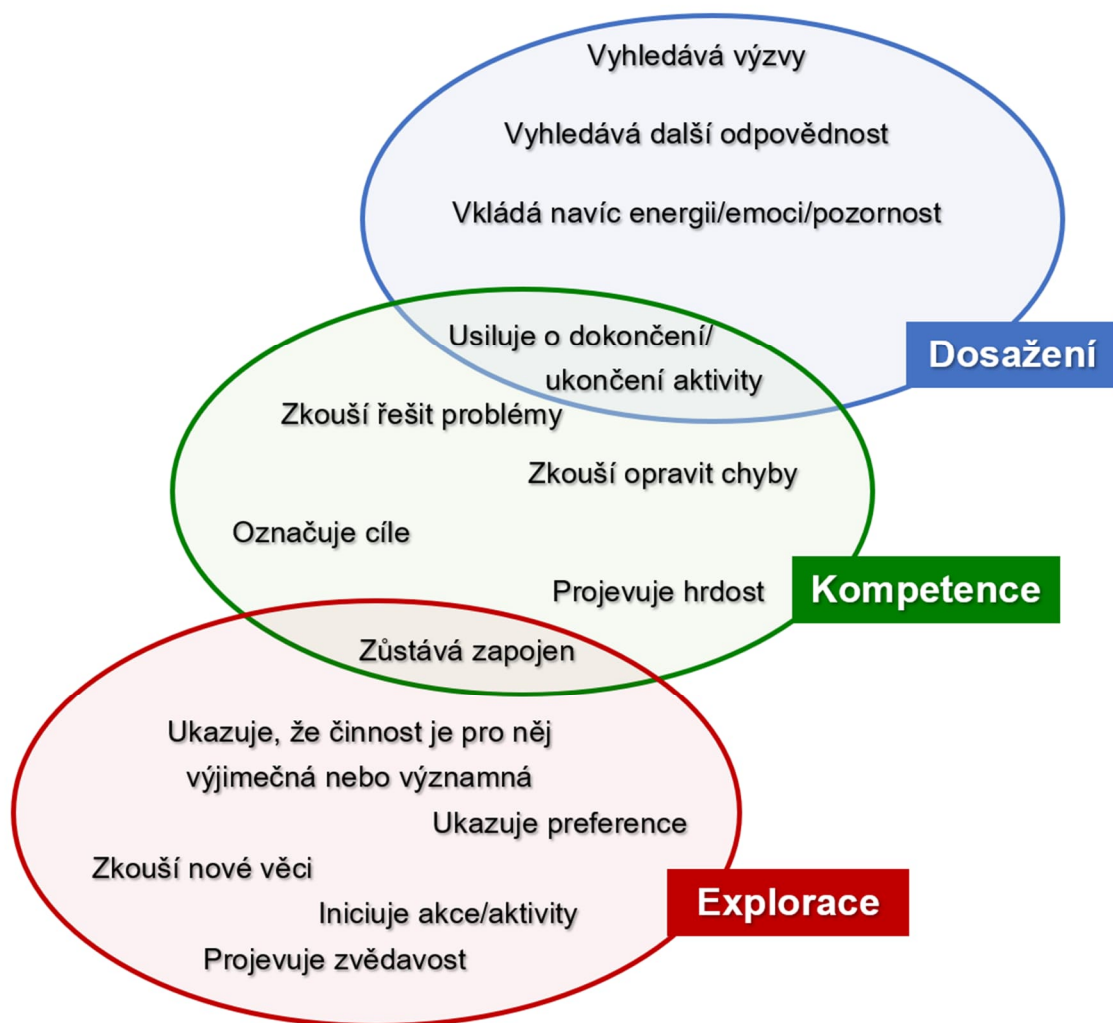
2.7.2 Hodnocené položky

Dotazník nyní obsahuje 14 hodnocených položek, u kterých terapeut zvažuje, zda klient předvede danou položku spontánně, s maximální či minimální podporou nebo je zcela pasivní. Jedná se tedy o čtyř bodovou hodnotící škálu. Terapeut nehodnotí, zdali a v jaké kvalitě klient úkol zvládne, ale samotnou snahu o provedení úkolu. Zároveň je prováděn přesný záznam prostředí, ve kterém je činnost vykonávána. Díky tomu je možné identifikovat hodnoty a zájmy klienta, pokud není klient schopen tyto informace verbálně sdílet. Souběžně s tím je terapeut

schopen popsat prostředí, které je pro klienta nejvíce podporující a motivující. Tato informace podporuje na klienta zaměřenou intervenci díky lepšímu plánování a nastavování cílů terapie (Hemphill – Person, 2008).

Položky dotazníku

- Projevuje zvědavost
- Iniciuje akce/aktivity
- Zkouší nové věci
- Ukazuje preference
- Ukazuje, že činnost je pro něj výjimečná nebo významná
- Označuje cíle
- Zůstává zapojen
- Projevuje hrdost
- Zkouší řešit problémy
- Zkouší opravit chyby
- Usiluje o dokončení/ukončení aktivity
- Vkládá navíc energii/emoci/pozornost
- Vyhledává další odpovědnost
- Vyhledává výzvy



Obrázek 2.3 – Položky dotazníku vůle ve volním kontinuu (převzato z: KIELHOFNER, Gary, LLERENA Verónica, DE LAS HERAS Carmen Gloria *The Remotivation Process: Progressive Intervention for People who Experience Severe Volitional Challenges*. [2019]. [Verze 2.0]. [The University of Illinois, Chicago]: [Model of Human Occupation]. str. 54)

Dotazník vůle pohlíží na kontinuum vůle v rámci tří stádií. Těmi jsou explorace, kompetence a úspěch/dosažení vůle.

Explorace je úrovní motivace, kdy osoby projevují základní touhu po interakci s okolím a mohou při tom zažívat potěšení. Projevuje se zvědavostí a zájmem o prostředí, hledáním zajímavých a důležitých předmětů a navazováním interakcí s okolím (de las Heras et al., 2007). V této fázi klient zkouší nové věci za účelem odhalit svou kapacitu, zájmy a hodnoty (Hemphill – Person, 2008). Jedná se o základ pro budování osobní kauzality. Již v této fázi je jedinec poháněn vnitřní motivací. De las Heras, Llerena a Kielhofner (2019) zmiňují pět stádií důležitých dimenzí pro fázi explorace. Těmi jsou:

- Oproštění se od chybovosti (je možné zažívat chyby i úspěch v bezpečném prostředí rovnoměrně)
- Radost a potěšení
- Objevování (poznávání vlivu svých činů na svoje bezprostřední okolí skrze zkušenosti s výzvami, předměty a dalším)
- Volba (souvisí s konceptem svobody provázejícím celou fází explorační)
- Absence časových limitů.

Kompetence označuje úroveň motivace, v níž klient již poznává svoje schopnosti ve výkonu činnosti a prožívá zároveň radost. Staví tedy na základech vybudovaných ve fázi explorační. V této fázi se klient snaží nejen zkoumat okolí, ale i se aktivně zapojit a ovlivnit své prostředí. Odráží se zde rostoucí pocit vlastní kontroly spolu s ochotou vynaložit úsilí ke zvýšení efektivity práce. Ve fázi kompetence je kladen důraz na konzistentní uspokojivý výkon a na schopnost řešení problémů a opravování chyb. Pro jedince je již důležitá kvalita výsledku prováděné činnosti (de las Heras et al., 2007). V rámci této fáze již klient využívá znalosti svých kapacit k dosažení svých cílů (Hemphill – Person, 2008).

Dosažení vůle, úspěch, tedy třetí stádium volního kontinua, je propojením dvou předchozích fází. Jedná se o úroveň, ve které se jedinec snaží naučit nové dovednosti či zvládnout nové úkoly. Vykazuje tedy konzistentní výkon, který reaguje na požadavky prostředí. Přináší radost z vykonané činnosti a zároveň zvyšuje pozitivní náhled na své schopnosti, pozitivně ovlivňuje kauzální atribuci jedince. Osoba se zároveň snaží o zvýšení či udržení nastavené interakce s prostředím a o dokončení činnosti dle nastavené společenské normy (de las Heras et al., 2007).

2.7.3 Způsob hodnocení

Nástroj je založen na standardizovaném pozorování. To může probíhat, když se klient věnuje jakýmkoli volnočasovým aktivitám, činnostem denního života nebo produktivním formám/úkolům zaměstnávání. Pokud mají klienti úroveň vůle na nízkém stupni, může se pozorování týkat pouze toho, zda je osoba schopna nejzákladnější interakce s prostředím. S rozvojem motivace osoby se kontext pozorování obvykle stává komplexnějším, náročnějším a rozmanitějším. Hodnocení je možné započít po pěti minutách pozorování a může trvat do třiceti minut (de las Heras et al., 2007). Čím se terapeut v hodnocení stává zběhlejším, tím kratší doba pro pozorování většinou stačí. V rámci hodnocení je třeba zaznamenat i charakteristiky prostředí, pro které je vytvořen formulář.

2.8 Remotivační proces

2.8.1 Popis procesu

Kielhofner zdůrazňuje (de las Heras et al., 2007), že v rámci používání Dotazníku vůle je velmi důležitá znalost struktury vůle a zároveň možnosti navazujícího Remotivačního procesu, proto bude krátce představen i ten. Remotivační proces je založen na přesvědčení, že všichni jedinci mají vnitřní potřebu zkoumat a cítit se úspěšní v tom, co dělají. Různé nepříznivé události mohou způsobit, že se jejich vůle sníží nebo se nerozvine naplno. Tento proces zahrnuje podrobnou intervenci, která sleduje přirozené kontinuum vývoje volních procesů, které jedinci v průběhu života prožívají (de las Heras, Llerena a Kielhofner, 2019). Pro práci s Remotivačním procesem je potřeba se seznámit s konceptem MOHO, jelikož využívá v rámci celého volního kontinua v čase i ostatní nástroje modelu. Remotivační proces nemusí využívat pouze ergoterapeut, ale celý program může být vedený i jiným odborníkem z multidisciplinárního týmu (de las Heras, Llerena a Kielhofner, 2019).

První popis Remotivačního procesu vznikl v roce 1988 na základě studie s padesáti osobami se schizofrenií v psychiatrické nemocnici. Remotivační proces byl dále používán i pro osoby s demencí. V roce 1999 vznikl první ucelený protokol. Následně probíhala studie o 200 probandech a souběžně byl proces využíván v rámci jednotlivých intervencí. Poté byl v roce 2003 vydán první manuál k Remotivačnímu procesu. Během kvantitativní analýzy dat pro Dotazník Vůle se ukázalo, že spolu s Remotivačním procesem dochází u klientů ke zlepšení po čtyřech měsících z hodnocení pasivní k váhavý. Výzkum prokázal zvýšení spokojenosti klientů, ale stejně tak i profesního sebevědomí terapeutů (de las Heras, Llerena a Kielhofner, 2019).

Důležitým prvkem, který se v Remotivačním procesu a pohledu na klienta objevuje, je dělení na mikro-realitu a makro-realitu klientova světa. De las Heras (2019) používá termín mikro realita pro označení reality unikátně prožité klientem, jeho zkušenosti a okolnosti zaměstnávání. Patří sem například klientovo vnímání minulých i současně vykonávaných činností nebo zkušenost se sociálními či fyzickými aspekty prostředí, či kultura jedince. Makro realita oproti tomu zahrnuje sociální interpretaci klientovo okolností zaměstnávání a příslušných rozhodnutí k tomu se vztahujících. Patří sem pohled okolí na klientovu vůli. Jedná se o pocity a realitu vytvořenou vnímáním klienta rodinou či nejbližším okolím (de las Heras, Llerena a Kielhofner, 2019).

2.8.2 Jednotlivé fáze procesu

Jednotlivé fáze v Remotivačním procesu vychází z volního kontinua popsaného u charakteristiky vůle pro MOHO. Celý remotivační proces je veden tak, aby terapeut procházel jednotlivé úrovně spolu s klientem namísto prostého zadávání úkolů. Terapeut poskytuje vždy potřebnou míru podpory tak, aby se klient mohl cítit jistě a bezpečně v dané fázi. Toho docílí dostatečnou empatií a rozhovory, v případě fáze explorace i možnou fyzickou dopomocí. Během celého procesu spolupracuje s klientem a je sám součástí skupiny. Během úrovně dosažení vůle poskytuje podporu již nepřímo, ale je stále s klientem v přítomném okamžiku (de las Heras, Llerena a Kielhofner, 2019).

Explorace

V rámci fáze explorace je klíčovým porozumění mikro realitě klienta. Klient prochází všemi fázemi popsanými v Dotazníku vůle. Pro tuto fázi je důležitý čas a trpělivost spolu s podpůrným sociálním prostředím zproštěným nerealistických očekávání. Terapeut v této fázi nejvíce využívá z nástrojů MOHO právě Dotazník vůle. Zároveň rozlišuje exploraci samotnou a facilitaci explorace, která je přítomna během celého procesu změny a objevuje se ve chvíli, kdy je jedinec již zapojený v participaci. Facilitace explorace je využívána terapeutu, pokud jedinec přijímá nové výzvy či si stanovuje cíle. Remotivační proces vychází z popsaných dimenzí explorace a popisuje fáze, které v exploraci probíhají. Pro každou z těchto fází popisuje jednotlivé kroky a cíle, které ji provází.

Kompetence

Ve fázi kompetence dochází ke zrychlení procesu a přesunu k aplikaci facilitace explorace. A to s ohledem na potřebu čelit výzvam, které tuto fázi provází. Terapeut tedy předkládá náročnější příležitosti pro zvýšení klientova pocitu vlastní efektivity. Spolu s tím poskytuje klientovi individuální konzultace a zpětnou vazbu. V této části jsou rozepsány k fázím i strategie a cíle intervence.

Fáze jsou dvě, a *to nalezení smyslu vlastní hodnoty a prožívání a vyprávění vlastního příběhu*. Spolu s Dotazníkem vůle je v tomto období doporučen nejdříve Sebehodnotící dotazník zaměstnání (dále OSA) a Škála vlivu pracovního prostředí (WEIS). Zároveň jsou rozepsány doporučené otázky kladené terapeutem. Ty jsou cílené na jednotlivé subsystemy ve vztahu k vůli – tedy hodnoty, zvyky, role a kapacitu výkonu. K těm jsou nastavené strategie terapie.

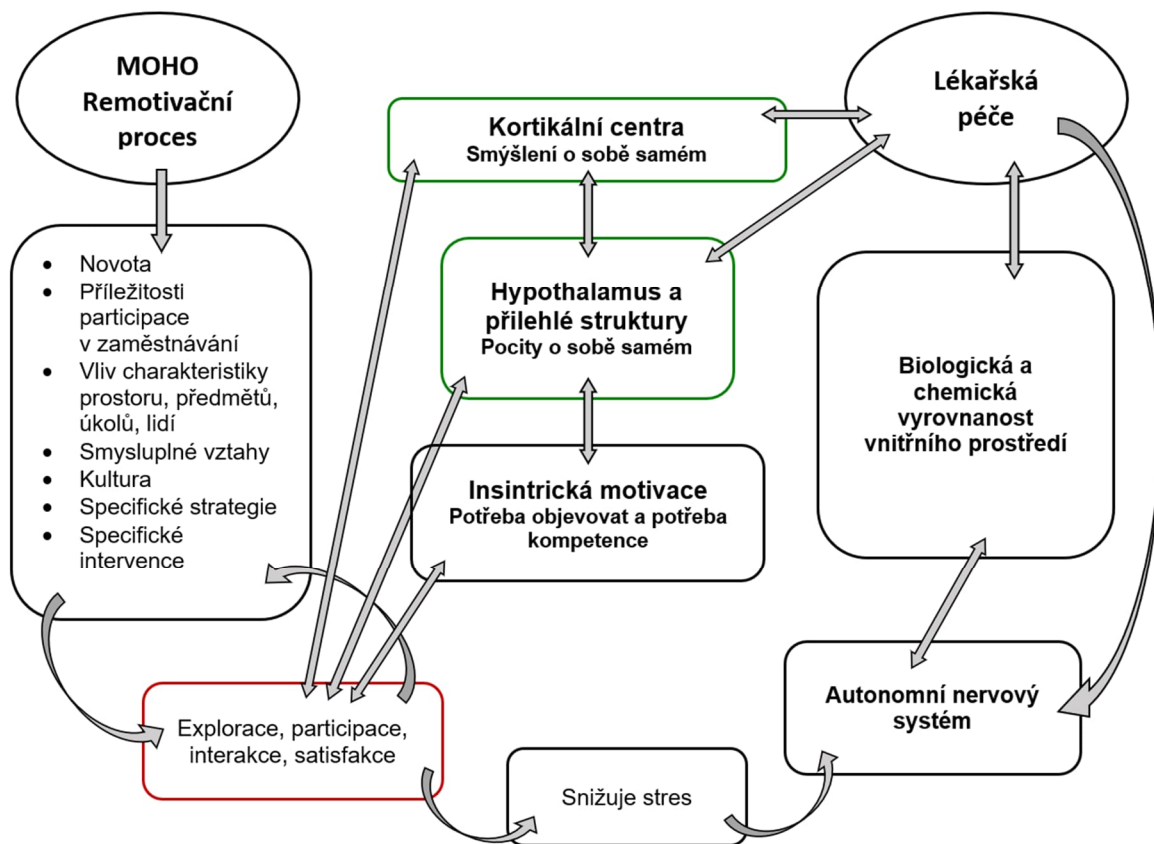
Úspěch, Dosažení vůle

V této fázi jedinec upevňuje svoje návyky a vyhledává nové výzvy. Intervence se zaměřuje na nastavení konzistence mezi sebehodnotou a participací v aktivitách. Snaží se o vhléd do životního stylu jedince ve vztahu k profesní identitě a prostředí. Mnoho strategií z předchozí fáze je zachováno. V tomto období se ale klient snaží o dosažení nejvyšší možné úrovně úspěchu v rámci jeho rolí. Je popisováno stádium sebehodnocení a sebeobhajoby spolu se strategiemi, intervencí a jednotlivými cíli. V rámci strategií je využívána především zpětná vazba, poradenství. Terapeutova role se také mění, jelikož přechází z vedení terapie do role konzultanta. V konečné fázi volního kontinua se uplatňují svépomocné skupiny. Z nástrojů je využíván Dotazník vůle a Dotazník rolí (de las Heras, Llerena a Kielhofner, 2019).

2.8.3 Využití u pacientů s psychotickým onemocněním

Jak již bylo zmíněno, psychotická onemocnění zasahují do procesu vůle a mohou ho významně ovlivnit. Manuál k Remotivačnímu procesu zmiňuje, že právě u schizofrenie dochází k narušení myšlení a kognitivních funkcí, což do tohoto procesu zasahuje (de las Heras, Llerena a Kielhofner, 2019). V případě duálních diagnóz spojených se závislostí, jejichž počet se odhaduje na 47 %, je popisován vyšší výskyt narušení kognice i percepce a zároveň vzrůstá riziko relapsů, sociálního vyloučení a bezdomovectví, což jsou všechno aspekty, které do procesu vůle zasahují. Dle anglické studie zaměřené na transformaci nemocniční péče v psychiatrii na využití MOHO, kde byl využíván Dotazník vůle a Remotivační proces, došlo u klientů ke zlepšení, zvýšení motivace k práci a u terapeutů ke zvýšení profesního sebevědomí (Melton, Forsyth a Metherall, 2008), což popisuje i Manuál k Remotivačnímu procesu (de las Heras, Llerena a Kielhofner, 2019). Je ale důležité uvést, že Remotivační proces probíhá souběžně s farmakologickou léčbou a v některých případech příliš nízkého skóre v Dotazníku vůle v akutní fázi onemocnění je nutné vyčkat na nástup efektu medikace před zahájením samotného procesu (de las Heras, Llerena a Kielhofner, 2019). Vztah mezi medikací, Centrální nervovou soustavou (dále CNS), vůlí a Remotivačním procesem vyjadřuje obrázek 2.4. Z obrázku je patrné, že motivace a vůle jsou komplexním procesem a pro jeho ovlivnění je třeba zapojovat všechny formy léčby. Farmakologická léčba velmi pomáhá regulaci autonomního systému a teprve ve chvíli, kdy nasedne, je možné pracovat více s vnitřní motivací a ovlivňovat vlastní pocity o sobě (hypothalamus) spolu s myšlením sám o sobě (kortikální centra). MOHO využívá specifické strategie a intervence v dané posloupnosti tak, aby bylo

možné dosáhnout explorace, participace, interakce a satisfakce a tím napomohlo spolu s farmakologickou léčbou kýženým změnám v hypothalamu a kortikálních centrech.



Obrázek 2.4 – Vztah medicíny, onemocnění, MOHO Remotivační proces a anatomický podklad (převzato z: KIELHOFNER, Gary, LLERENA Verónica, DE LAS HERAS Carmen Gloria The Remotivation Process: Progressive Intervention for People who Experience Severe Volitional Challenges. [2019]. [Verze 2.0]. [The University of Illinois, Chicago]: [Model of Human Occupation]. str.25)

2.9 Shrnutí

Motivace je fenoménem, který reprezentuje tendenci vyhledávat výzvy, rozšiřovat kapacitu a objevovat. Tento princip je klíčový pro další rozvoj a učení (Deci a Ryan, 2000). Motivaci je na základě dualistického dělení možné rozdělit na vnitřní (intrinsickou) a vnější (extrinsickou) (Ryan a Deci, 2000). Toto dělení je v ergoterapii využíváno nejvíce, jelikož je popisována práce především s vnitřní motivací (Taylor, 2017). Vůle referuje o motivaci k činnosti a je dynamickým systémem, který je ovlivněn působením prostředí (Taylor, 2017).

Psychotická onemocnění neboli poruchy duševní a poruchy chování, z nichž nejčastější je schizofrenie, zasáhnou dle Světové zdravotnické organizace (WHO) jednoho člověka ze tří

set (Global Health Data Exchange, 2019). Vůle je nezbytným předpokladem v terapii pacientů s psychotickým onemocněním, jelikož napomáhá zvládnání stresu a částečně koreluje s psychopatologií onemocnění. Právě poruchy motivace a vůle jsou možným negativním symptomem v diagnostice schizofrenie (Praško, 2005). Až polovina pacientů se schizofrenií je diagnostikována duální diagnózou připojené závislosti. V těchto případech je vyšší riziko sociálního vyloučení i bezdomovectví (Hýža, Šilhán, Kašpárek, 2019). Sociální účast a prostředí jsou jedním z hlavních jevů, které motivaci a vůli ovlivňuje a je zároveň ovlivnitelné (de las Heras, Llerena a Kielhofner, 2019). Motivace je považována za klíčovou v rámci klinické praxe (Kielhofner, 2009, Pentland et al., 2018). Je několik možností hodnocení motivace a vůle. Jedná se například o Motivační rozhovory nebo Sebehodnocení sociální adaptace (Hemphill – Person, 2008). v rámci českého prostředí je možné využít Dotazník motivace k výkonu, ten byl ale vytvořen pro oblast personalistiky (Sedláková a Knapová, 2017). Další možností je Dotazník vůle z konceptu MOHO. Ten je jako jediný založený na pozorování terapeutem bez využití úkolů tužka – papír, je tedy využitelný i u pacientů s velmi nízkou úrovní motivace a vůle (Hemphill – Person, 2008, Taylor, 2017).

Dotazník samotný je využitelný pro další nastavení vhodné terapeutické intervence s ohledem na odkrytí úrovně motivace a hodnocení prostředí a je nezbytným prvním krokem před zahájením remotivačního procesu (de las Heras, Llerena a Kielhofner, 2019). Na Dotazník vůle navazuje Remotivační proces, který nabízí terapeutům vhodné strategie v každé z fází volního kontinua pro terapii a popisuje další nástroje využitelné v intervenci. V českém prostředí nástroj pro hodnocení motivace a vůle ergoterapeutem u pacientů s duševními poruchami a poruchami nálady chybí. Dotazník vůle se jeví jako nejvhodnější pro práci s klienty s psychotickým onemocněním a je využitelný i pro následné správné nastavení intervence pro posilování motivace a vůle pacientů. Tato diplomová práce se proto bude nadále zabírat právě Dotazníkem vůle a možností zavedení tohoto dotazníku do českého prostředí, což je první krok pro možnost práce s následným Remotivačním procesem.

3. Praktická část

3.1 Cíle práce

Hlavním cílem diplomové práce je překlad Dotazníku Vůle (Volitional Questionnaire) do českého prostředí zahrnující zpětný překlad. Práce by měla nabídnout novou možnost hodnocení motivace a vůle u pacientů s duševními poruchami a poruchami nálad. Spolu s tím i zaměření následné intervence díky lepšímu porozumění okolnostem ovlivňujícím motivaci a vůli jedince.

Teoretická část práce si klade za cíl sumarizaci soudobých poznatků nejen o motivaci a vůli jako takové, ale zároveň o možnostech jejího hodnocení a ovlivnění u pacientů s psychotickým onemocněním v ergoterapii.

Praktická část si klade za cíl ověření překladu Dotazníku vůle spolu s ověřením jeho využitelnosti v českém ergoterapeutickém prostředí. Na základě poznatků získaných v teoretické části práce spolu a cílem zavedení dotazníku do českého prostředí bude během testování sledována možnost pozorování jednotlivých položek a administrativní aspekty dotazníku v praxi. Krivošíková (2009) popisuje otázky, které by si terapeut měl pokládat při výběru standardizovaného hodnocení. V části klinické využitelnosti je důležité zvážit čas potřebný k provedení testu, jeho vyhodnocení a interpretaci spolu s porozuměním manuálu a postupu bodování (Krivošíková, 2009). Administrativní vlastnosti dotazníku byly popsány v teoretické části práce, v praktické části budou sledovány v českém prostředí a diskutovány.

Výzkumné otázky:

- Jaké jsou možnosti posílení motivace a vůle v ergoterapii u lidí s psychotickým onemocněním?
- Jaká je využitelnost českého překladu Dotazníku vůle u lidí s psychotickým onemocněním v ergoterapeutické intervenci?

Zároveň byly stanoveny výzkumné hypotézy. Těmi jsou:

- „Dotazník vůle naráží v komunitní péči na rozdíl od hodnocení pacientů ve zdravotní péči na svůj hodnotící strop.“
- „Dlouhodobá hospitalizace má vliv na úroveň motivace a vůle jedince.“
- „Opakované pozorování pacienta podává terapeutovi komplexnější výsledky o aspektech motivace a vůle jedince než jediné pozorování.“

3.2 Metodologie diplomové práce

Diplomová práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část je zpracována na základě zdrojů z převážně zahraniční literatury a je v podstatě literární rešerší na zvolené téma. Věnuje se problematice motivace a vůle a možnostem jejího ovlivnění, především u pacientů s psychotickým onemocněním.

Praktická část se zaměřuje na konkrétní nástroj, který je popsán v teoretické části, a to Dotazník vůle, na jehož základě je možné hodnotit motivaci a vůli jedince a následně s ní dle provedeného hodnocení pracovat v intervenci. Cílem je převedení nástroje Dotazníku vůle do českého jazyka a jeho následné pilotní ověření v českém prostředí na probandech s duševním onemocněním a poruchami nálad. Hlavní metodou je proces převodu se zpětným překladem, který je popsán níže. Aby byl překlad možný, byla zakoupena licence od Univerzity Illinois v Chicagu (UIC) zodpovídající za nástroje MOHO. Z toho důvodu ale není možné dotazník sdílet veřejně, proto je v práci obsažen pouze v tištěných přílohách spolu s pracovním překladem manuálu hodnocení a částí přeloženého Remotivačního procesu, a nikoliv v elektronické formě práce.

V rámci předvýzkumu je Dotazník vůle ověřován na probandech a vyhodnocován autorkou práce. Některá demografická data jsou získávána analýzou dokumentace pacienta. Hlavní metodou sběru dat je standardizované pozorování. Standardizované pozorování by mělo být záměrné, systematické, organizované a registrované. Při standardizovaném pozorování je nutné zajistit možnost statistického zpracování, proto je nutno mít předem připravený tzv. pozorovací arch (Punch, 2008). Toto splňuje právě využívaný a ověřovaný nástroj Dotazník vůle spolu s archem k hodnocení prostředí.

Hendl (2012) dále zmiňuje záznam dat skrze terénní poznámky výzkumníka. Ty mohou být buď popisné nebo reflektující. Popisné poznámky k pozorování jsou v této diplomové práci zajištěny Dotazníkem vůle a záznamovým archem prostředí. Dále si autorka práce vedla během výzkumu terénní reflektující poznámky zaznamenávající subjektivní dojmy z testování ve vztahu k samotnému dotazníku, jeho překladu a využitelnosti v praxi. Terénní deník by se měl kompletovat do 24 hodin po pozorování (Hendl, 2012). Poznámky a dotazníky byly vždy kompletovány na konci dne pozorování, jedná se dohromady o sedm pozorovacích dní.

3.2.1 Překlad Dotazníku vůle

Proces převodu zahraničního nástroje do jiných jazykových mutací, nejčastěji z angličtiny, obsahuje překlad a adaptaci nástroje (WHO, 2021). Tento převod zahrnuje mimo jiné metodu zpětného překladu. WHO doporučila postup zpětného překladu, který se shoduje s postupem převedení Dotazníku vůle do jiných zemí, kde bylo ověření již provedeno, například v rámci italského, finského, švédského a íránského překladu Dotazníku vůle (Belluci et al., 2019, Kjellberg a Agren, 2008, Popova et al., 2019, Yazdani et al., 2019). Brislin (1970) doporučuje ve své práci zaměřené na zpětný překlad pro mezikulturní převod čtyři fáze. S tím se shoduje i Beaton et al. (2000).

Implementace tohoto procesu v praxi zahrnuje tyto kroky:

1. Počáteční překlad
2. Expertní panel/syntéza
3. Zpětný překlad
4. Jazyková validace/testování

Adaptace v zemích, kde byl již Dotazník vůle převeden, probíhala povětšinou na základě práce s cca třiceti probandy v týmu ergoterapeutů. Například ve švédské studii pro ověření překladu, který probíhal metodou zpětného překladu, bylo hodnoceno 26 probandů s mentálním postižením týmem třinácti ergoterapeutů, kde každý ergoterapeut provedl testování s minimálně dvěma klienty, ideálně opakovaně během šesti měsíců. Tato studie ale nevyhodnotovala psychometrická data dotazníku (Kjellberg a Agren, 2008). Adaptace italského překladu, který byl proveden metodou zpětného překladu, probíhala se zaměřením na cílovou skupinu pacientů s psychotickým onemocněním. Studie se zúčastnilo 33 probandů starších osmnácti let a šest terapeutů s minimálně desetiletou praxí. Byla vyhodnocena psychometrická data dotazníku, a to na základě srovnání s dalšími nástroji vybranými dle definice vůle v MOHO. Těmito nástroji byly Barthel Index, Short Form -12, Beck Depression Inventory-II a Camberwell Assessment of Need (CAN). Výsledky studie prokázaly dobrou reliabilitu i validitu testu (Belluci et al., 2019). Finské ověření Dotazníku vůle se zaměřilo na ověření psychometrických dat dotazníku, a to způsobem uspořádání workshopu s vysvětlením instrukcí, na základě čehož si každý z terapeutů mohl posléze vyzkoušet hodnocení na video ukázce klienta. Studie se zúčastnilo 42 ergoterapeutů a celkem bylo získáno 205 provedení dotazníku. Psychometrická data byla ověřena dílčí Raschovou analýzou, stejně jako při vývoji originálního Dotazníku vůle. Jednotlivé položky hodnocení byly prováděny na malé škále

činností, proto se kontext výsledků pacientů může v klinické praxi i v životě lišit od výsledků pozorování vyplývajících z měření (Popova et al., 2019). Íránská verze dotazníku využila také metodu zpětného překladu. Zaměřovala se na stanovení psychometrických hodnot překladu dotazníku. Studie se zúčastnilo 98 pacientů se závažnými duševními onemocněními. Podmínkou pro terapeutky byl magisterský titul a minimálně pět let praxe v psychiatrii. Testování prokázalo dobrou validitu i reliabilitu testu (Yazdani et al., 2019).

S ohledem na možnosti této diplomové práce a dostatečnou účast autorky ve výzkumu byla testující sama autorka práce, která Dotazník ověřila na dvaceti devíti probandech. Během testování, které je založené na metodě standardizovaného pozorování, byla využívána metoda terénního deníku ve formě záznamu terénních poznámek k reflexi dotazníku a práce s ním v českém překladu.

Popis procesu převodu dotazníku

1. Počáteční překlad

Dle WHO (2021) by počáteční překlad měl provést jeden překladatel, nejlépe zdravotník, který je vybaven po terminologické stránce a má vhléd do problematiky, ke které se nástroj vztahuje. Beaton et al. (2000) doporučuje pro provedení počátečního překladu dva překladatele, oba se znalostí obou jazyků a mateřským cílovým jazykem překladu. Mělo by se jednat o jednoho odborníka znalého oboru a druhého neznalého. Každý z těchto překladatelů by si měl označit části, které mu nejsou jasné nebo jsou pro něj obtížné.

V této části překladu se zapojila sama autorka, jakožto zdravotník, kterého lze považovat za znalého problematiky (T1). Brislin (1970) doporučuje v překladu užívání jasně srozumitelných slov a vět pro zajištění správnosti překladu. Zároveň doporučuje v rámci pravidel překladu využívat krátké, jednoduché věty, využívat raději podstatná jména než zájmena a využívání specifických termínů s vyvarováním se hovorových termínů. Dle těchto pravidel se autorka snažila během překladu řídit. Zároveň překlad byl diskutován s překladatelem neznalým problematiky s rodným jazykem češtiny a úrovní anglického jazyka B2, který je držitelem kvalitativních jazykových zkoušek FCE (T2). Na základě toho vznikl překlad připravený k předložení expertnímu panelu. Brislin (1970) doporučuje jednoho překladatele před zpětným překladem, ale zároveň doporučuje v případě nesrovnalostí po zpětném překladu postup opakovat dalším nezávislým překladatelem a tak dále, takže nestanovuje přímý počet potřebných překladatelů. Autorka na základě těchto postupů využila dvou překladatelů (sebe a T2) k syntéze překladu k předložení expertnímu panelu.

2. Expertní panel/syntéza

Expertní panel byl tvořen psychiatrickou skupinou České asociace ergoterapeutů. Tato skupina se sešla v počtu 14 členů a diskutovala předložený překlad dotazníku a jeho jednotlivé sledované položky. Upravila některé z pojmů na základě zkušenosti z praxe tak, aby vznikla syntéza překladu a překlad mohl být předložen nezávislému překladateli.

3. Zpětný překlad

Vzniklá verze z předchozích kroků se překládá zpět do původního jazyka. Beaton et al. (2000) doporučuje v tomto postupu využít dvou překladatelů. Tito překladatelé by neměli být znalí problematiky a měli by být dvojjazyčnými překladateli s mateřským jazykem angličtiny. WHO (2021) i Brislin (1970) označuje za dostačující jednoho překladatele s tím, že Brislin (1970) v případě nesrovnalostí doporučuje opakovat překlad. Dle toho autorka usuzuje, že je možné za dostačující považovat jednoho překladatele. Ten byl nezainteresovaný v problematice a měl za mateřský jazyk angličtinu (T3). Byl proveden zpětný překlad a jeho porovnání autorkou a překladatelem T2. Překlad byl poté poslán ke kontrole týmu MOHO na UIC, odsouhlasen a uložen do tamní databáze.

4. Jazyková validace, testování

Pro jazykovou validaci je využívána předběžná verze nástroje, která je ověřována v pilotní studii. Jazykové ověření tohoto dotazníku bylo specifické v tom ohledu, že se jedná o dotazník hodnotící probanda, ale bez jeho přičinění dotazník vyplňuje subjektivně terapeut. S ohledem na možnosti této diplomové práce a dostatečnou účast ve výzkumu autorky práce byla hodnotitelem probandů sama autorka, proto byla i hlavním hodnotitelem správnosti překladu v českém prostředí. S ohledem na to, že pilotáž překladu tvoří hlavní část této práce, budou dále rozebrány autorčiny subjektivní dojmy z práce s dotazníkem.

3.2.2 Cílová skupina, místo sběru dat

Cílová skupina

Cílovou skupinou pilotáže byly osoby s psychotickým onemocněním starší 18 let s vyloučením akutní psychózy. Akutní psychóza je rychlý rozvoj psychopatologických stavů, které mohou ohrožovat pacienta i jeho okolí (Höschl, Švestka a Libiger, 2004). Z důvodu, že se jedná o akutní, rychle se rozvíjející stav, byli pacienti s akutní psychózou vyloučeni, jelikož informace o motivaci a vůli by byly zkreslené. Pro potřeby této práce byla místa sběru dat dvě – jedno zdravotnické zařízení a jedno komunitní zařízení. Jednalo se o Psychiatrickou

nemocnici Horní Beřkovice a neziskovou organizaci Bona o.p.s., konkrétně část Jedna Bedna. Dvě rozdílná centra byla zvolena z důvodu porovnání vhodnosti využitelnosti dotazníku ve zdravotním prostředí a prostředí komunitní péče s možností lepšího ověření případných kulturních nedostatků překladu. Dle Kielhofnera je možné hodnocení využívat v jakémkoli prostředí (de las Heras et al., 2007), s ohledem na cíl této práce kulturní adaptace dotazníku budou porovnány i tyto dvě dimenze pro zhodnocení využitelnosti dotazníku v českém prostředí.

Místo sběru dat

Psychiatrická nemocnice Horní Beřkovice je zdravotnickým zařízením, které poskytuje pacientům odbornou a léčebnou péči v oborech psychiatrie, psychologie a sexuologie. Je součástí programu Reformy psychiatrické péče. Ergoterapie probíhá v rámci rehabilitačních aktivit buď individuálně, nebo skupinově v rámci terapeutických dílen, které jsou zaměřeny na různé aktivity a podporuje klienta v rozvoji soběstačnosti i v nácviku všedních denních činností. Pacienti mají k dispozici terapeutický prostor pro přímý individuální nácvik modelových situací. Činnostní terapie probíhá formou terapeutických dílen v Centru manuálních dovedností, a to dobrovolně po dohodě s lékařem s cílem vhodné aktivizace pacientů. Součástí psychiatrické rehabilitace je i pohybová terapie, která je vedena především skupinovou formou terapie s využitím kinezioterapeutických programů. Dále probíhá aktivizační činnost na odděleních a skupinová terapie.

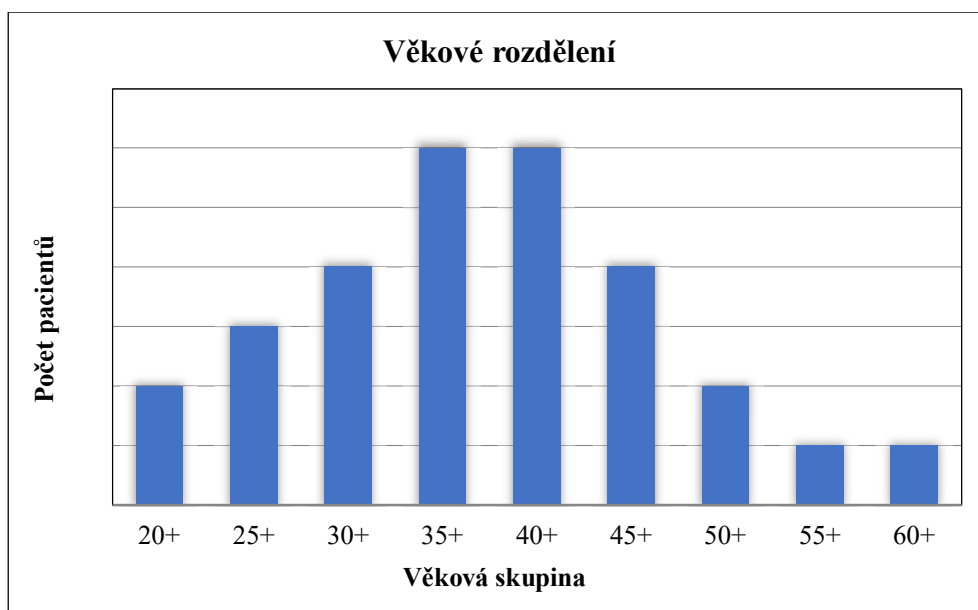
Centrum Bona o.p.s. je neziskovou organizací, která podporuje jedince se zkušeností s duševním onemocněním i jejich blízké a usiluje o dosažení co nejvyšší možné kvality života pro své klienty. Zaměřuje se především na zajištění důstojného bydlení a práce. V rámci toho poskytuje samostatné bydlení, chráněné bydlení a sociální rehabilitaci. Momentálně existuje i tým terénních pracovníků. Centrum Jedna Bedna je centrem, kde probíhá sociální rehabilitace ve dvou chráněných dílnách – textilní a sklářské. Dále je Jedna Bedna i formou podporovaného zaměstnávání, jelikož přílehlý obchod zaměstnává právě osoby, které mají vlivem svého onemocnění znevýhodněný vstup na běžný trh práce. Data byla sbírána v rámci textilní dílny. Tato nezisková organizace nezaměstnává ergoterapeuta, ale téma motivace a vůle je pro ni s ohledem na zajištění pracovního uplatnění klienta a snahu o dosažení co nejvyšší kvality života klienta klíčovým.

Účastníci pilotáže

V Psychiatrické nemocnici Horní Beřkovice bylo osloveno 30 pacientů, kteří odpovídali cílové skupině této práce, z čehož šest odmítlo se výzkumu zúčastnit a dva si to rozmysleli s ohledem na nutnost podepsání informovaného souhlasu. Bylo otestováno 23 pacientů, kteří splňovali kritéria cílové populace pro tuto práci. V centru Bona o.p.s., konkrétně v pobočce Jedna Bedna, bylo osloveno deset klientů, z čehož nakonec dva byli nemocní a nebylo možné hodnocení opakovat a jeden neudělil souhlas. Tím pádem bylo možné hodnotit sedm klientů. Celkově tak bylo ohodnoceno 29 probandů, z nichž u dvou probandů v nemocnici Horní Beřkovice a u dvou v centru Bona o.p.s. proběhlo hodnocení dvakrát.

Z probandů bylo 19 mužů a 10 žen. Pro bližší představení věkového a diagnostického rozložení probandů jsou informace znázorněny v následujících grafech.

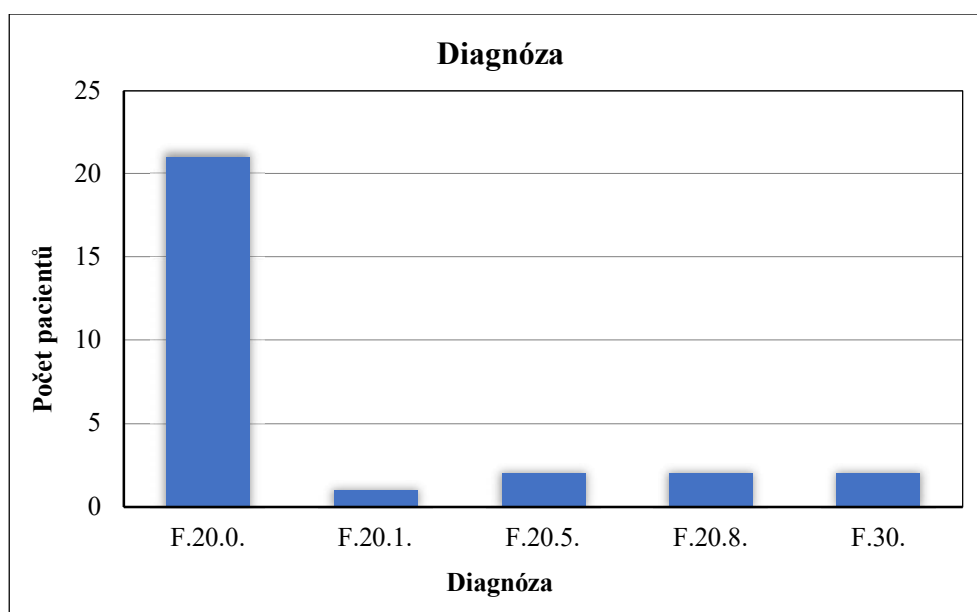
Věkové rozložení



Graf 3.1 – Věkové rozdělení

Graf 3.1 ukazuje věkové rozložení probandů. Věk probandů se pohyboval od 22 do 60 let. Nejvíce probandů bylo ve věku od 35 do 45 let.

Rozdělení diagnózy



Graf 3.2 – Rozložení zastoupení jednotlivých diagnóz

Nejzastoupenější diagnózou ve výzkumném vzorku byla schizofrenie F.20.0., jak ukazuje graf 3.2.

U 64 % probandů byla zároveň zaznamenána duální diagnóza v kombinaci s návykovými látkami.

3.2.3 Metody zpracování a analýzy dat

Pro sběr dat bylo využito standardizované pozorování s využitím přeloženého Dotazníku vůle, v rámci čehož probíhalo ověření překladu tohoto nástroje. Byl zhotoven pracovní překlad manuálu. Pro relevanci reflexe překladu byly během výzkumu autorkou vedeny terénní poznámky sloužící k reflektování překladu. Posléze byla provedena analýza těchto poznámek. Poznámka je informací, která hodnotitele napadne během provádění výzkumu a zapíše si ji. Cílem terénních poznámek je reflexe a analýza dat získaných z pozorování (Hendl, 2012). Terénní poznámky zde tedy byly využity jako nadstavba k samotnému standardizovanému pozorování a vyhodnocování dat dotazníku.

Data posbíraná dle výsledků pacientů byla zároveň vyhodnocena na základě předpokládaných hypotéz. Aby bylo možné tato data zpracovat, byl dotazník pro účely výzkumu a zpracování dat převeden do číselných hodnot, a to tím způsobem, že hodnocení jako pasivní bylo označeno 1 a spontánní 4. V případě nepozorovatelnosti položky byla zaznamenána nula.

3.2.4 Průběh realizace praktické části

Nejdříve byl přeložen Dotazník vůle, popis tohoto překladu je popsán v kapitole 2.2.1. Posléze byla oslovena Psychiatrická nemocnice Horní Beřkovice s žádostí o provedení předvýzkumu a vyzkoušení překladu. Žádost je přiložena v příloze této práce. Stejně tak bylo osloveno centrum Bona o.p.s., kde byla po další domluvě podepsána smlouva o stáži na pracovišti Jedna Bedna. Sběr dat v Psychiatrické nemocnici Horní Beřkovice probíhal v březnu 2023, v centru Jedna Bedna probíhal sběr dat v dubnu 2023. O každém z klientů byly zjištěny základní demografické informace a byl mu představen výzkum, tak, aby měl pacient dostatek informací a mohl podepsat informovaný souhlas. Pokud pacient souhlasil, proběhlo v následující terapii samotné hodnocení. Na stáži v centru Jedna Bedna byl průběh stejný.

Charakteristika prostředí

V Psychiatrické nemocnici Horní Beřkovice byli pacienti pozorováni během vykonávaných činností v Centru manuálních dovedností ve vybraných pracovních dílnách dle jejich preferencí. Jednalo se o především o dílnu keramickou, ergoterapeutickou, textilní a papírenskou a během pohybové terapie. S ohledem na to, že se pacienti vždy účastnili programu dobrovolně a vybrali si z daných možností pro ně vhodné prostředí, bylo nastavení prostředí v tomto směru řízeno pacienty. Zároveň si v jednotlivých dílnách i vybírali z daných možností činnost, které se chtějí věnovat. Prostory byly hodnoceny v dotazníku jako vnitřní s přirozeným osvětlením, které bylo v případě potřeby doplněno o umělé osvětlení. Povětšinou se jednalo o tiché prostředí s přiměřeným prostorem na práci. Předměty v místnosti byly pro klienty známé, spíše umělé než přírodní a místnost byla vybavena spíše vyšším množstvím jednoduchých i komplexních předmětů. Práce byla vždy individuální, ale často probíhala ve skupině o šesti až dvanácti lidech, kteří byli pro pacienta známí. Skupina byla utvořena na základě jednotlivých preferencí činností pacienty. Činnosti byly strukturované.

V centru Jedna Bedna probíhalo pozorování a hodnocení klienta vždy v rámci chráněné textilní dílny. Klient si vybíral činnost, na kterou se cítil a velmi často v ní pokračoval po několik sezení. Prostory byly také vnitřní s přirozeným osvětlením s možností o doplnění o umělé. Velikost prostoru byla přiměřená a prostředí bylo povětšinou tiché. Klienti pracovali s umělými i přírodními materiály a komplexními i jednoduchými předměty – v rámci dílny využívali šicí stroje, pokud se na to cítili. Klient pracoval buď samostatně, nebo ve skupině dvou lidí, práce byla ale vždy individuální. Klient měl možnost výběru strukturované činnosti z možností dílny anebo i vlastního projektu, ke kterému bylo třeba strukturu vytvořit.

Administrace dotazníku

Hodnocení je možné započít po pěti minutách pozorování a zároveň by nemělo přesáhnout třicet minut (de las Heras et al., 2007). Pozorování probíhalo vždy během činnosti, kterou si klient sám vybral, a dle výkonu činnosti mu byla poskytnuta případná verbální podpora. Dotazník byl skórován během terapie, v případě nejasností byly provedeny zápisy do terénních poznámek.

3.3 Výsledky

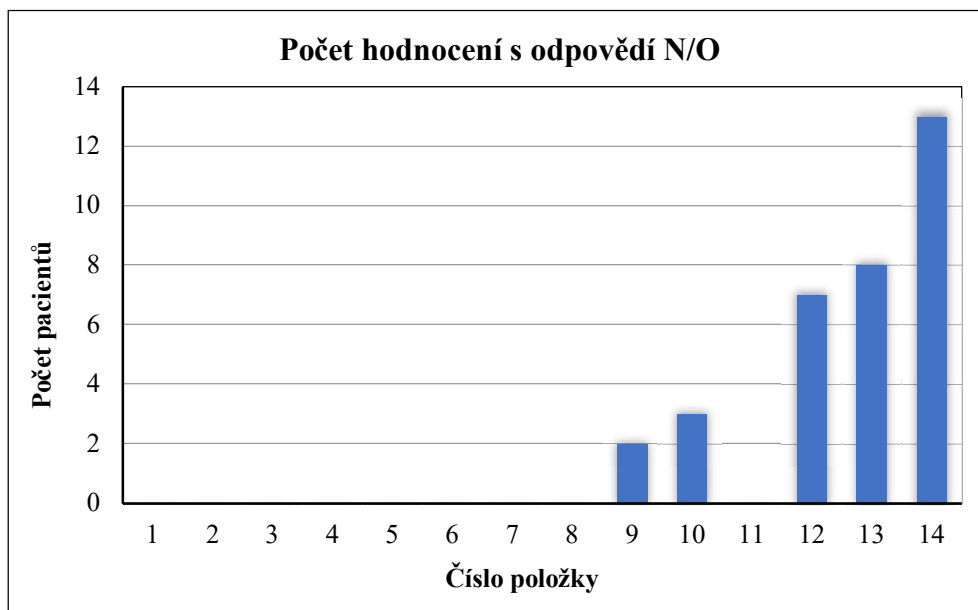
V této kapitole jsou popsány výsledky plynoucí z administrace dotazníku v praxi, opakující se položky z analýzy terénních poznámek k testování pacientů a výsledky pacientů.

3.3.1 Administrace dotazníku

Pozorovatelnost položek

Pro znázornění pozorovatelnosti jednotlivých položek byl využit systém převedení hodnocených položek na číselné hodnoty. Jelikož se jedná o hodnocení na čtyřbodové škále od hodnocení pasivní až spontánní, byly tyto stupně pro účely vyhodnocení dat této práce převedeny na číselnou stupnici. „*Pasivní*“ je hodnoceno jako jedna, „*váhavý*“ jako dva, „*zapojený*“ jako tři a „*spontánní*“ jako čtyři. V případě, že danou položku nebylo možné pozorovat, byla zaznamenána nula.

Následující graf zobrazuje jednotlivé položky, průměrné skóre pacientů a pozorovatelnost položek. Tedy kdy byly položky hodnoceny od pasivního po spontánní anebo bylo hodnoceno není možné pozorovat (N/O).



Graf 3.3 – Počet hodnocení s odpovědí N/O

Z grafu 3.3 je možné pozorovat, že průměrné skóre pacientů má klesající tendenci v rámci postupu volným kontinuem. Zároveň u posledních položek bylo nejvíce hodnoceno N/O. U položky 9 tomu tak bylo u dvou pacientů, u položky 10 u tří, u položky 12 u sedmi, třináct u osmi a u položky 14 u třinácti pacientů.

Časová náročnost

Časová náročnost dotazníku je popsána v následující tabulce.

Provedení	5-30 minut
Příprava	V začátcích administrace 30-60 minut
Administrace	Během testování, posléze (především v začátcích testování) možná nutná kontrola s manuálem dotazníku

Tabulka 3.4 – Časová náročnost dotazníku

Srozumitelnost položek

Srozumitelnost položek byla u všech položek hodnocena jako dobrá a dostatečně srozumitelná. I přes to ale z analýzy terénních poznámek vyplynulo, že k některým položkám

bylo potřeba se více vracet v bodování a konfrontovat je s manuálem. Mezi tyto položky patří položka „zkouší nové věci“, „ukazuje preference“ a u „vyhledává další odpovědnost“ a „vyhledává výzvy“.

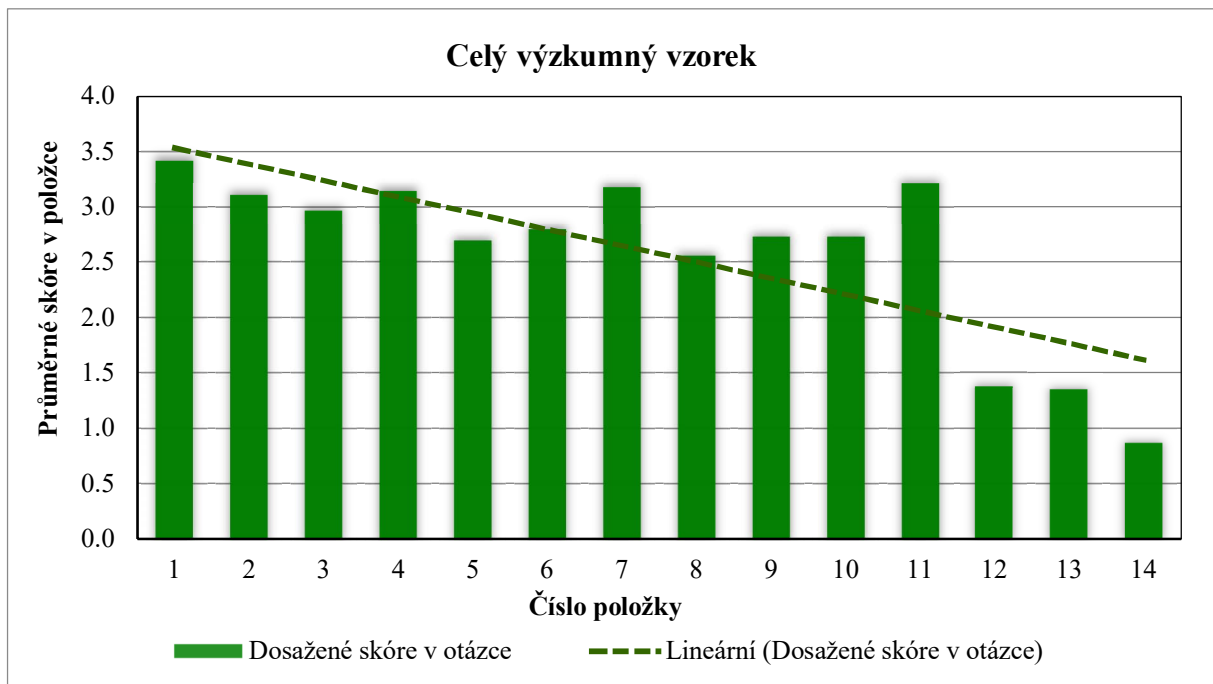
V Horních Beřkovicích byl vyšší počet skórování nelze pozorovat. Pouze v položce 14 bylo v Boně o.p.s. Jedna Bedna skórováno nelze pozorovat, a to jednou.

3.3.2 Analýza terénních poznámek

Během analýzy terénních poznámek byly vybrány nejčastěji se objevující poznámky ze všech provedených pozorování. Terénní deník s poznámkami je uveden v příloze této práce.

- Rozlišení míry podpory podávané pacientovi – neustálé zvědomování
- Rozlišení skórování „pasivní“/ „nelze pozorovat“ není vždy jednoznačné
- Potřeba konfrontovat s manuálem jednotlivé položky
- Potřeba vracet se k manuálu po administraci
- Tendence přemýšlet nad tím, jestli pokud skóruji pasivně v nižších položkách dotazníku, postupuji správně, pokud ve vyšších položkách skóruji u pacienta lépe
- Položka „Vyhledává výzvy“ – jaké nastavení prostředí je vhodným tak, aby toto nabízelo?
- Pozorovatelnost posledních položek („vyhledává další odpovědnost“, „vyhledává výzvy“) – zvažení, zdali je opravdu vidím, ale pacient je pasivní nebo není možnost pozorovat

3.4 Výsledky pacientů



Graf 3.4 – Celý výzkumný vzorek

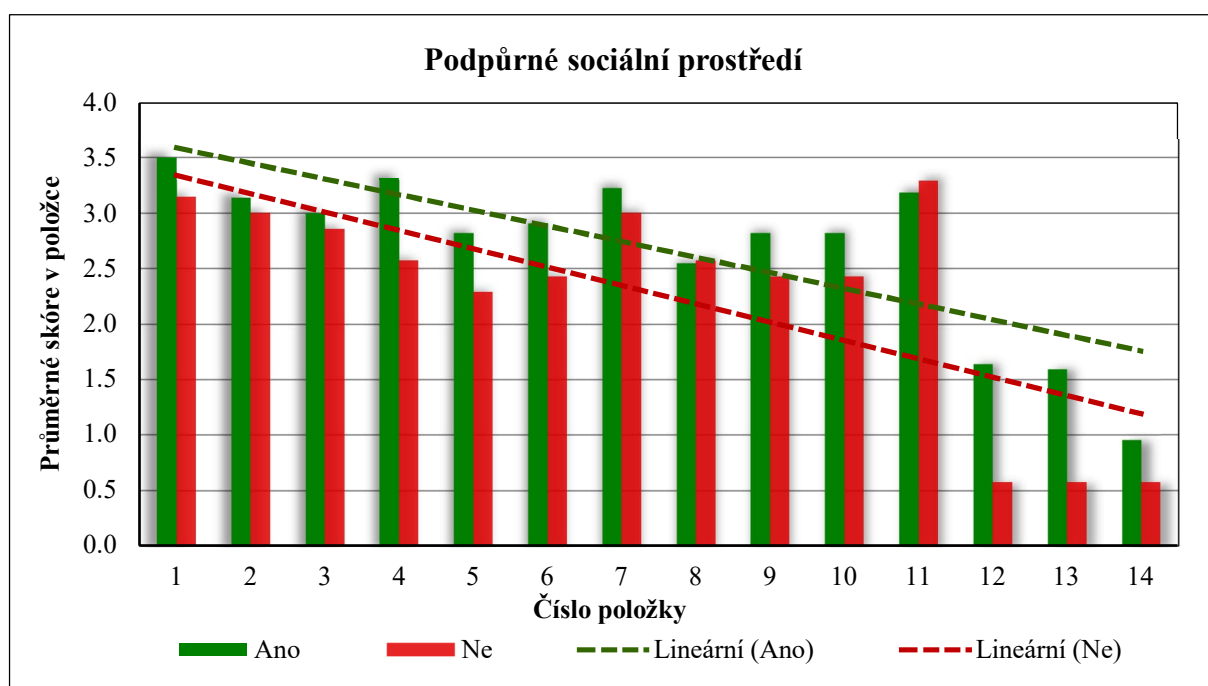
Graf 3.4 popisuje souhrnné výsledky všech hodnocených pacientů. Celý výzkumný vzorek pacientů v obou zařízeních dosahoval spíše prvních úrovní motivace ve volném kontinuu, směrem k posledním položkám počet skórování vyšším ohodnocením klesá.

Během odebírání anamnestických údajů z dokumentace a následného testování dotazníku se ukázalo, že výsledky pacientů se mohou lišit v spolu s některými proměnnými, zaznamenanými z dokumentace. Ve výzkumném vzorku bylo 64 % probandů s duální diagnózou návykových látek. Pacienti se lišili i v možnosti podpůrného sociálního prostředí. S ohledem na popisovanou možnost ovlivňování motivace a vůle těmito aspekty (De las Heras, Llerena a Kielhofner, 2019; Hýža, Šilhán, Kašpárek, 2019) byly porovnány výsledky dotazníku ve vztahu k těmto údajům. Pro čtenářovu lepší představu o výzkumném vzorku ve vztahu k těmto proměnným a jednotlivým výsledkům jsou základní údaje o pacientech znázorněny v následujících grafech.

Podpůrné sociální prostředí

Podpůrné sociální prostředí		
Skupina	Ano	Ne
Počet pacientů	76 %	24 %
Průměrné skóre	2.68	2.27

Tabulka 3.5 – Výsledky pacientů v závislosti na podpůrném sociálním prostředí



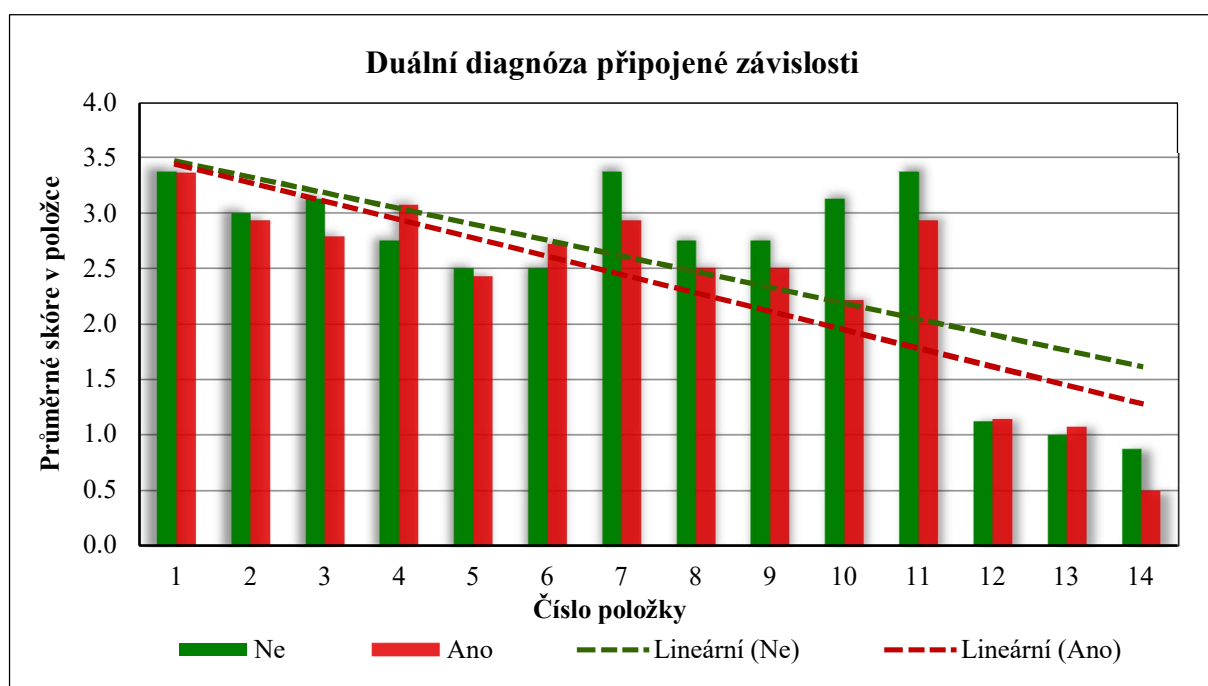
Graf 3.5 – Výsledky pacientů v závislosti na podpůrném sociálním prostředí

Podpůrné sociální prostředí bylo zaznamenáno jako aktivní rodinné vazby v anamnéze. Bylo tomu tak u 76 % pacientů z výzkumného vzorku. Z grafu 3.5 je možné vidět, že pacienti, u kterých bylo v anamnéze zaznamenáno podpůrné sociální prostředí v rodinných vazbách, dosahovali průměrně vyššího hodnocení v jednotlivých položkách oproti pacientům, u kterých tomu tak nebylo, a to o 18 %.

Duální diagnóza návykových látek

Duální diagnóza připojené závislosti		
Skupina	Ano	Ne
Počet pacientů	64 %	36 %
Průměrné skóre	2.36	2.54

Tabulka 3.6 – Výsledky pacientů v závislosti na duální diagnóze připojené závislosti



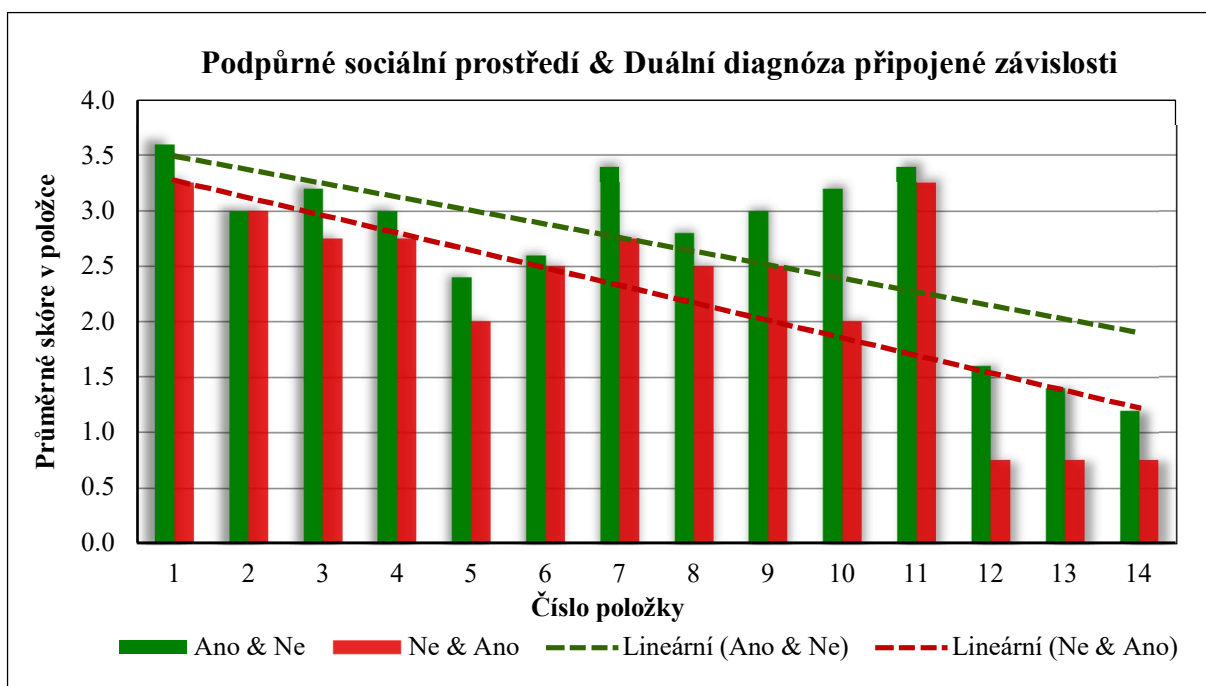
Graf 3.6 – Výsledky pacientů v závislosti na duální diagnóze připojené závislosti

Duální diagnózu návykových látek mělo 64 % pacientů ve výzkumném vzorku. Pacienti bez duální diagnózy návykových látek dosahovali v rámci volního kontinua o 8 % vyššího hodnocení v jednotlivých položkách, jak ukazuje graf 3.6.

Duální diagnóza spolu s absencí podpůrného sociálního prostředí

Podpůrné sociální prostředí & Duální diagnóza připojené závislosti				
Skupina	Ne & Ano	Ne & Ne	Ano & Ano	Ano & Ne
Počet pacientů	18 %	14 %	45 %	23 %
Průměrné skóre	2.25	2.29	2.41	2.70

Tabulka 3.7 – Výsledky pacientů v kombinaci podpůrného sociálního prostředí a připojené závislosti



Graf 3.7 – Výsledky pacientů v kombinaci podpůrného sociálního prostředí a připojené závislosti

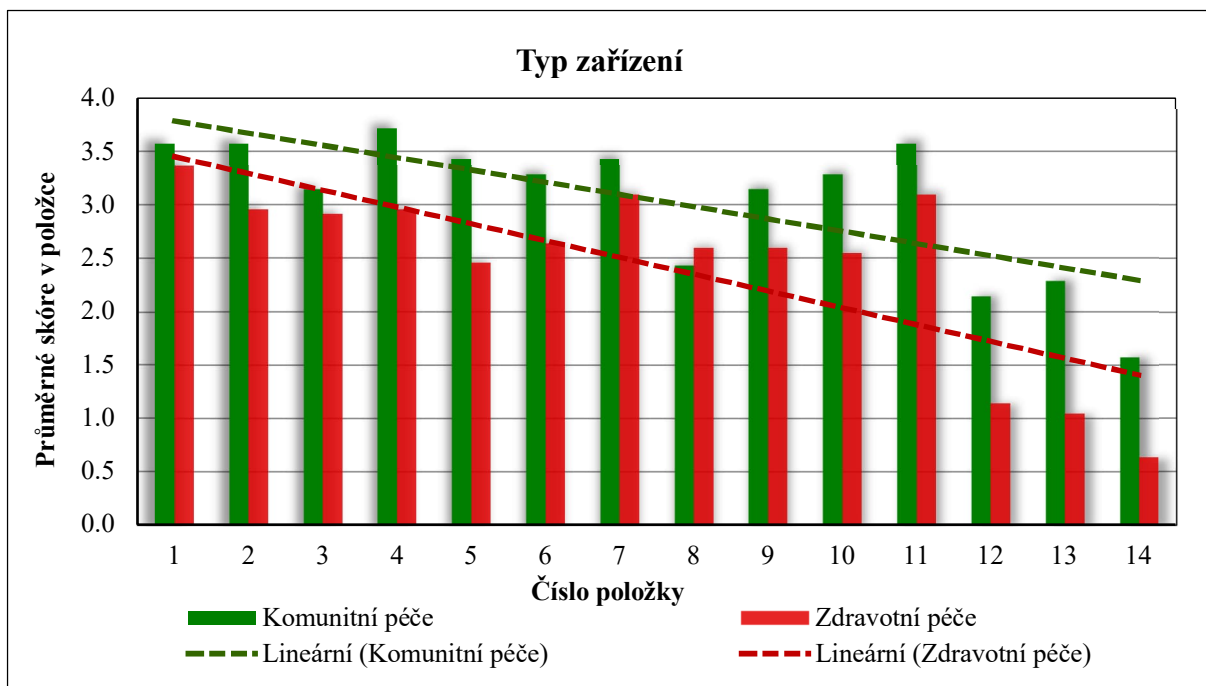
V kombinaci výše popsaných proměnných, tedy přítomnosti podpůrného sociálního prostředí a absence abusu návykových látek dosahovali pacienti v hodnocených položkách o 20 % lepšího hodnocení než v opačném případě, jak ukazuje graf 3.7. Procentuální rozdělení pacientů ve výzkumném vzorku bylo 18 % pacientů s duální diagnózou návykových látek bez podpůrného sociálního prostředí a 23 % pacientů s opačným extrémem proměnných.

3.5 Vyhodnocení hypotéz

H1: „Dotazník vůle naráží v komunitní péči na rozdíl od hodnocení pacientů ve zdravotní péči na svůj hodnotící strop.“

Typ zařízení		
Skupina	Zdravotní péče	Komunitní péče
Počet pacientů	76 %	24 %
Průměrné skóre	2.43	3.04

Tabulka 3.8 – Výsledky



Graf 3.8 – Výsledky

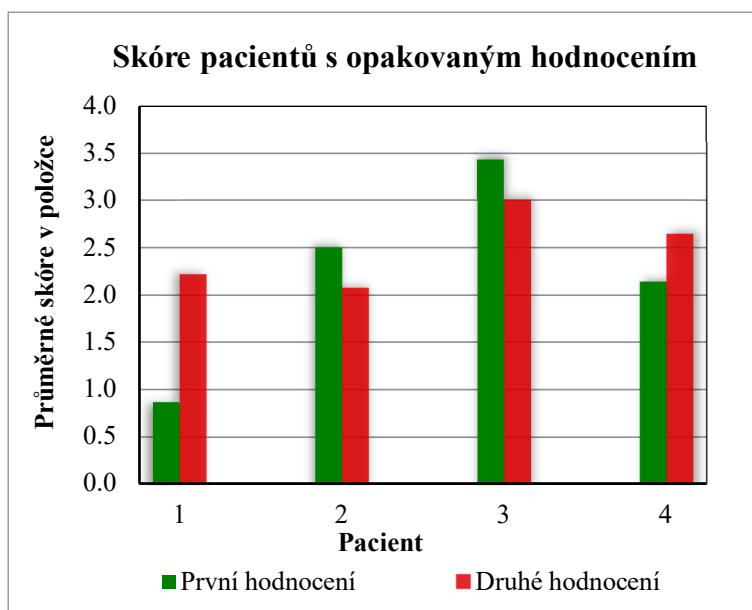
Hypotéza H1 byla na základě výsledků testování zamítnuta. De las Heras, Llerena a Kielhofner (2019) upozorňují na fakt, že slabostí dotazníku je menší citlivost v případě vyšší motivace a vůle u pacientů. I přes to, že pacienti vykazovali vyšší míru motivace a vůle v komunitní péči, jak ukazuje graf 3.8, Dotazník vůle bylo stále možné plnohodnotně využít ke zjištění detailnějších a komplexnějších informací o motivaci a vůli jedince. Pěč, Weningová a Raiter (2009) zmiňují, že právě chronicky nemocného pacienta je potřeba dále motivovat. Stejně tak jako je důležité, aby byly služby ideálně nastaveny pro nemocného, klienti vůči nim měli realistická očekávání a služby jim byly schopny poskytnout přiměřené možnosti rozvoje schopností a dovedností. Pacienti dosahovali vyšší úrovně motivace v komunitní službě Jedna Bedna, zvláště v posledních třech položkách. Dotazník ale nenarážel na hodnotící strop.

H2: „*Dlouhodobá hospitalizace má vliv na úroveň motivace a vůle jedince.*“

Hypotézu H2 nebylo možné v rámci této diplomové práce ověřit, jelikož se problém ukázal být mnohem komplexnějším. Je těžké rozlišit dlouhodobou hospitalizaci, jelikož pacient se může pohybovat dlouhodobě mezi zařízeními a není možné zjistit a porovnat dlouhodobost hospitalizace v rámci jednoho zařízení.

H3: „*Opakované pozorování pacienta podává terapeutovi komplexnější výsledky o aspektech motivace a vůle jedince než jediné pozorování.*“

Hypotéza verifikována. U čtyř pacientů, z nichž dva byli hospitalizováni v Horních Beřkovicích a dva docházeli do komunitního centra Jedna Bedna, se ukázala rozdílná úroveň motivace při opakovaném pozorování, jak ukazuje graf 3.9. Toto potvrzuje i de las Heras, Llerena a Kielhofner (2019), kteří říkají, že opakované pozorování může podat přesnější výsledky o kontextu motivace a vůle jedince ve vztahu jedince a prostředí. Stejně tak každé prostředí ovlivňuje jedince rozdílným způsobem v závislosti na vůli jedince, jeho zvyklostech a kapacitě výkonu (Hemphill – Pearson, 2008, Taylor, 2017).



Graf 3.9 – Výsledky pacientů s opakovaným hodnocením

Pacient 1 byl poprvé hodnocen v Psychiatrické nemocnici Horní Beřkovice během aktivit v keramické dílně a během druhého pozorování v ergoterapeutické dílně, obě pozorování byly provedeny v různých dnech. Během druhého pozorování dosahoval vyšší úroveň motivace dle hodnocení.

Pacient 2 byl během prvního pozorování hodnocen v Psychiatrické nemocnici Horní Beřkovice v rámci pohybové terapie a druhé hodnocení probíhalo v keramické dílně, obě pozorování byly provedeny v různých dnech. Během prvního pozorování dosahoval mírně vyššího hodnocení.

Pacient 3 byl během prvního i druhého pozorování hodnocen v centru Jedna Bedna ve stejném prostředí a během stejné aktivity, tou bylo šití na šicím stroji. První ale probíhalo dopoledne a druhé odpoledne v různých dnech. Během prvního pozorování pacient dosahoval mírně vyššího hodnocení než u druhého pozorování.

Pacient 4 byl hodnocen v centru Jedna Bedna. Obě pozorování probíhala ve stejném prostředí, ale při různých aktivitách. První pozorování probíhalo během šití na šicím stroji individuálně. Druhé pozorování probíhalo během odpolední skupiny. Jednalo se o individuální práci výroby florexové květinové ozdoby. Pacient vykazoval vyšší míru motivace a vůle během druhého pozorování.

4. Diskuze

Tématem této diplomové práce jsou možnosti ovlivnění motivace a vůle u pacientů s psychotickým onemocněním. Motivace je považována za klíčovou v rámci klinické praxe (Kielhofner, 2009, Pentland et al., 2018). Pohledů a definic na motivaci samotnou existuje nespočet. Je to dáno především tím, že výzkum motivace probíhal souběžně v mnoha různých oborech (Chýlová, 2012). Dle Heckhausenové (2008) je možné pohlížet na motivaci a vůli tak, že motivace nabízí pohled na to, proč toužíme dosáhnout určitých cílů a vůle se již ptá, jakým způsobem jich je možné dosáhnout. Zároveň jsou rozlišovány jednotlivé motivy, které jedince vedou k činu. Kielhofner (2008) popisuje vůli jako „*motivaci k výkonu činnosti*“. Tato práce pracuje s nejčastějšími definicemi, které zmiňuje, ale zároveň vybírá pohled nejbližší ergoterapeutické praxi, a to právě v zobrazení Modelu lidského zaměstnávání (MOHO), vytvořeným Garym Kielhofnerem. Nejvíce užívaným dělením motivace je dualistické dělení, které vychází z pohledu na motivaci intrinsickou a extrinsickou, tedy vnější a vnitřní (Reiss, 2012, Ryan a Deci, 2000). Toto dělení je zároveň nejvyužívanějším v ergoterapii (Doble, 1988, Wu et al., 2000). V dnešní době se pro teoretický základ motivovaného chování v ergoterapii využívá především Teorie sebedeterminace a Teorie naučené bezmocnosti. Wu (2000) zmiňuje, že obě teorie vychází z předpokladu, že sám jedinec je zdrojem akce, ale zároveň pracují s ovlivněním vnitřní motivace vnějším prostředím. S touto teorií pracují i dynamické systémové teorie, z nichž vychází i MOHO.

V problematice psychotických onemocnění, z nichž je možné se nejčastěji setkat se schizofrenií, se v negativních symptomech objevují poruchy motivace a vůle (Praško, 2005). Schizofrenie postihuje odhadem 1 % jedinců v populaci a patří mezi 10 nejčastějších onemocnění vedoucích k trvalé invaliditě (Svoboda, Češková a Kučerová, 2012). I přes novou klasifikaci MKN – 10 tato diplomová práce stále pracuje i s pojmem psychotická onemocnění, který má ponechaný i v názvu práce. Je to z toho důvodu, že v literatuře se jedná o ustálený pojem, který je zavedený a stále využívaný, tudíž napomáhá čtenářovo lepší orientaci v problematice a zároveň je takto přebírán z relevantních zahraničních zdrojů k dané problematice. Pro účely této práce je důležitý tedy nejen rozbor vnitřní motivace, ale stejně tak vliv kontextu života jedince na motivaci a vůli jedince. Široké spektrum aspektů vytváří a ovlivňuje vůli, proto se u každého jedince objevuje i unikátní konfigurace motivů a okolností, které jedince vedou k výkonu činností. Ty základní se dají rozdělit dle de las Heras, Llerena a Kielhofnera (2019) na fyzickou kondici, pocity a myšlenky jedince, prostředí a životní události. S tím pracuje i Dotazník vůle, který je součástí nástrojů MOHO.

Po teoretické rešerši se právě Dotazník vůle ukázal být výhodným nástrojem pro terapeuta, jelikož nabízí jak možnost vyšetření motivace a vůle u jedinců s psychotickým onemocněním, tak právě nastavení další intervence terapeutem. A to nejen v závislosti na jednotlivých aspektech motivace a vůle jedince, ale právě v souvislosti s ovlivněním prostředí a vnějších podmínek jedince. V českém prostředí toto téma není z ergoterapeutického pohledu ještě příliš rozebráno, i s ohledem na silné zastoupení terapie motivace v psychologii. Jak ale dokládá rešerše zahraniční literatury, pohled na motivaci a vůli napříč rehabilitací právě ze strany ergoterapie, které je blízké nahlížení na motivaci skrze ovlivnění kontextu prostředí jedince, má velký potenciál.

V této práci je zároveň připomínán Abraham Maslow a význam jeho Teorie motivace a pyramida potřeb. Přesto, že autorka komentuje konkrétně jeho dílo a myšlenky, je citován i skrze jiné autory. A to z toho důvodu, že díky propojení se stávající literaturou je doloženo, že nynější autoři z těchto základních myšlenek stále vycházejí v nynějších přístupech k teorii motivace a vůle jedince.

Cílem práce je přeložení Dotazníku vůle a zjištění jeho využitelnosti v českém prostředí. Teoretická část práce shrnuje soudobé poznatky o motivaci a vůli, jejím členění, pro ergoterapii hlavních teoretických konceptů, a především faktorech motivaci ovlivňujících, stejně tak jako možnostech jak motivaci a vůli ovlivnit ve vztahu k psychotickým onemocněním. Hlavním rozebíraným ergoterapeutickým modelem je MOHO a s ním spojený nástroj Dotazník vůle. Je využívána poslední publikace k Modelu lidského zaměstnávání z roku 2017 od Taylora. Autorka si je vědoma skutečnosti, že v říjnu roku 2023 vyšlo nové, aktualizované vydání, to již ale nebylo s ohledem na časové možnosti využít.

Diskuze k metodologii

Cílem praktické části práce byl samotný překlad Dotazníku vůle a jeho vyzkoušení na probandech v českém prostředí. Jelikož se jedná o dotazník z dílny MOHO, bylo potřeba zakoupit licenci a podepsat smlouvu o intelektuálním vlastnictví a provedení překladu pro účely diplomové práce se třetí stranou – 1. Lékařskou fakultou Univerzity Karlovy. Překlad je proto pouze tištěnou přílohou práce. K samotnému překladu byla vybrána metoda zpětného překladu, která je doporučována Světovou zdravotnickou organizací při zavádění nových nástrojů ve zdravotnictví do různých kulturních prostředí (WHO, 2021). Stejně tak byla metoda zpětného překladu využita v adaptaci dotazníku do jiných evropských zemí. Dotazník byl následně testován na 29 probandech samotnou autorkou, u čtyř probandů bylo provedeno

opakované pozorování. Autorka si je vědoma skutečnosti, že pro samotné ověření překladu by bylo vhodné do výzkumu zařadit testování více terapeutů. Nicméně pro potřeby této diplomové práce a srovnání vhodnosti zavedení dotazníku do českého kulturního prostředí probandy testovala sama autorka a posléze výsledky diskutovala se stávajícími terapeuty v zařízení. Během výzkumu byl využíván terénní deník a dotazník byl hodnocen v předem stanovených oblastech.

Prvním krokem zpětného překladu je počáteční překlad. WHO (2021) doporučuje pro tuto fázi jednoho překladatele znalého problematiky, Beaton et al. (2000) doporučuje překladatele dva s jedním překladatelem problematiky neznalým. Autorka práce překlad provedla sama a následně konzultovala s druhým neznalým překladatelem, dle výsledku překladu se tento postup ukázal být dostačující.

Dalším krokem byl odborný panel ergoterapeutů, kterému byl dotazník představen spolu s vysvětlením hodnocení každé z položek a následně byl diskutován překlad jednotlivých položek dotazníku. Čtrnáct ergoterapeutů pohybujících se v psychosociální rehabilitaci diskutovalo o správnosti překladu s ohledem na zkušenosti z praxe. Některé z pojmů byly poupraveny – jednalo se o jazykové úpravy, kde byla například položka „*snaží se řešit problémy*“ upravena na „*zkouší řešit problémy*“. Výzkumný panel se po úpravě dotazníku usnesl, že je možné nástroj ověřit v českém kulturním prostředí.

Následně byl proveden zpětný překlad. Dle Beatona et al. (2000) je vhodné využít překladatele dva, dle WHO (2021) a Brislina (1970) stačí překladatel jeden. Autorka dle směrnic Světové zdravotnické organizace využila překladatele jednoho a tím, že se neobjevily nesrovnalosti, nebylo zapotřebí překlad opakovat, jak navrhuje Brislin (1970) v případě nesourodosti překladu. Překlad byl posléze zkontrolován a odsouhlasen týmem MOHO na UIC e-mailovou komunikací.

Validace probíhala na cílové skupině pacientů s psychotickým onemocněním. Dle týmu MOHO je možné dotazník využít i u jiných cílových skupin, jako jsou neurologičtí pacienti nebo pacienti s mentálním postižením (de las Heras, Llerena a Kielhofner, 2019). Cílová skupina psychotických onemocnění byla vybrána s ohledem na nejvyšší četnost používání a adaptace v rámci jiných zemí. Nejčastější z psychotických onemocnění je schizofrenie, jejíž etiopatogeneze zahrnuje nejen biologické faktory onemocnění, jako je genetická predispozice a problematické procesy v mozku, ale i psychosociální. Psychosociální faktory vzniku zahrnují zvýšenou citlivost na stres, jak popisuje Stress Relief Model (Rudnick a Lundberg, 2012)

a obecně dojde vlivem okolností života jedince k oddělení od reality a rozvoji psychózy (Pěč a Probstová, 2009). I proto je na místě zkoumat možnosti ovlivnění motivace a vůle, jejich jednotlivých aspektů a nastavení vhodného prostředí, jelikož jedinci s psychotickým onemocněním mohou potřebovat v této oblasti zvýšenou podporu. Věk pacientů se pohyboval mezi 22-60 lety a nejčastěji zastoupenou diagnózou byla paranoidní schizofrenie. U 64 % pacientů byla zároveň zaznamenána duální diagnóza spolu s abusem, což odpovídá i tvrzení Kavanagha et al. (2002) podle kterého odhadem 47 % pacientů trpící schizofrenií zároveň trpí poruchou z oblasti návykových látek. Samotné ověření a vyzkoušení dotazníku v praxi autorkou nasvědčuje dobré možné využitelnosti i u jiných cílových skupin, ačkoliv například ve švédském ověření překladu Dotazníku vůle na pacientech s mentálním postižením terapeuti komentovali zvýšenou náročnost administrace dotazníku, jelikož byla zapotřebí zvýšená podpora pacienta v činnosti. Z toho důvodu hodnotili lépe administraci ve vyšším počtu terapeutů během terapeutické jednotky (Kjellberg a Agren, 2008).

Pro účely této diplomové práce bylo provedeno převedení hodnocení na číselné skóre. Tento krok byl zvolen s ohledem na nejlepší možné zobrazení výsledků čtenáři u vyššího počtu pacientů k prezentaci a srovnání výsledků. I přes to je ale potřeba zmínit, že pro využití v praxi a zajištění celkové hodnoty dotazníku není doporučeno ponechávat číselné hodnocení, naopak je vhodné vycházet z hodnocení slovního. Nejedná o standardizované hodnocení, ale standardizované pozorování, které přináší největší benefity v dokreslení komplexního jedinečného obrazu o motivaci a vůli jedince. Proto je zde hodnocení využito jen pro znázornění výsledků, a nikoliv k jejich interpretaci pro jednotlivá individuální vyšetření. Reiss (2000) říká, že lidé mají různou úroveň motivace, ale i jednotlivé motivy a tím typy motivace se mohou velmi lišit. Zároveň právě intrinsickou motivaci jedince ovlivňuje mnoho aspektů, ať už se jedná o podporující prostředí nebo naopak podmínky zamezující rozvoji motivace (Deci a Ryan, 2000). Právě to je důvodem, proč je potřeba každého jedince posuzovat individuálně a zkoumat tyto jedinečné faktory. Pro překlad a zavedení dotazníku do jiné kultury je ale zároveň potřeba vyššího počtu vyzkoušení překládaného nástroje, proto bylo zobrazení výsledků prezentováno tímto způsobem namísto individuálního vyhodnocování motivace jednotlivých pacientů.

V rámci pozorování byla hodnocena administrace dotazníku s cílem zjistit výstupy pro praxi a jeho zavedení do českého prostředí. *Časová náročnost* je v rámci samotného hodnocení pět až třicet minut. Dotazník poskytuje tu výhodu, že není zapotřebí přípravy předmětů či konkrétního prostředí a dá se využít v jakékoliv zvolené terapii a prostředí. Před začátkem je

ale potřeba podrobné nastudování manuálu, ke kterému je nutné se leckdy vracet i po samotné administraci, a to především v začátcích testování. Dle de las Heras (2007) se čas potřebný k zaznamenání pozorování a vyhodnocení postupně zkracuje s opakovaným používáním dotazníku. S tím souhlasí i autorka práce, jelikož po zorientování se v hodnocení se čas potřebný k administraci zkracoval a jistota ve skórování zvyšovala.

Srozumitelnost položek byla u všech vyhodnocena jako dobře srozumitelná a přesná. I přes to se ale v terénních poznámkách objevovala potřeba se k některým položkám více vracet a konfrontovat je s manuálem, což ale naznačuje spíše zmíněnou nutnost detailního nastudování manuálu a získání jistoty ve vyhodnocování spolu s nezbytností vyšší časové dotace než pouhého času na administraci dotazníku. Toto potvrzují i autoři dotazníku, kteří komentují menší náročnost využití dotazníku pro terapeuta při vyšším počtu opakování pozorování (de las Heras, Llerena a Kielhofner, 2019).

Možnost pozorování jednotlivých položek se ukázala být dobrá v nižších položkách volního kontinua, zatímco ve vyšších položkách, konkrétně u posledních třech položek („vkládá navíc energii/emoci/pozornost“, „vyhledává další odpovědnost“, „vyhledává výzvy“) se nejčastěji objevovalo hodnocení „nelze pozorovat“. Tento výsledek se shoduje i s dalšími provedenými adaptacemi dotazníku do jiných zemí, jako je například švédská adaptace dotazníku. V té byla největším problémem časová náročnost a dvě položky z instrumentu – „vyhledává výzvy“ a „vyhledává dodatečnou zodpovědnost“, které terapeuti většinou vyhodnocovali jako nemožné zaznamenat (Kjellberg a Agren, 2008). Zároveň byl registrován vyšší počet skórování „nelze pozorovat“ v Psychiatrické nemocnici Horní Bečkovice než v komunitním centru Jedna Bedna. Je ale vhodné zmínit nevyrovnanost v provedených hodnoceních, jelikož v Psychiatrické nemocnici Horní Bečkovice bylo možné dotazník vyzkoušet dvacet čtyřikrát, zatímco v Jedné Bedně jen devětkrát. Proto by pro lepší porovnání těchto hodnot bylo příhodné měření opakovat ve vyšším počtu skórování dotazníku. Pro účely této diplomové práce ale bylo možné pracovat i s menším množstvím probandů s ohledem na cíl ověření překladu a zjištění možností zavedení do českého prostředí. Větší počet provedených hodnocení by ale neměl znamenat větší počet pacientů, ale spíše vyzkoušení různých typů prostředí a nastavení pro jednotlivé probandy. To spíše mělo vést k možnému snížení zaznamenání hodnocení nelze pozorovat a dosažení vyšších stupňů volního kontinua u jednotlivých probandů. Prostředí a kontext pozorování silně ovlivňuje motivaci a vůli jedince, z čehož vychází Dotazník vůle, a tak i možnost prostředí, ve kterém je jedinec pozorován, není nijak ohraničená. Pro účely této práce bylo provedeno hodnocení v rámci

zvedených terapií v zařízení, během používání v praxi by ale při častém skórování pasivní a nelze pozorovat bylo vhodné hledat další možnosti nastavení prostředí individuálně pro jedince, a to posléze využít i v plánování intervence.

Jedním z předpokladů bylo, že v zařízení komunitní služby bude *dotazník narážet na svůj hodnotící strop*, s ohledem na aktivní zájem klientů o účast v programu. Tento předpoklad se ale nepotvrdil, i přes to, že se motivovanost klientů v komunitní službě ukázala být vyšší, stejně tak jako možnost skórovat nejvyšší položky dotazníku. Tento jev ukazuje graf č. 2.1 2.2. Je ale potřeba konstatovat určitou početní nevyrovnanost ve výzkumném vzorku. V komunitní službě Bona Jedna Bedna bylo možné pracovat se sedmi probandy s ohledem na kapacitní možnosti centra, zatímco v Psychiatrické nemocnici Horní Beřkovice byl počet probandů splňujících kritéria výzkumu dvacet dva.

Očekávalo se, že dlouhodobě hospitalizovaní pacienti budou vykazovat nízkou úroveň motivace, s ohledem na možnou naučenou bezmocnost. Z tohoto důvodu by mohl být Dotazník vůle nápomocný právě v těchto případech. Tento předpoklad ale nebylo možné ověřit, s ohledem na to, že se problematika tohoto tvrzení ukázala být mnohem komplexnější. V dnešní době díky Reformě duševního zdraví a podpoře zotavení pacienti nezůstávají umístěni ve zdravotních službách dlouhodobě tak, jako dřív, aby bylo možné mluvit o tomto fenoménu. Koncept zotavení pracuje se společnou vizí pacientů i profesionálů se zaměřením na dlouhodobé cíle v životě jedince s duševní poruchou. Nejde tedy o vymizení symptomů, ale naučení se práci s nimi a adaptaci v novém životě (Pěč a Probstová, 2009). Díky tomu dochází k eliminaci dlouhodobých pobytů v psychiatrických zařízeních a je naopak podporována snaha rozvoje vnitřního světa a stabilizace s onemocněním v běžném životě.

Až polovina pacientů se schizofrenií je diagnostikována duální diagnózou připojené závislosti. Ve výzkumném vzorku pilotáže tomu tak bylo u 64 % probandů. V těchto případech je vyšší riziko sociálního vyloučení i bezdomovectví (Hýža, Šilhán, Kašpárek, 2019). S ohledem na tento fakt byly porovnány výsledná data motivace a vůle v kombinaci s dvěma proměnnými – přítomností duální diagnózy připojené závislosti spolu s podpůrným sociálním prostředím. To bylo hodnoceno, pokud v anamnéze u pacienta nebyly aktivní žádné rodinné vazby. Pacienti, kteří měli duální diagnózu, dosahovali o osm procent horších výsledků než pacienti bez připojené závislosti. Pokud se jednalo o samotné podpůrné prostředí, v případě aktivních rodinných vazeb pacienti dosahovali o 18 % lepších výsledků v kontinuu vůle. Pokud se zkombinovaly obě proměnné, tedy duální diagnóza připojené závislosti bez podpůrného sociálního prostředí, jednalo se o průměrný rozdíl 20 % ve volním kontinuu. Dle některých

autorů právě poruchy vůle u osob s psychotickým onemocněním mají zásadní dopad v oblasti všedních denních činností (ADL), instrumentálních denních činností (iADL) i sociální participaci (American Occupational Therapy Association, 2014). U duálních diagnóz je popisován vyšší výskyt poruch percepce i kognice (Hýža, Šilhán a Kašpárek, 2019), což může vést i k potřebě většího zaměření se na ovlivnění motivace a vůle pacienta. I přes to, že toto zjištění bylo v práci znázorněno mimo předpokládané hypotézy a cíl práce, autorka považuje za vhodné tento jev zmínit, jelikož vyplynul během realizace praktické části práce a částečně upozorňuje na důležitost vnímání kontextu motivace a vůle. Není vhodné aspekt generalizovat, ale zároveň odkazuje na důležitost vnímání mikro a makro reality klienta, popisované v Remotivačním procesu. Tedy ovlivnění kombinací mikro reality jedince tvořenou unikátními prožitky a zkušenostmi a makro reality skládající se ze sociální interpretace okolností zaměstnávání jedince a příslušných rozhodnutí k tomu se vztahujících. Do této reality se řadí pohled okolí na klientovu vůli, vytvořený rodinou či nejbližším okolím (de las Heras, Llerena a Kielhofner, 2019). v případě dopadů psychotického onemocnění na život klienta je tedy potřeba brát v potaz nejen samotný vliv onemocnění, ale i okolností a kontextu, který ho doprovází (American Occupational Therapy Association, 2014). Je ale důležité poznamenat, že dotazník je zaměřen na hledání kontextu motivace a vůle jedince a většina pacientů byla hodnocena pouze jednou v jednom typu prostředí. Je možné, že v případě individuálního posouzení a hledání správného kontextu prostředí by pacienti dosahovali lepších výsledků. I přes to tato data potvrzují informace popsané v teoretické části. Ačkoli se jedná o malý výzkumný vzorek v rámci diplomové práce k vyhodnocování plošných závěrů, tyto výsledky se shodují s popisem motivace a vůle v MOHO a Remotivačním procesu a mohou v některých případech být důsledkem naučené bezmocnosti. Jelikož nejvíce ohrožujícím obdobím vedoucím k izolaci jedince namísto dalšího rozvoje je propuštění z nemocnice (Birken, Henderson a Slide, 2018), dala by se skupina pacientů s duální diagnózou bez podpůrného sociálního prostředí považovat za více ohroženou a cílovou pro další využití Dotazníku Vůle. Spolu s tím je důležité mít v paměti tyto aspekty v posilování motivace a vůle u pacientů s psychotickým onemocněním.

Během hodnocení se v průběhu vedení terénních poznámek opakovala připomínka k *rozlišení míry podpory podávané pacientovi*. V tomto směru se jedná především o uvědomění terapeuta, zdali podporu poskytuje a v jaké míře, aby docházelo k co nejmenšímu zkreslení s ohledem na přisnost/shovívavost terapeuta. S tímto problémem se potýkali také ergoterapeuti v rámci ověřování švédského překladu Dotazníku vůle (Kjellberg a Agren, 2008).

S tím se pojí i další z opakovaných terénních poznámek, a to *rozlišení mezi skórováním „pasivní“ a „nelze pozorovat“*. Jde tedy o dobré vyhodnocení prostředí, zdali skórování dané položky nabízí spolu s kombinací vlastního uvědomění poskytnuté fyzické či verbální podpory pacientovi. Tento problém se vyskytoval více v začátcích hodnocení než na konci. Proto je nutné, aby si terapeut byl schopný vytvořit vlastní nastavení poskytované míry podpory a dle toho pak byl schopný usuzovat a vyhodnocovat individuální pozorování v návaznosti na manuál dotazníku.

Dále se v terénních poznámkách objevovalo častěji konstatování, jaké nastavení prostředí je zároveň vhodné pro to, aby kompletně umožňovalo pacientovi plnit položku *„Vyhledává výzvy“*. Dle názoru autorky se jedná o faktor, který je možné ovlivnit opakovaným pozorováním klienta a delší spolupráce klienta s terapeutem. I v případě vyššího počtu opakování pozorování v rámci této diplomové práce se následně prokázaly rozdílné výsledky v pozorování a tím možný lepší náhled na klientovu motivaci a vůli. To zobrazuje graf 2.9. Pacienti byli pozorováni v rozdílnou denní dobu a někteří v různých nastaveních prostředí a úroveň motivace byla různá. U pacienta jedna se úroveň motivace a vůle lišila nejvíce ve dvou různých nastaveních prostředí, zároveň se jednalo o rozdílné sociální prostředí. Právě tyto výsledky nabízí možnost hlubšího zkoumání možností podpory motivace a vůle pacienta. S tím souhlasí i autoři dotazníku, jelikož zmiňují, že dotazník je vhodné využívat k naplánování samotné intervence a opakovanému hodnocení klienta, které může vést k lepšímu porozumění faktorům ovlivňujícím motivaci a vůli (de las Heras, Llerena a Kielhofner, 2019). Ačkoli bylo opakované pozorování provedeno pouze u čtyř klientů, bylo hodnocené jako přínosné s ohledem na možnost pozorování v rozdílnou dobu, naladění klienta, prostředí či kontextu sociálního prostředí. Což souhlasí i s popisovaným kontextem motivace a vůle v teoretické části diplomové práce.

Dle de las Heras, Llerena a Kielhofnera (2019) je nutné, aby se terapeut orientoval v principech Modelu lidského zaměstnávání. To se potvrdilo i v rámci diplomové práce, jelikož základní orientace se ukázala být v rámci pozorování velmi užitečná. Dotazník lze využít i bez znalosti samotného konceptu motivace a vůle, ale ve chvíli, kdy je zasazen do kontextu MOHO, je pro terapeuta je mnohem snazší dotazník využívat a efektivněji pracovat se zjištěnými informacemi. Indikací pro využití Dotazníku vůle může být jakákoliv pochybnost o projevech motivace a vůle pacienta. Stejně tak je ale dotazník dobře využitelný i v rámci vstupních vyšetření u pacientů s možnými poruchami motivace a vůle. Tím, že se ale nejedná o screeningové vyšetření a je nutné věnovat určitý čas zpracování pozorování a administraci, je

potřeba, aby terapeut během výběru nástroje uvažoval i nad tímto aspektem. Dobrou kombinací v rámci vstupního vyšetření může být využití společně s nástrojem MOHOST či OPHI II. Tyto nástroje ale ještě nejsou přeloženy do českého jazyka.

Opakované pozorování pacienta může být terapeutovi nápomocné v sestavování terapeutického plánu. V rámci zavedení Dotazníku vůle do praxe je ale otázkou absence přeloženého a vyzkoušeného Remotivačního procesu, který navazuje na Dotazník vůle a usnadňuje tak terapeutovi plánování terapie zaměřené na motivaci a vůli. A to především díky strategiím a rozvržení využívaných nástrojů ve všech fázích volního kontinua, tedy ve fázi explorace, kompetence a úspěchu, tedy dosažení vůle. V tištěné formě této práce je přiložen překlad části Remotivačního programu a provedení fáze explorace, která nejvíce využívá Dotazník vůle. Nicméně terapeut může dotazník určitě využívat pro vlastní zhodnocení motivace a vůle. Z provedeného hodnocení motivace a vůle vyšlo najevo, že jednotlivé položky nutí terapeuta k zamyšlení se nad samotnou úrovní motivace strukturovaným způsobem, což spolu s hodnocením prostředí může vést k lepšímu poznání kontextu motivace a vůle pacienta a snazšímu plánování intervencí.

Jak bylo zmíněno, Dotazník vůle je nejlépe využitelný v širším kontextu MOHO, ideálně by bylo vhodné dotazník kombinovat i s dalšími nástroji. Remotivační proces obsahuje pro každou fázi volního kontinua nejen strategie, ale i doporučené nástroje k využití mimo samotného Dotazníku vůle. Jedná se například o Sebehodnotící dotazník zaměstnání (dále OSA), Škálu vlivu pracovního prostředí (WEIS) pro fázi kompetence a Dotazník rolí pro stádium úspěchu a dosažení vůle. Je možné narážet na skutečnost, že v České republice je v rámci doporučených postupů Reformy duševního zdraví doporučeno využívat model Care, na který již přistoupila většina zdravotních zařízení. Byť přístupy je možné kombinovat, čemuž se nebrání ani autor MOHO (Taylor, 2017), v klinické praxi je lepší kombinovat nástroje a pracovat v konceptu jednoho modelu. Taylor (2017), de las Heras, Llerena a Kielhofner (2019) také zmiňují možnost využívání Dotazníku vůle i jinými odborníky než pouze ergoterapeuty. To určitě možné je, ale úskalí se může objevit i v překryvu tématu motivace a vůle s jinými profesemi, především s psychologii. V návaznosti na Model Care jsou například široce využívané Motivační rozhovory, které vychází ze systematické a kognitivně behaviorální terapie (Soukup, 2014). V praxi by tedy v rámci multidisciplinárního přístupu mohl terapeut narážet na tyto překážky. Kompletní překlad Remotivačního procesu a zavedení celistvé terapie zaměřené na motivaci a vůli by bylo nápomocné k širšímu využívání v jednotlivých zařízeních a snazšímu předání výstupů v interprofesním týmu.

Dotazník vůle ale i tak nabízí široké spektrum využití v praxi. Jedná se o hodnocení, které zachycuje pacienta v kontextu jednotlivých aspektů ovlivňujících motivaci a vůli. Dotazník vůle je tedy schopný poskytovat informace nejen o motivaci a vůli, ale rovnou i o samotných aspektech, které se do této problematiky promítají. Zároveň je využitelný díky pouhému pozorování i u pacientů s kognitivním či verbálním deficitem, čímž nabízí terapeutovi výhodný nástroj k hodnocení aspektů intrinsické motivace, které ale pacient není schopen sám vykomunikovat. Dle autorů dotazníku je možné využít hodnocení i jako sebehodnocení. Tento způsob nebyl v rámci diplomové práce vyzkoušen, autorka práce si ale dokáže představit v případě více motivovaného klienta i toto využití. Poté by se jednalo o jakousi kontrolu a hlubší sebezpoznání pacienta, které by mohlo být nápomocné v rámci náhledu na sebe a zvýšení kauzální atribuce. Možnou limitací je ale vhodnost znalosti problematiky a seznámení se se systémem MOHO, jelikož dotazník je sestaven pro využití odborníky. Dotazník vůle je dále využitelný i v rámci skupinového hodnocení, kde nabízí možnost pozorování spolupráce a výpomoci pacienta ostatním členům skupiny. Na tento aspekt je dokonce možné se v některých položkách více zaměřit – jedná se o položky „projevuje hrdost“ a „vkládá navíc energii/emoci/pozornost“, ve kterých je ve skupině lépe pozorovatelná hrdost pacienta před ostatními členy skupiny nebo naopak poskytnutí pomoci kolegovi, který si neví rady.

Existuje také verze pediatrického Dotazníku vůle, který obsahuje 15 hodnocených položek, a to na základě hravého hodnocení silných motivačních stránek dítěte a jeho schopnostech vůle (Andersen, Lan a Kielhofner, 2005). Tento dotazník je oddělen od Dotazníku vůle, přesto nabízí zajímavou možnost pro rozšíření práce s Modelem lidského zaměstnávání v českém prostředí. V českém ergoterapeutickém pediatrickém hodnocení nástroj k samotnému vyhodnocování motivace a vůle také chybí.

Dotazník sám nenarážel na žádné kulturní překážky v rámci adaptace v českém prostředí, naopak vykazoval dobrou míru využitelnosti pro hodnocení motivace a vůle, které v českém ergoterapeutickém prostředí chybí. Pentland (2018) i Kielhofner (2009) se přitom shodují, že motivace je považována za klíčovou v rámci klinické praxe. Pro další využití Dotazníku vůle a zajištění ověření jeho validity a reliability v českém prostředí by bylo vhodné vyzkoušení dotazníku i dalšími terapeuty. I přes dostatečný počet jednotlivých pozorování se stále jedná o subjektivní hodnocení autorkou práce. Tento fakt napomohl sběru dat a vyhodnocení samotné využitelnosti v jednotlivých pracovištích a ověření v samotné praxi, rozhodně by ale bylo dobré vyzkoušení i dalšími terapeuty. Nabízí se několik možností, jak v tomto případě postupovat. Popsané zahraniční adaptace pracovaly s metodou zpětného

překlady v rámci převedení do daného prostředí. Tato fáze již byla pro české prostředí provedena. Dále se lišili v jednotlivém ověření validity a reliability. Finská verze dotazníku pracovala například s vyšším počtem terapeutů, kteří hodnotili dva pacienty na základě videonahrávek. I když tento způsob nepracuje s klinickým hodnocením v praxi a nemusí tedy narážet na některé popsané problémy, má potenciál k zajištění vyššího počtu dat pro zjištění validity a reliability testování. V případě této varianty by bylo nutné zajistit dostatečnou edukaci všech zúčastněných terapeutů, například workshopem. Další studie se lišily v počtu hodnocených probandů i terapeutů a počtu opakování hodnocení.

Z výsledků této práce vyplývá, že hodnocený počet jedinců může být nižší, a naopak může být navýšen počet opakování pozorování pro lepší přínos do intervence a terapeutického plánu. Je možné využít hodnocení terapeutů jak ve zdravotních, tak v komunitních zařízeních.

5. Závěr

Cílem práce bylo zjistit možnosti ovlivnění motivace a vůle u pacientů s psychotickým onemocněním v ergoterapii spolu s překladem Dotazníku vůle a zjištění možnosti zavedení dotazníku do českého prostředí.

Již v začátku práce je popsána nesourodost v přístupech k motivaci a vůli, tím, že se studium motivace rozvíjelo v různých oborech zároveň. V ergoterapii jsou popisovány především dynamické systémy, Teorie naučené bezmocnosti a Sebedeterminanční teorie jako hlavní zdroje k novodobým přístupům k motivaci a vůli jedince. V rámci konceptů, které z těchto teorií vycházejí, je nejvíce využíván Model lidského zaměstnávání, jehož součástí je právě i Dotazník Vůle a navazující Remotivační proces. Dotazník Vůle je licencovaným nástrojem z dílny MOHO, s ohledem na to je přístupný pouze v tištěné verzi práce. Jedná se o nástroj využívající standardizované pozorování k hodnocení motivace a vůle pacienta. Dotazník je využitelný u širší cílové skupiny pacientů, například u neurologických pacientů či pacientů s mentálním postižením. Cílová skupina psychotických onemocnění byla vybrána s ohledem na nejširší celosvětovou využívanost, a to i v rámci dalších adaptací dotazníku do jiného kulturního prostředí. Existuje pediatriká verze dotazníku, s tou ale tato práce nepracuje.

Pro překlad byla zvolena metoda zpětného překladu na základě doporučení adaptace zdravotnických nástrojů dle WHO. Po schválení univerzitou v Illinois v USA byl vyzkoušen na 29 probandech, z čehož bylo u čtyř probandů provedeno opakované hodnocení v různém kontextu prostředí či denní době. Opakované pozorování se ukázalo být pro terapeuta výhodným, jelikož podávalo lepší výsledky pro porozumění kontextu motivace a vůle jedince, což odpovídá i popisu využití dotazníku v Remotivačním procesu. Dvacet dva pacientů bylo hodnoceno ve zdravotním zařízení a sedm v komunitní službě. Ukázalo se, že nástroj je dobře využitelný v obou zařízeních. I přes předpoklad, že v komunitní službě bude narážet na svůj hodnotící strop, tomu tak nebylo. Vedlejším výstupem práce je upozornění na důležitost vnímání mikro a makro reality jedince v kontextu motivace a vůle. U pacientů s duální diagnózou připojené závislosti bez podpůrného sociálního prostředí byla úroveň motivace a vůle o 20 % nižší než u pacientů bez duální diagnózy a s podpůrným sociálním prostředím. Vliv dlouhodobé hospitalizace na motivaci a vůli jedince s ohledem na komplexnost problému nebylo možné ověřit. Nicméně se prokázala důležitost vnímání prostředí a jedinečných okolností motivaci jedince ovlivňujících. Opakované pozorování pacienta se ukázalo být výhodným pro zjištění lepších výsledků o motivaci a vůli jedince a nastavení další intervence.

Možnou limitací pro zavedení dotazníku do českého prostředí může být potřeba využívat dotazník v rámci kontextu konceptu celého MOHO, spolu s absencí kompletního překladu návazného Remotivačního procesu. V rámci Reformy péče o duševní zdraví je využíván Model Care a znalost modelu MOHO je v české interdisciplinární spolupráci nižší, což by také mohlo být překážkou při předávání informací v rámci multioborové spolupráce.

Hodnocení bylo provedeno pouze autorkou práce, díky čemuž je možné porovnat a více přiblížit jeho využitelnost v českém prostředí. Dotazník se ukázal být dobře využitelným nástrojem, který v českém prostředí chybí a je klíčovým pro následnou terapii motivace a vůle. Pro další ověření překladu a zajištění dat validity a reliability dotazníku by ale bylo vhodné překlad ověřit v testování více ergoterapeutů, což by bylo možné provést i na menším vzorku probandů, v této práci jsou navrženy možné konkrétní postupy ověření. Pro zajištění lepších možností posilování motivace a vůle v ergoterapii v Česku by bylo vhodné zajištění kompletního překladu návazného Remotivačního procesu.

6. Seznam použité literatury

ANDERSEN, Susan, jin-Shei LAI a Gary KIELHOFNER. *An Examination of the Measurement Properties of the Pediatric Volitional Questionnaire. Physical & Occupational Therapy In Pediatrics* [online]. 2005, 25(1-2), 39-57 [cit. 2021-6-11]. ISSN 0194-2638. Dostupné z: [do/10.1080/j006v25n01_04](https://doi.org/10.1080/j006v25n01_04)

ANDREASEN, Nancy C. *Schizophrenia: The fundamental questions. Brain Research Reviews* [online]. 2000(31), 106–112 [cit. 2023-02-22]. Dostupné z: <https://1url.cz/YrXbR>

ANTHONY, W.A. Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal.* [online]. 1993, 16(4), 11–23 [cit. 2023-05-11]. Dostupné z: <https://psycnet.apa.org/record/1993-46756-001>

BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, Lucie a Filip ŠPANIEL. *Schizofrenie*. Praha: Mladá fronta, 2013. ISBN 9788020429933.

BEATON, Dorcas E. Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report Measures. *SPINE* [online]. 2000, 25(24), 3186-3191 [cit. 2021-06-14]. ISSN 0362-2436. Dostupné také z: <http://journals.lww.com/00007632-200012150-00014>

BEHR, Dorothée. Assessing the use of back translation: the shortcomings of back translation as a quality testing method. *International Journal of Social Research Methodology* [online]. 2017, 20(6), 573-584 [cit. 2023-07-09]. Dostupné z: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13645579.2016.1252188?scroll=top&needAccess=true&role=tab>

BELLUCCI, Paola, Giovanni GALEOTO, Annamaria SERVADIO, Silvia DE FILIPPO, Giovanni FABBRINI, Cinzia NIOLU, Rita DE SANTIS a Marco TOFAN. Validation and Cross-Cultural Adaptation of the Volitional Questionnaire in an Italian Population with Psychiatric Disorders: a Cross-Sectional Study. Online. , *Occupational Therapy In Health Care* [online]. 2019 [cit. 2021-6-11]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/07380577.2019.1703237>

BERRIDGE, Kent C. Motivation concepts in behavioral neuroscience. *Physiology and Behavior* [online]. 2004, 81(2), 179-209 [cit. 2023-04-15]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15159167/>

BIRKEN, Mary, Claire HENDERSON a Mike SLIDE. The development of an occupational therapy intervention for adults with a diagnosed psychotic disorder following discharge from hospital. *Pilot Feasibility Stud* [online]. 2018, 4(81), 2-12 [cit. 2023-07-10]. Dostupné z: <https://pilotfeasibilitystudies.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40814-018-0267-7>

BOYLE, Gregory, Saklofske DONALD a Matthews GERALD. *The SAGE Handbook of Personality Theory and Assessment* [online]. New York: SAGE Publications, 2008 [cit. 2023-04-20]. ISBN 9781446207024. Dostupné z: <http://digital.casalini.it/9781446207024>

BRISCH, Ralf, Rainer WOLF, Arthur SANIOTIS, et al. The role of dopamine in schizophrenia from a neurobiological and evolutionary perspective: old fashioned, but still in vogue. *Front. Psychiatry* [online]. 2014, 2014(1), 1-11 [cit. 2023-03-15]. Dostupné z: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyt.2014.00047/full>

BRISLIN, Richard W. Back-Translation for Cross-Cultural Research. *Journal of Cross-Cultural Psychology* [online]. 1970, 1(3), 185–216 [cit. 2023-07-09]. Dostupné z: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/135910457000100301>

C. JAVIT, Daniel. Glutamatergic theories of schizophrenia. *Israel Journal of Psychiatry* [online]. 2010, 47(1), 4-16 [cit. 2023-03-15]. Dostupné z: https://cdn.doctoronly.co.il/2011/12/2010_1_2.pdf

C. JAVITT, Daniel. Glutamatergic theories of schizophrenia. *Psychiatry Relat Sci* [online]. 2010, 47(1), 4-16 [cit. 2023-04-15]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20686195/>

CORRIGAN, P. W. Towards an integrated, structural model of psychiatric rehabilitation. *Psychiatric Rehabilitation Journal* [online]. 2003, 26(4), 346–358 [cit. 2023-06-09]. Dostupné z: <https://psycnet.apa.org/record/2003-03854-004>

DE VISSER, Richard a AYERS, Susan. *Psychologie v medicíně*. Online. Grada, 2015. Dostupné z: <https://www.grada.cz/psychologie-v-medicine-8211/>. [cit. 2023-11-28].

DOBLE, Susan. Intrinsic Motivation and Clinical practice: The Key to Understanding the Unmotivated Client. *CJOT* [online]. 1988, 55(2), 75-81 [cit. 2023-04-15]. Dostupné z: cjo.sagepub.com at

DORCAS E., Beaton, Francis GUILLEMIN, Marcos Bosi FERRAZ a Claire BOMBARDIER. Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report Measures. *SPINE* [online]. 2000, 25(24), 3186–3191 [cit. 2023-07-09]. Dostupné z: <https://1url.cz/6u1IAssCulturalAdaptation.pdf>

DUNCAN, Edward A. S. *Foundations for Practice in Occupational Therapy* [online]. 5. Elsevier Health Sciences, 2011 [cit. 2021-6-8]. ISBN 0702046612. Dostupné z: https://books.google.cz/books?id=brnGvDBgB3sC&source=gbs_navlinks_s

DYER, Jean. *Handbook of Remotivation Therapy* [online]. New York: Psychology Press, 2005 [cit. 2023-06-09]. ISBN 0-7890-2471-3. Dostupné z: https://books.google.cz/books?id=04aNBeB46WcC&dq=remotivation+therapy&lr=&source=gbs_navlinks_s

EKLUND, Mona a TJÖRNSTRAND, Carina. Resident and staff perceptions of an activity - and recovery-based intervention in supported housing for people with severe mental illness – a longitudinal pilot study. Online. *BMC Psychiatry*. 2022, roč. 22, č. 404, s. 1-9. Dostupné z: <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-022-04050-7>. [cit. 2023-11-28].

FERRARIO, Carrie R., Eoin C. O'CONNOR, Shengjin XU, Vanessa H. ROUTH, Gwenaël LABOUÈBE, Shuai LIU a Edward H. NIEH. Homeostasis Meets Motivation in the Battle to Control Food Intake. *The Journal of Neuroscience* [online]. 2016, 36(45), 11469-11481 [cit. 2023-04-20]. Dostupné z: <https://www.jneurosci.org/content/36/45/11469.abstract>

FIŠAR, Zdeněk. *Vybrané kapitoly z biologické psychiatrie*. Online. 2. Grada, 2009. ISBN 978-80-247-6759-8. Dostupné z: <https://www.martinus.cz/227545-vybrane-kapitoly-z-biologicke-psychiatrie/e-kniha>. [cit. 2023-11-28].

FORSTMEIER, Simon a H RÜDDEL. Measuring volitional competences: psychometric properties of a short form of the Volitional Components Questionnaire (VCQ) in a clinical sample. *The Open Psychology Journal* [online]. 2008, 1(1), 66-77 [cit. 2023-07-10]. Dostupné z: https://www.zora.uzh.ch/id/eprint/8906/13/Forstmeier_R%C3%BCdDEL_2008V.pdf

FORSTMEIER, Simon a Heinz RUEDDEL. Improving Volitional Competence Is Crucial for the Efficacy of Psychosomatic Therapy: a Controlled Clinical Trial. *Psychother Psychosom* [online]. 2007, 76, 89–96 [cit. 2021-6-9]. Dostupné z: doi:10.1159/000097967

FURMANÍKOVÁ, Lada. Rehabilitační metody zaměřené na rozvoj dovedností lidí s kognitivním deficitem v důsledku schizofrenie. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 2011, 12(1), 33-37 [cit. 2023-07-09]. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/psy/2011/01/08.pdf>

JACQUES, Paul; GUÉRETTE, Francis; PÉPIN, Geneviève a LEFEBVRE, Brigitte. Canadian therapists' experiences while implementing the model of human occupation remotivation process. Online. *Occup Ther Health Care*. 2008, roč. 22, č. 2-3, s. 115-124. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23941378/>. [cit. 2023-11-28].

Global Health Data Exchange (GHDx) [online]. University of Washington: Institute of Health Metrics and Evaluation, 2019 [cit. 2023-02-03]. Dostupné z: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>

HAGGARD, Patrick. The Neurocognitive Bases of Human Volition. *Annual Review of Psychology* [online]. 2019, 70 [cit. 2021-6-9]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010418-103348>

HECKHAUSEN, Jutta. The Motivation-Volition Divide and Its Resolution in Action-Phase Models of Developmental Regulation. *Research in human development* [online]. 2007, 4(4), 163-180 [cit. 2023-04-20]. Dostupné z: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/15427600701662983>

HECKHAUSEN, Jutta. *Motivation and Action* [online]. 3. Cham, Switzerland: Springer International Publishing, 2018 [cit. 2023-04-15]. ISBN 978-3-319-65094-4. Dostupné z: <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-319-65094-4>

HEMPHILL-PEARSON, Barbara J. *Assessments in Occupational Therapy Mental Health* [online]. 2. Thorofare, USA: SLACK Incorporated, 2008 [cit. 2023-05-29]. ISBN 978-1-55642-773-2. Dostupné z: https://www.google.cz/books/edition/Assessments_in_Occupational_Therapy_Ment/b7RC7yHwOAYC?hl=en&gbpv=1&kptab=editions

HESSE, W. Motivation, volition, and ambivalence: a contribution to understanding of long-term impairments among schizophrenic patients. *Fortschr Neurol Psychiatr* [online]. 2001, 69(9), 410-6 [cit. 2023-05-29]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11536057/>

HORÁČEK, Jiří. *Psychotické stavy v klinické praxi*. Academia Medica Pragensis, 2003. ISBN 8086694011.

HÖSCHL, Cyril, Jaromír ŠVESTKA a Jan LIBIGER. *Psychiatrie*. 2. Praha: Tigis, 2004. ISBN 8090013074.

HÝŽA, Martin, Petr ŠILHÁN a Tomáš KAŠPÁREK. Vliv abúzu psychoaktivních látek na průběh a funkční schopnosti u pacientů se schizofrenií. *Česká a slovenská psychiatrie*. Olomouc: Galén, 2019, roč. 115, č. 1, s. 14-19. ISSN 1212-0383.

CHERN, Jen-Suh, Gary KIELHOFNER, Carmen Gloria DE LAS HERAS a MAGALHAES, Livia C. The Volitional Questionnaire: Psychometric Development and Practical Use. *The American Journal of Occupational Therapy* [online]. 1996, 7/1996, 50(50), 516-525 [cit. 2020-12-18]. Dostupné z: doi:<https://doi.org/10.5014/ajot.50.7.516>

JELÍNKOVÁ, J., M. KRIVOŠÍKOVÁ a L. ŠAJTAROVÁ. *Ergoterapie*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-583-7.

KAVANAGH, David; SAUNDERS, John B; DORE, Glenys a CLARK, Dianne. Substance misuse in patients with schizophrenia: epidemiology and management. Online. *Drugs*. 2002, roč. 62, č. 5, s. 734-55. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11929329/>. [cit. 2023-11-23].

KELLER, John M. The MVP Model: Overview and Application. *New directions for teaching and learning* [online]. 2017, 4(152), 13-26 [cit. 2023-07-09]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1002/tl.20265>

KELLER, John. An Integrative Theory of Motivation, Volition, and Performance. *Tech., Inst., Cognition and Learning* [online]. 2008, 6(1), 79-104 [cit. 2023-05-29]. Dostupné z: <http://terrikrause.com/Content/documents/Keller2008IntegrativeTheory.pdf>Taylor

KIELHOFNER, Gary, DE LAS HERAS Carmen Gloria, GEIST Rebecca, LI Yanling. *Volitional Questionnaire*. [2007]. [verze 4.1.]. [The University of Illinois, Chicago]: [Model of Human Occupation].

KIELHOFNER, Gary, LLERENA Verónica, DE LAS HERAS Carmen Gloria. *The Remotivation Process: Progressive Intervention for People who Experience Severe Volitional*

Challenges. [2019]. [Verze 2.0]. [The University of Illinois, Chicago]: [Model of Human Occupation].

KIELHOFNER, Gary. *Conceptual foundations of occupational therapy practice* [online]. 4. Philadelphia: F. A. Davis Company, 2009 [cit. 2023-04-15]. ISBN 13: 978-0-8036-2070-4. Dostupné z: <https://1url.cz/er8LW>

KJELLBERG, Anette a Kristin Alfredsson AGREN. Utilization and Content Validity of the Swedish Version of the Volitional Questionnaire (VQ-S). Ågren, K. A., & Kjellberg, A. (2008). Utilization and Content Validity of the Swedish Version of the Volitional Questionnaire (VQ-S). *Occupational Therapy In Health Care*, 22(2-3), 163–176. doi:10.1080/07380570802135456 [online]. 2008, 22(3), 163 - 176 [cit. 2021-6-11]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23941382/>

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

LANGHOUT, Regina Day a Elizabeth THOMAS. Imagining Participatory Action Research in Collaboration with Children: an Introduction. *American Journal of Community Psychology* [online]. 2010, 46(1), 60-66 [cit. 2023-06-09]. Dostupné z: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10464-010-9321-1>

LUHMAN, Niklas. Introduction to Systems Theory. *International Journal of Systems and Society* [online]. 2014, 1(1), 55-57 [cit. 2023-05-29]. Dostupné z: <https://1url.cz/uujNz>

MACINTYRE, Peter a DOUCETTE, Jesslyn. Willingness to communicate and action control. Online. *System*. 2010, roč. 38, č. 2, s. 161-171. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0346251X10000205>. [cit. 2023-07-10].

MASLOW, Abraham Harold. *Motivace a osobnost*. Přeložil Pavla LE ROCH. Klasici. Praha: portál, 2021. ISBN 978-80-262-1728-2.

MELTON, Jane, Kirsty FORSYTH a Alan METHERALL. Program Redesign Based on the Model of Human Occupation: Inpatient Services for People Experiencing Acute Mental Illness in the UK. *Occupational Therapy In Health Care* [online]. 2008, 22(2-3), 37-50 [cit. 2023-06-08]. Dostupné z: <https://1url.cz/nuzED>

MILLER, William R. A Stephen ROLLNICK. *Motivational Interviewing* [online]. 2. New York: The Guilford Press, 2002 [cit. 2023-05-30]. ISBN 1-57230-563-0. Dostupné z: <https://bluepeteraustralia.files.wordpress.com/2012/12/motivational-interviewing.pdf>

MOHANTY, Atasi, Lalatendu Kesari JENA a Rabindra Kumar PRADHAN. Learned Helplessness and Socialization: a Reflective Analysis. *Psychology* [online]. 2015, 6(7), 1-10 [cit. 2023-04-26]. Dostupné z: https://www.scirp.org/html/7-6901463_57264.htm

MOHOST. MOHO-IRM Web [online]. Chicago: University of Illinois at Chicago, 2023 [cit. 2023-07-10]. Dostupné z: <https://moho-irm.uic.edu/productDetails.aspx?aid=4>

MUNK LAURSEN, Thomas, Merete NORDENTOFT a Preben BO MORTENSEN. Excess early mortality in schizophrenia. *Annu Rev Clin Psychol* [online]. 2014, 9(10), 425-48 [cit. 2023-02-03]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24313570/>

NAKONEČNÝ, Milan. *Motivace chování* [online]. 3. Praha: Triton, 2014 [cit. 2023-04-15]. ISBN 978-80-7387-830-6.

NAKONEČNÝ, Milan. *Obecná psychologie*. Praha: Stanislav Juhaňák – Triton, 2015. ISBN 978-80-7387-929-7.

Národní portál psychiatrické péče – Psychotická onemocnění – Časový trend. Online. Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky. 2023. Dostupné z: <https://psychiatrie.uzis.cz/browser/disease/fl/time-trend?view=1>. [cit. 2023-11-06].

Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process (3rd Edition). *The American Journal of Occupational Therapy* [online]. 2014, 68(1), 1-48 [cit. 2023-05-29]. Dostupné z: <https://1url.cz/CujNK>

OPHI II. MOHO-IRM Web [online]. Chicago: University of Illinois, 2023 [cit. 2023-07-10]. Dostupné z: <https://moho-irm.uic.edu/productDetails.aspx?aid=31>

PARKINSON, Sue. *Recovery Through Activity* [online]. 2. Velká Británie: Routledge, 2017 [cit. 2023-06-09]. ISBN 9781351705011. Dostupné z: <https://1url.cz/Huzs7>

PÁV, Marek; PLUHAŘÍKOVÁ POMAJSZLOVÁ, Jana a ŠŤASTNÁ, Jana. Možnosti psychosociální rehabilitace v psychiatrické nemocnici: Possibilities of psychosocial

rehabilitation in long term in patient care. *Psychiatria pre prax*. 2018, roč. 19, č. 1, s. 19-23. ISSN 1335-9584.

PĚČ, O.- WENIGOVÁ, B. – RAITER, T. Potřeby odborníků a uživatelů psychiatrické péče pro vytvoření modelu služeb pro duševně nemocné v Praze. *Psychiatrie*. Praha: 2009, roč. 13, č. 1, s. 10 - 14. ISSN 1211-7579.

PĚČ, Ondřej a Václava PROBSTOVÁ. *Psychózy*. Praha: Triton, 2009. ISBN 978-80-7387-253-3.

PENTLAND, Duncan, Kristi WITEMYRE, Sarah KANTARTZIS a Maria GIATSI CLAUSEN. *Occupational therapy and complexity: defining and describing practice* [online]. London: Royal College of Occupational Therapists, 2018 [cit. 2023-04-26]. ISBN 978-1-905944-71-2.

Dostupné z: <https://www.rcot.co.uk/sites/default/files/OT%20and%20complexity.pdf>

PLHÁKOVÁ, ALENA. *Učebnice obecné psychologie*. Praha: Academia, 2004. ISBN 80-200-1086-6.

POPOVA, Evguenia, Renee TAYLOR, Chia-Wei FAN, Riitta KEPONEN a Sanna PIIKKI. Volitional questionnaire: Psychometric evaluation of the finnish translation. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* [online]. 2019 [cit. 2021-6-11]. ISSN 1103-8128. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/11038128.2019.1572786>

Poruchy duševní a poruchy chování (F00–F99). MKN-10 2023 [online]. Česko: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2022 [cit. 2023-06-12]. Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F20>

PRAŠKO, J. A kol. *Léčíme se s psychózou*. Praha: Medical Tribune, 2005

PUNCH, K. F. *Úspěšný návrh výzkumu*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-468-7

REISS, Steven. Intrinsic and Extrinsic Motivation. *Teaching of Psychology* [online]. 2012, 39(2), 91-156 [cit. 2023-04-24]. Dostupné z: <https://journals.sagepub.com/doi/epub/10.1177/0098628312437704>

QUICK, Laura; FORSYTH, Kirsty; METHERALL, Alan; ROBINSON, Jayne; MELTON, Jane et al. Program Redesign Based on the Model of Human Occupation: Inpatient Services for

People Experiencing Acute Mental Illness in the UK. Online. *Occup Ther Health Care*. 2008, roč. 22, č. 2-3, s. 37-50. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23941371/>. [cit. 2023-11-28].

REPPER, Julia a Rachel PERKINS. *Social Inclusion and Recovery: a Model For Mental Health Practice*. London: Bailliere Tindall, 2003. ISBN 0702026018.

RITTER, Victoria C., Farzaneh YAZDANI, Mikkel M. THØRRISEN a Tore BONSAKSEN. Psychometric Properties of an Instrument Derived from the Intentional Relationship Model: The Self-Efficacy for Recognizing Clients' Interpersonal Characteristics (N-SERIC). *The Open Journal of Occupational Therapy* [online]. 2018, 6(2), 1-8 [cit. 2023-06-09]. Dostupné z: <https://scholarworks.wmich.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1423&context=ojot>

ROJJANASRIRAT, Wilaiporn a Valmi D. SOUSA. Translation, adaptation and validation of instruments or scales for use in cross-cultural health care research: a clear and user-friendly guideline. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* [online]. 2011, 17(2), 268-74 [cit. 2023-07-09]. Dostupné z: <https://1url.cz/Bu1I8>

RUDNICK, Abraham a LUNDBERG, Erica. The Stress-Vulnerability Model of Schizophrenia: a Conceptual Analysis and Selective Review. Online. *Current Psychiatry Reviews*. 2012, roč. 8, č. 4, s. 337-341. Dostupné z: <https://1url.cz/1ujNu>. [cit. 2023-11-03]

RYAN, R. M., W. PICKREN, E. L. DECI, R. STERNBERG a E. BRADSHAW. A History of Human Motivation Theories. In: *The Cambridge Handbook of the Intellectual History of Psychology* [online]. 1. New York: Cambridge University Press, 2019, s. 391-411 [cit. 2023-05-29]. ISBN 9781108290876. Dostupné z: <https://1url.cz/pujNJ>

RYAN, Richard M. A Edward L. DECI. Intrinsic and Extrinsic Motivations: Classic Definitions and New Directions. *Contemporary Educational Psychology* [online]. 2000, 25(1), 54-67 [cit. 2023-04-24]. Dostupné z: <https://1url.cz/yujNe>

SANTAMARÍA-VÁZQUEZ, Montserrat a Maria Luisa GARACHANA CARPINTERO. The Relationship Between Volition and Independent Occupational Performance in People with Mental Disorders. *Occupational Therapy in Mental Health* [online]. 2017, 33(4), 394-406 [cit. 2023-05-29]. Dostupné z: <https://1url.cz/CujNQ>

SEDLÁKOVÁ, Jitka a Lenka KNAPOVÁ. DOTAZNÍK MOTIVACE k VÝKONU (LMI) Recenze metody. *TESTFÓRUM* [online]. 2017, 1(8), 19-24 [cit. 2023-05-30]. Dostupné z: <https://1url.cz/pujNW>

SHULTZ, Thomas R. *Rules of Causal Attribution. Monographs of the Society for Research in Child Development* [online]. 1982, 47(1), 1-51 [cit. 2023-04-20]. Dostupné z: <https://www.jstor.org/stable/1165893>

SCHMITT, A.; GRUBER, O.; FALKAI, P. a HASAN, A. Schizophrenia as a disorder of disconnectivity. 2011: 150-4. Online. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2011, roč. 261, č. 2, s. 150-4. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21866371/>. [cit. 2023-11-28].

SMOLÍK, Petr. *Duševní a behaviorální poruchy: průvodce klasifikací, nástin nozologie, diagnostika*. 2. Maxdorf, 2002. ISBN 80-85912-18-X. SOUKUP, Jan. *Motivační rozhovory v praxi*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0607-1.

STEERS, Richard M., R. M. MOWDAY a D. L. SHAPIRO. Introduction to Special Topic Forum: The Future of Work Motivation Theory. *The Academy of Management Review* [online]. 2004, 29(3), 379–387 [cit. 2023-04-15]. Dostupné z: <https://doi.org/10.2307/20159049>

STUHLÍKOVÁ, I. A F. MAN. Heuristic competence - a Czech version of the questionnaire. *Studia Psychologica* [online]. 1993, 35(4), 356 [cit. 2023-07-10]. Dostupné z: <https://www.proquest.com/openview/caa74a44ac0fbf478cbd92c68ee45c31/1?pq-origsite=gscholar&cbl=1817340>

SUKOVÁ, M. editor. *Matra III. Komunitní psychiatrie v praxi*. [CD]. 2005, [cit. 2009-10-10] Dostupný z: <http://www.cmhd.cz/matra.html>.

SVOBODA, Mojmír, Eva ČEŠKOVÁ a Hana KUČEROVÁ. *Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2012. ISBN 97880-262-0216-5.

ŠKODA, Miroslav. *Předsudky, diskriminace a stigmatizace jako závažné etické problémy spojené s léčbou psychicky nemocných*. *Psychiatrie pro praxi*. 17:2. 2016.

TAYLOR, Renee R. *Kielhofner's Model of Human Occupation: Theory and Application* [online]. 5. Philadelphia, United States: Wolters Kluwer Health, 2017 [cit. 2023-07-09]. ISBN 978-1451190342. Dostupné z: <https://1url.cz/Vu1IX>

TAYLOR, Renee R. *The Intentional Relationship* [online]. 2. Chicago, USA: F.A. Davis, 2020 [cit. 2023-06-09]. ISBN 9781719641777. Dostupné z: <https://1url.cz/ouzs0>

TAYLOR, Renee R., Tore BONSAKSEN a K. VOLLESTAD. Use of the therapeutic relationship in occupational therapy: "The Intentional Relationship Model." *Ergoterapeuten* [online]. 2013, 5(1), 26-31 [cit. 2023-06-09]. Dostupné z: <https://1url.cz/Luzsf>

THELEN, Esther a SMITH, Linda B. Dynamic Systems Theories. Online. In: *Handbook of child psychology: Theoretical models of human development*. John Wiley, 2006, s. 258-312. Dostupné z: <https://psycnet.apa.org/record/2006-08774-006>. [cit. 2023-11-28].

VOLLMMEYER, Regina a Falko RHEINBERG. Does motivation affect performance via persistence? *Learning and Instruction* [online]. 2000, 10(4), 293-309 [cit. 2023-04-25]. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0959475299000316>

VYMĚTAL, Jan, 2008. *Motivace člověka*. In: *Lékařská psychologie*. 3., aktualizované vydání. Praha: Portál, str. 73-87. ISBN 80-7178-740-X

WHO. *Process of translation and adaptation of instruments*. World Health Organization [online]. 2021 [cit. 2023-20-7]. Dostupné z http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/translation/en/

WU, Chin-Yu, Judy GROSSMAN a Chu PING CHEN. Facilitating Intrinsic Motivation in Clients with Mental Illness. *Occupational Therapy in Mental Health* [online]. 2000, 16(1), 1-14 [cit. 2023-04-26]. Dostupné z: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/153944920102100301?journalCode=otja>

WU, Chin-Yu. Facilitating Intrinsic Motivation in Individuals with Psychiatric Illness: a Study on the Effectiveness of an Occupational Therapy Intervention. *The Occupational Therapy Journal of Research* [online]. 2001, 21(3), 142-146 [cit. 2023-04-26]. Dostupné z: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/153944920102100301?journalCode=otja>

WU, Xinyi. Intrinsic motivation and young language learners: the impact of the classroom environment. *System* [online]. 2003, 31(1), 501-517 [cit. 2023-05-29]. Dostupné z: <https://1url.cz/WutlW>

YAZDANI, Farzaneh, Faeze ALVANDI, Moslem CHERAGHIFARD, Narges SHAFAROODI a Mitra KHALAFBEIGI. Psychometric Properties of the Persian Version of Volitional Questionnaire in Patients with Severe Mental Illnesses. *Journal of Rehabilitation Sciences and Research* [online]. 2019, 2(6), 86-90 [cit. 2021-6-11]. Dostupné z: https://jrsl.sums.ac.ir/article_44894_1f717caca802460ddf76831b4be7c9b3.pdf

ZHU, Jing. Locating volition. *Consciousness and Cognition* [online]. 2004, 13(2), 302-322 [cit. 2023-04-15]. Dostupné z: www.elsevier.com/locate/concog

ZIMBARDO, Philip G. A Richard J. GERRIG. *Psychologie* [online]. 18. Harlow: Pearson Education, 2008 [cit. 2023-04-20]. ISBN 978-3-8273-7275-8. Dostupné z: <https://1url.cz/tr8nb>

7. Seznam zkratek

CNS – Centrální nervová soustava

COTEC – Rada ergoterapeutů v evropských zemích

MOHO – Model lidského zaměstnávání

MOHOST – Model of Human Occupation Screening Tool

MVP – Integrativní teoretický model motivace, vůle a výkonu

OPHI II – Occupational Performance History Interview – II

SDT – Self determination theory

UIC – Univerzita Illinois v Chicagu

VQ – Volitional Questionnaire – Dotazník vůle

WHO – Světová zdravotnická organizace

8. Seznam obrázků, grafů, tabulek

8.1 Seznam obrázků

Obrázek 2.1 – Schéma pudového chování a volního aktu.....	6
Obrázek 2.2 – Vztah mezi hodnotami, osobní kauzalitou, zájmy, obecnými elementy prostředí při výběru činnosti.....	30
Obrázek 2.3 – Položky dotazníku vůle ve volním kontinuu.....	36
Obrázek 2.4 – Vztah medikace, onemocnění, MOHO Remotivační proces a anatomický podklad	41

8.2 Seznam grafů

Graf 3.1 – Věkové rozdělení.....	49
Graf 3.2 – Rozložení zastoupení jednotlivých diagnóz.....	50
Graf 3.3 – Počet hodnocení s odpovědí N/O	53
Graf 3.4 – Celý výzkumný vzorek	55
Graf 3.5 – Výsledky pacientů v závislosti na podpůrném sociálním prostředí	56
Graf 3.6 – Výsledky pacientů v závislosti na duální diagnóze připojené závislosti	57
Graf 3.7 – Výsledky pacientů v kombinaci podpůrného sociálního prostředí a připojené závislosti	58
Graf 3.8 – Výsledky	59
Graf 3.9 – Výsledky pacientů s opakovaným hodnocením	60

8.3 Seznam tabulek

Tabulka 2.1 – Klíčové termíny motivace	5
Tabulka 2.2 – Přehled teorií motivace 20. století.....	11
Tabulka 2.3 – Formy schizofrenie.....	21
Tabulka 3.4 – Časová náročnost dotazníku	53
Tabulka 3.5 – Výsledky pacientů v závislosti na podpůrném sociálním prostředí.....	56
Tabulka 3.6 – Výsledky pacientů v závislosti na duální diagnóze připojené závislosti.....	57
Tabulka 3.7 – Výsledky pacientů v kombinaci podpůrného sociálního prostředí a připojené závislosti	57
Tabulka 3.8 – Výsledky	58

9. Přílohy

9.1 Terénní deník

Pozorování

Informace o prostředí pozorování a jednotlivé záznamové archy jsou fyzicky přiloženy k práci, s ohledem na zakoupenou licenci k Dotazníku vůle, není tato část sdílána veřejně. V rámci terénních poznámek se jedná pouze o subjektivní reflexi autorky z práce s dotazníkem.

9.1.1 Psychiatrická Nemocnice Horní Beřkovice

1. Den pozorování 9.3. 2023

Pacient 17-22

- Potřeba představit se klientovi a představit výzkum – ovlivňuje představení výsledky výzkumu?
- Náročné rozlišení míry podpory pacienta
- Potřeba vracet se k manuálu po administraci, kontrola položek
- Obtížná rozlišitelnost položek „zkouší nové věci“
- Obtížné hodnocení pasivní až spontánní

2. Den pozorování 10.3. 2023

Pacient 1, 6, 7

- Hodnocení motivace při různých činnostech dává jinou výpovědní hodnotu, v jiném prostředí je pacientka uvolněnější a lépe pracuje
- Stále problematické rozlišení podpory
- Jaké prostředí je adekvátní pro skórování vyhledává výzvy?
- Ve chvíli, kdy je pacient upozorněn na výzkum (informovaný souhlas) má vyšší tendenci si se mnou povídat a zjišťovat co studuji a o co jde namísto výkonu činnosti, což často vede ke ztížení pozorování
- Tendence přemýšlet nad tím, jestli pokud skóruji pasivně v nižších položkách dotazníku, postupuji správně, pokud ve vyšších položkách skóruji u pacienta lépe

3. Den pozorování 27.3. 2023

Pacient 8-16

- Může dojít k výraznému narušení v případě nezájmu kolegy o činnost v individuální práci ve skupině
- Těžké skórovat poslední položky v podmínkách dílny
- Rozlišení skórování pasivní/nelze pozorovat není vždy jednoznačné
- Potřeba vracet se k manuálu po administraci
- Tendence přemýšlet nad tím, jestli pokud skóruji pasivně v nižších položkách dotazníku, postupuji správně, pokud ve vyšších položkách skóruji u pacienta lépe
- Poslední položky těžko hodnotitelné u pacientů

4. den pozorování 30.3.

Pacient 2-5

- Pokud mě pacient nezná, stydí se a část terapie tráví pozorováním mě namísto výkonu činnosti
- Velký zájem o mě samotnou, lepší by bylo pozorování skryté, což ale nelze s ohledem na nutnost informovaného souhlasu
- Skórovat pasivní nebo nelze skórovat je někdy ve vyšších položkách těžké rozhodnout, je potřeba opravdu detailně sledovat pacienta a uvědomovat si jeho přístup k činnosti a míru mé podpory
- Tendence přemýšlet nad tím, jestli pokud skóruji pasivně v nižších položkách dotazníku, postupuji správně, pokud ve vyšších položkách skóruji u pacienta lépe

9.1.2 Bona o.p.s. Jedna Bedna

1. Den pozorování 11.4.

Pacient 23, 27, 26

- Jiná atmosféra během představování klientům – větší soukromí, snazší vysvětlení výzkumu, mám pocit menšího ovlivnění během činnosti
- Delší čas strávený s klientem se pozitivně odráží ve spolupráci s klientem v jeho uvolněnosti snazší být „nepozorována“
- Zvýšená motivace klientů, vypráví o svých plánech
- Stále potřebný čas pro kontrolu po zaznamenání hodnocení

2. Den pozorování 12.4. 2023

Pacient 29, 24

- Individuální práce ve skupině na stejném úkolu svádí ke srovnávání klientů namísto samotného pozorování
- Větší strach, co z výzkumu plyne – v HB pacienti více apatičtí vůči samotnému popisu výzkumu
- Tendence přemýšlet nad tím, jestli pokud skóruji pasivně v nižších položkách dotazníku, postupuji správně, pokud ve vyšších položkách skóruji u pacienta lépe
- Těžké rozlišit míru podpory, kterou pacientovi podávám a dle toho skórovat – velká potřeba být neustále zvědomovat míru podávané podpory, a nejen pasivně hodnotit

3. Den pozorování 17.4.2023

Pacient 28

- Potřeba vrátit se k položce zkouší řešit problémy, není jasné, zdali spontánně nebo s podporou
- Dobré mít v hlavě příklady z manuálu ke každé položce a převádět situaci na ně
- Pozorovatelnost posledních položek (vyhledává další odpovědnost, vyhledává výzvy) – zvažení, zdali je opravdu vidím nebo ne

9.2 Informovaný souhlas pacienta

Název diplomové práce (dále jen DP):

Možnosti ergoterapie v posilování motivace a vůle u lidí s psychotickým onemocněním

Stručná anotace BP:

Diplomová práce popisuje problematiku motivace a vůle, jejíž poruchy mohou být součástí psychotického onemocnění. V rámci toho využívá nástroje k hodnocení vůle z Modelu lidského zaměstnávání, a to Dotazníku Vůle. Tento dotazník byl přeložen je využíván k examinaci u pacientů pro ověření správnosti překladu a využitelnosti v praxi.

Jméno a příjmení pacienta:

Datum narození:

Kazuistika pacienta pod číslem:

1. Já, níže podepsaný/á souhlasím s účastí v DP, jejíž výsledky budou anonymně zpracovány formou kazuistiky. Je mi více než 18 let.
2. Byl/a jsem podrobně a srozumitelně informován/a o cíli DP a jejích postupech, průběhu zpracování, a formě mé spolupráce. Byl mi vysvětlen očekávaný přínos DP.
3. Porozuměl/a jsem tomu, že svou účast mohu kdykoliv přerušit či zcela zrušit, aniž by to jakkoliv ovlivnilo průběh mé další léčby. Moje účast v kazuistice DP je dobrovolná.
4. Kazuistika bude v DP uveřejněna přísně anonymně bez jakýchkoliv osobních údajů.
5. S účastí v kazuistice DP není spojeno poskytnutí žádné finanční ani jiné odměny.

Datum:

Podpis pacienta:

Podpis studenta:

9.3 Žádost o umožnění výzkumu – Horní Beřkovice

Žádost k umožnění sběru dat pro diplomovou práci v PN Horní Beřkovic

A. Úvodní data

Název práce: Možnosti ergoterapie v posilování motivace a vůle u lidí s psychotickým onemocněním

Possibilities of Strengthening Motivation and Volition of People with Psychotic Disorders in Occupational Therapy

Autor: Bc. Lucie Dvořáková, 1.LF UK

Vedoucí diplomové práce: Mgr. Jana Pluhaříková Pomajzlová

B. Odůvodnění výzkumu a shrnutí jeho cílů:

Cílem výzkumu je ověření překladu a zavedení Dotazníku Vůle z Modelu lidského zaměstnávání do českého prostředí. Cílovou skupinou jsou pacienti s psychotickým onemocněním s vyloučením akutní psychózy, tedy nejčastěji pacienti se schizofrenií – tou trpí dle Světové zdravotnické organizace až jeden člověk z 300 (Global Health Data Exchange, 2019). Právě se schizofrenií se v ergoterapeutické praxi setkáváme nejčastěji. Vůle je nezbytným předpokladem v terapii pacientů s psychotickým onemocněním, jelikož napomáhá zvládnutí stresu a částečně koreluje s psychopatologií onemocnění. Zároveň právě poruchy motivace a vůle jsou možným negativním symptomem v diagnostice schizofrenie (Praško, 2005).

Dotazník Vůle je koncipován jako pozorování pacienta během činnosti a hodnocení spontánnosti zapojení pacienta do ní. Terapeut hodnotí 14 položek na čtyřbodové škále. Mezi hodnocené položky patří například to, zdali pacient projevuje zvědavost, zůstává zapojen v činnosti či projevuje hrdost z provedeného úkolu. V jednotlivých položkách terapeut může hodnotit, jestli je pacient pasivní nebo zcela spontánní v dané položce.

Dotazník je využitelný k rozpoznání cílů a úrovně motivace pacienta, formulaci cílů pro terapii spolu s pacientem a nastavení samostatného terapeutického plánu. Stejně tak je užitečný ke zhodnocení vůle pacienta během celého terapeutického procesu.

C. Přehled údajů z pokusného protokolu a dalších dokumentů

a) Účel výzkumu, význam pro diagnostickou či léčebnou praxi, pro lékařskou vědu

Účelem výzkumu je ověření překladu Dotazníku vůle a jeho využití v ergoterapeutické praxi.

b) Plánované časové rozpětí, začátek a konec trvání výzkumu

Výzkum by měl probíhat po dobu týdne od 6. 3. do 10. 3. 2023., časová dotace na 1 pacienta je jedna terapie a v ní pozorování během jedné činnosti alespoň na patnáct minut – terapeut smí pacienta začít hodnotit po uplynutí pěti minut zapojení do činnosti.

c) Počet, věk, výběrová kritéria sledovaných dobrovolníků, údaje o honorování.

Výběrovým kritériem cílové skupiny je diagnóza psychotického onemocnění – schizofrenie, u dospělé osoby s vyloučením akutní psychózy. Honorář pro zapojené osoby není součástí výzkumu, je předpokládané dobrovolné zapojení v rámci probíhajících terapií.

d) Provádí se obdobná studie jinde v ČR nebo v zahraničí?

Podobné studie byly ve větší míře provedeny v dalších zemích v rámci zavedení Dotazníku vůle do tammního prostředí a ověření jeho psychometrických dat. Jedná se například o Švédsko a Finsko a další země. V rámci všech studií byla použita podobná kritéria pro výběr cílové populace – tedy pacienti se schizofrenií s vyloučením akutní psychózy (Kjellberg a Agren 2008, Popova et al., 2019).

e) Použití invazivních a neinvazivních metod vyšetření a léčení. Uvést a popsat plánované metody, které nejsou součástí rutinní praxe

K hodnocení je využíváno pouze pozorování pacienta při činnosti, jedná se o subjektivní hodnocení terapeutem. Jedná se tedy o neinvazivní metodu.

f) Jak budou získávání jedinci pro účast ve studii?

Pacienti budou vytipováni na základě rozhovorů s ergoterapeuty z PN Horní Beřkovice a dle pozorování pacientů během terapií.

g) Jaká jsou potenciální rizika předkládaného projektu, především rizika etického charakteru?

Rizika etického charakteru nejsou předpokládána. Výzkum se nezaměřuje cíleně na ženy či muže, cílová skupina je vybírána jen podle dané diagnózy, o které jsou ale již sami pacienti informováni, nejedná se o jejich stigmatizaci. Zároveň svou účast ve studii potvrdí informovaným souhlasem. V rámci studie nebudou využity žádné osobní údaje, zpracovány budou pouze informace získané pozorováním a vyšetřením pacienta a v rámci práce je nebude možné s nikým spojit.

D. Zdroje

KJELLBERG, Anette a Kristin Alfredsson AGREN. Utilization and Content Validity of the Swedish Version of the Volitional Questionnaire (VQ-S). *Ågren, K. A., & Kjellberg, A. (2008). Utilization and Content Validity of the Swedish Version of the Volitional Questionnaire (VQ-S). Occupational Therapy In Health Care, 22(2-3), 163–176. doi:10.1080/07380570802135456* [online]. 2008, 22(3), 163 - 176 [cit. 2021-6-11]. Dostupné z: [sci-hub.do/10.1080/07380570802135456](https://doi.org/10.1080/07380570802135456)

Global Health Data Exchange (GHDx) [online]. University of Washington: Institute of Health Metrics and Evaluation, 2019 [cit. 2023-02-03]. Dostupné z: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>

POPOVA, Evguenia, Renee TAYLOR, Chia-Wei FAN, Riitta KEPONEN a Sanna PIIKKI. Volitional questionnaire: Psychometric evaluation of the finnish translation. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* [online]. 2019 [cit. 2021-6-11]. ISSN 1103-8128. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/11038128.2019.1572786>

PRAŠKO, J. a kol. Léčíme se s psychózou. Praha: Medical Tribune, 2005

9.4 Smlouva - Psychiatrická nemocnice Horní Beřkovice

Smlouva o zabezpečení odborné praxe

Univerzita Karlova
se sídlem v Praze 1, Ovocný trh 3/5, 116 36
týkající se součástí: 1. lékařská fakulta
Kateřinská 32, 121 08 Praha 2

IČ: 00216208

Zastoupená: děkanem fakulty prof. MUDr. Martinem Vokurkou, CSc.
(dále jen „1. LF UK“)

a

Psychiatrická nemocnice Horní Beřkovice
se sídlem: Podřipská 1, 411 85 Horní Beřkovice
IČ: 00673552
Zastoupená: MUDr. Jiří Tomeček, MBA - ředitel

(dále jen „nemocnice“)

a

jméno a příjmení: Lucie Dvořáková
narozen/a:
bydliště:
(dále jen „student/studentka“)

Smluvní strany se dohodly na uzavření smlouvy o zabezpečení odborné praxe následujícího znění:

I. Předmět smlouvy

1. Předmětem smlouvy je zajištění konání souvislé studijní odborné praxe (dále jen „praxe“) **Lucie Dvořákové** studentce 2. ročníku 1. LF UK, oboru ergoterapie Nmgr.

Tato skutečnost je doložena potvrzením o studiu v aktuálním akademickém roce, které je přílohou č. 1 této smlouvy.

2. Praxe proběhne v době od **6. 3. 2023** do **10. 3. 2023** na pracovišti nemocnice: **Horní Beřkovice**

II. Obsahová náplň odborné praxe

1. Student/studentka bude vykonávat odbornou praxi na oddělení pod vedením pověřených zaměstnanců nemocnice. Práce studenta/studentky a vedení pověřených zaměstnanců musí být v souladu s přílohou č. 2 (obsahová náplň praxe).
2. Pověřený zaměstnanec se ve věcech odborné výuky bude řídit požadavky 1. LF UK vyjádřenými obsahovou náplní odborné praxe, která stanoví její cíle, obsah a strukturu a která je nedílnou součástí této smlouvy jako příloha č. 2.

III. Závazky 1. LF UK

1. Připraví studenta/studentku pro základní odbornou činnost jak po stránce teoretické, tak po stránce praktické.
2. Vypracuje obsahovou náplň praxe v souladu s čl. II.
3. Prohlašuje, že student/studentka byl/a očkován/a proti virové hepatitidě B v souladu s vyhláškou č. 537/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů.

4. Zajistí, aby student/studentka měl/a pracovní oděv odpovídající činnostem vykonávaným v rámci odborné praxe.
5. Po dohodě s pověřeným zaměstnancem zabezpečí pravidelnou kontrolu studenta/studentky osobní návštěvou pověřeného pracovníka 1. LF UK nebo telefonicky.
6. 1. LF UK prohlašuje, že v případě studenta/studentky se státní příslušností ČR nebo s trvalým pobytem v ČR řádně informuje příslušnou zdravotní pojišťovnu tak, aby bylo za studenta/studentku státem hrazeno zdravotní pojištění. V případě ostatních platí, že zdravotní pojištění na území ČR si sjednávají individuálně.
7. 1. LF UK prohlašuje, že má ke dni uzavření této smlouvy v rámci pojistné smlouvy pojištěné riziko – odpovědnost za újmu způsobenou studenty při teoretickém nebo praktickém vyučování nebo v přímé souvislosti s ním pojistníkovi nebo třetím osobám, u nichž je teoretické nebo praktické vyučování vykonáváno, se sjednaným sublimitem pojistného plnění 20.000.000,- Kč a s územním rozsahem svět vč. USA, Kanady a Austrálie.
8. 1. LF UK informuje studenta/studentku o povinnosti dodržovat v průběhu praxe obecně závazné právní předpisy a předpisy zmíněné v čl. IV. odst. 2, s nimiž byl/a řádným způsobem seznámen/a.
9. 1. LF UK prohlašuje, že student/studentka absolvoval/a veškerá zákonem stanovená školení týkající se bezpečnosti a ochrany zdraví při práci a požární ochrany.

IV. Závazky nemocnice

1. Pověří vedením praxe studenta/studentky pouze zkušeného zaměstnance. Ten je povinen řídit se obsahovou náplní praxe podle čl.II.
2. Před zahájením praxe zajistí řádné seznámení studenta/studentky s právními předpisy v oblasti bezpečnosti práce a požární ochrany i s vnitřními předpisy nemocnice vztahujícími se k výkonu odborné praxe, a to zaměstnanci nemocnice, do jejichž kompetence spadá obdobné poučení vůči zaměstnancům nemocnice. Student/studentka bude též poučen/a o povinnosti zachovávat mlčenlivost, a to i po ukončení praxe.
3. Umožní studentovi/studentce vstup na oddělení určené touto smlouvou k výkonu praxe a do dalších prostorů souvisejících s výkonem odborné praxe.
4. Zajistí a poskytne studentovi/studentce prostor k odkládání osobních věcí.

V. Závazky studenta/studentky

1. Student/studentka nesmí zahájit výkon praxe v případě, že nebyl/a očkovan/a proti virové hepatitidě B v souladu s vyhláškou č. 537/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů, není k odborné praxi zdravotně způsobilý/á nebo mu/jí jsou známe jakékoliv zdravotní překážky, které by výkonu praxe bránily, nebo pokud není bezúhonný/á podle platných právních předpisů, tzn., že má záznam v rejstříku trestů ČR, anebo v jiném, naroveň postaveném rejstříku.
2. Student/studentka je povinen/povinna při výkonu odborné praxe v nemocnici zejména:
 - a) vykonávat praxi řádně a svědomitě po celou dobu sjednanou výše
 - b) dodržovat při výkonu praxe pracovní postupy a metody tak, jak s nimi byl/a seznámen/a
 - c) používat při výkonu praxe stanovený pracovní oděv, osobní ochranné prostředky a pracovní prostředky tak, jak je pro danou činnost předepsáno
 - d) nepožívat alkoholické nápoje a jiné omamné látky v době výkonu praxe a nevstupovat na pracoviště nemocnice pod vlivem alkoholu nebo jiných omamných látek
 - e) chránit dobré jméno a pověst nemocnice, a to zejména korektním vystupováním a jednáním s pacienty a dalšími osobami, upraveným zevnějškem a čistým oděvem
 - f) po celou dobu výkonu praxe v nemocnici nosit na viditelném místě identifikační kartu, pokud to nemocnice vyžaduje
 - g) zachovávat mlčenlivost podle obecně závazných právních předpisů a GDPR o všech skutečnostech, týkajících se zdravotního stavu pacientů a údajů ze zdravotnické dokumentace pacientů, s nimiž se během praxe seznámí, přičemž si je vědom skutečnosti, že má právo nahlížet do zdravotnické dokumentace pacienta pouze za podmínek stanovených § 65 zák. č. 372/2011 Sb., v platném znění, a to jen u pacientů určených pověřeným zaměstnancem nemocnice a zásadně jen se souhlasem těchto pacientů nebo jejich zákonných zástupců
 - h) dodržovat veškeré obecně závazné právní předpisy, vnitřní předpisy nemocnice vztahující se k vykonávané praxi, se kterými byl seznámen, a pokyny pověřených zaměstnanců.

VI. Pověření zaměstnanci

1. Nemocnice stanoví jako pověřeného zaměstnance: Bc. Květa Myslivcová
2. 1. LF UK stanoví jako pověřeného zaměstnance:
3. Smluvní strany se zavazují seznámit se zněním této smlouvy pověřené zaměstnance, kteří se účastní zabezpečování výkonu odborné praxe.

VII. Ukončení smlouvy

1. Smlouva se uzavírá na dobu určitou vymezenou sjednanou délkou praxe.
2. Smluvní vztah lze dále ukončit dohodou stran nebo výpovědí.
3. Dohoda o ukončení smlouvy musí mít výhradně písemnou formu, k jiné formě se nepřihlíží.
4. Výpověď ze strany nemocnice je přípustná, pokud 1. LF UK neplní závazky vyplývající z čl. III. této smlouvy, popřípadě pokud student/studentka závažným způsobem poruší povinnosti stanovené v čl. V. této smlouvy nebo pokyny pověřených zaměstnanců.
5. 1. LF UK je oprávněna vypovědět smlouvu, jestliže nemocnice nezajistí podmínky stanovené v čl. IV.
6. Výpovědní doba činí jeden den a počíná běžet dnem následujícím po doručení výpovědi druhé smluvní straně.

VIII. Společná a závěrečná ustanovení

1. Odpovědnost za škodu se řídí obecně závaznými předpisy, zejména zákoníkem práce.
2. Tato smlouva je vzájemně i ve vztahu ke studentovi/studentce smlouvou bezúplatnou.
3. Smlouva se vyhotovuje ve třech stejnopisech s platností originálu, přičemž každé smluvní straně náleží jeden a jeden výtisk náleží studentovi/studentce.
4. Veškeré změny a doplnění smlouvy lze provést pouze písemnou formou vzestupně číslovanými dodatky a se souhlasem obou smluvních stran, k jiné než písemné formě se nepřihlíží.
5. Platnosti a účinnosti nabývá smlouva dnem podpisu oběma smluvními stranami.
6. Smluvní strany si smlouvu přečetly, její obsah jim je jasný a jsou s ním srozuměny. Na důkaz své vážné vůle uzavřít tuto smlouvu k ní jejich oprávnění zástupci připojují své podpisy.

V Praze dne0.6...03...2023.

V Horních Beřkovicích dne 3. 3. 2023

.....
prof. MUDr. Martin Vokurka, CSc.
děkan 1. LF UK

MUDr. Jiří Tomeček MBA
Digitálně podepsal
MUDr. Jiří Tomeček MBA
Datum: 2023.03.03
06:45:12 +01'00'
.....
MUDr. Jiří Tomeček, MBA
ředitel



V Praze dne3.3.2023.....

.....
student/studentka

Přílohy:

1. potvrzení o studiu
2. obsahová náplň praxe

Smlouva o zabezpečení odborné praxe

Univerzita Karlova
se sídlem v Praze 1, Ovocný trh 3/5, 116 36
týkající se součásti: 1. lékařská fakulta
Kateřinská 32, 121 08 Praha 2

IČ: 00216208

Zastoupená: děkanem fakulty prof. MUDr. Martinem Vokurkou, CSc.
(dále jen „1. LF UK“)

a

Psychiatrická nemocnice Horní Beřkovice
se sídlem: Podřipská 1, 41185, Horní Beřkovice
IČ: 00673552
Zastoupená: MUDr. Jiří Tomeček, MBA, ředitel
-jméno a funkce-

(dále jen „nemocnice“)

a

jméno a příjmení: Lucie Dvořáková
narozen/a:
bydliště:
(dále jen „student/studentka“)

Smluvní strany se dohodly na uzavření smlouvy o zabezpečení odborné praxe následujícího znění:

I. Předmět smlouvy

1. Předmětem smlouvy je zajištění konání souvislé studijní odborné praxe (dále jen „praxe“) Lucii Dvořákové studentovi/studentce 2. ročníku 1. LF UK, oboru nMgr. Ergoterapie
Tato skutečnost je doložena potvrzením o studiu v aktuálním akademickém roce, které je přílohou č. 1 této smlouvy.
2. Praxe proběhne v době od 27.3.2023 do 31.3. 2023 na pracovišti nemocnice: Horní Beřkovice

II. Obsahová náplň odborné praxe

1. Student/studentka bude vykonávat odbornou praxi na oddělení pod vedením pověřených zaměstnanců nemocnice. Práce studenta/studentky a vedení pověřených zaměstnanců musí být v souladu s přílohou č. 2 (obsahová náplň praxe).
2. Pověřený zaměstnanec se ve věcech odborné výuky bude řídit požadavky 1. LF UK vyjádřenými obsahovou náplní odborné praxe, která stanoví její cíle, obsah a strukturu a která je nedílnou součástí této smlouvy jako příloha č. 2.

III. Závazky 1. LF UK

1. Připraví studenta/studentku pro základní odbornou činnost jak po stránce teoretické, tak po stránce praktické.
2. Vypracuje obsahovou náplň praxe v souladu s čl. II.
3. Prohlašuje, že student/studentka byl/a očkovan/a proti virové hepatitidě B v souladu s vyhláškou č. 537/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů.

4. Zajistí, aby student/studentka měl/a pracovní oděv odpovídající činností vykonávaným v rámci odborné praxe.
5. Po dohodě s pověřeným zaměstnancem zabezpečí pravidelnou kontrolu studenta/studentky osobní návštěvou pověřeného pracovníka 1. LF UK nebo telefonicky.
6. 1. LF UK prohlašuje, že v případě studenta/studentky se státní příslušností ČR nebo s trvalým pobytem v ČR řádně informuje příslušnou zdravotní pojišťovnu tak, aby bylo za studenta/studentku státem hrazeno zdravotní pojištění. V případě ostatních platí, že zdravotní pojištění na území ČR si sjednávají individuálně.
7. 1. LF UK prohlašuje, že má ke dni uzavření této smlouvy v rámci pojistné smlouvy pojištěné riziko – odpovědnost za újmu způsobenou studenty při teoretickém nebo praktickém vyučování nebo v přímé souvislosti s ním pojistníkovi nebo třetím osobám, u nichž je teoretické nebo praktické vyučování vykonáváno, se sjednaným sublimitem pojistného plnění 20.000.000,- Kč a s územním rozsahem svět vč. USA, Kanady a Austrálie.
8. 1. LF UK informuje studenta/studentku o povinnosti dodržovat v průběhu praxe obecně závazné právní předpisy a předpisy zmíněné v čl. IV. odst. 2, s nimiž byl/a řádným způsobem seznámen/a.
9. 1. LF UK prohlašuje, že student/studentka absolvoval/a veškerá zákonem stanovená školení týkající se bezpečnosti a ochrany zdraví při práci a požární ochrany.

IV. Závazky nemocnice

1. Pověřil vedením praxe studenta/studentky pouze zkušeného zaměstnance. Ten je povinen řídit se obsahovou náplní praxe podle čl.II.
2. Před zahájením praxe zajistí řádné seznámení studenta/studentky s právními předpisy v oblasti bezpečnosti práce a požární ochrany i s vnitřními předpisy nemocnice vztahujícími se k výkonu odborné praxe, a to zaměstnanci nemocnice, do jejichž kompetence spadá obdobné poučení vůči zaměstnancům nemocnice. Student/studentka bude též poučen/a o povinnosti zachovávat mlčenlivost, a to i po ukončení praxe.
3. Umožní studentovi/studentce vstup na oddělení určené touto smlouvou k výkonu praxe a do dalších prostorů souvisejících s výkonem odborné praxe.
4. Zajistí a poskytne studentovi/studentce prostor k odkládání osobních věcí.

V. Závazky studenta/studentky

1. Student/studentka nesmí zahájit výkon praxe v případě, že nebyl/a očkovan/a proti virové hepatitidě B v souladu s vyhláškou č. 537/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů, není k odborné praxi zdravotně způsobilý/á nebo mu/jí jsou známé jakékoliv zdravotní překážky, které by výkonu praxe bránily, nebo pokud není bezúhonný/á podle platných právních předpisů, tzn., že má záznam v rejstříku trestů ČR, anebo v jiném, naroveň postaveném rejstříku.
2. Student/studentka je povinen/povinna při výkonu odborné praxe v nemocnici zejména:
 - a) vykonávat praxi řádně a svědomitě po celou dobu sjednanou výše
 - b) dodržovat při výkonu praxe pracovní postupy a metody tak, jak s nimi byl/a seznámen/a
 - c) používat při výkonu praxe stanovený pracovní oděv, osobní ochranné prostředky a pracovní prostředky tak, jak je pro danou činnost předepsáno
 - d) nepožívat alkoholické nápoje a jiné omamné látky v době výkonu praxe a nevstupovat na pracoviště nemocnice pod vlivem alkoholu nebo jiných omamných látek
 - e) chránit dobré jméno a pověst nemocnice, a to zejména korektním vystupováním a jednáním s pacienty a dalšími osobami, upraveným zevnějškem a čistým oděvem
 - f) po celou dobu výkonu praxe v nemocnici nosit na viditelném místě identifikační kartu, pokud to nemocnice vyžaduje
 - g) zachovávat mlčenlivost podle obecně závazných právních předpisů a GDPR o všech skutečnostech, týkajících se zdravotního stavu pacientů a údajů ze zdravotnické dokumentace pacientů, s nimiž se během praxe seznámí, přičemž si je vědom skutečnosti, že má právo nahlížet do zdravotnické dokumentace pacienta pouze za podmínek stanovených § 65 zák. č. 372/2011 Sb., v platném znění, a to jen u pacientů určených pověřeným zaměstnancem nemocnice a zásadně jen se souhlasem těchto pacientů nebo jejich zákonných zástupců
 - h) dodržovat veškeré obecně závazné právní předpisy, vnitřní předpisy nemocnice vztahující se k vykonávané praxi, se kterými byl seznámen, a pokyny pověřených zaměstnanců.

VI. Pověření zaměstnanci

1. Nemocnice stanoví jako pověřeného zaměstnance: Bc. Květa Myslivcová
2. 1. LF UK stanoví jako pověřeného zaměstnance:
3. Smluvní strany se zavazují seznámit se zněním této smlouvy pověřené zaměstnance, kteří se účastní zabezpečování výkonu odborné praxe.

VII. Ukončení smlouvy

1. Smlouva se uzavírá na dobu určitou vymezenou sjednanou délkou praxe.
2. Smluvní vztah lze dále ukončit dohodou stran nebo výpovědí.
3. Dohoda o ukončení smlouvy musí mít výhradně písemnou formu, k jiné formě se nepřihlíží.
4. Výpověď ze strany nemocnice je přípustná, pokud 1. LF UK neplní závazky vyplývající z čl. III. této smlouvy, popřípadě pokud student/studentka závažným způsobem poruší povinnosti stanovené v čl. V. této smlouvy nebo pokyny pověřených zaměstnanců.
5. 1. LF UK je oprávněna vypovědět smlouvu, jestliže nemocnice nezajistí podmínky stanovené v čl. IV.
6. Výpovědní doba činí jeden den a počíná běžet dnem následujícím po doručení výpovědi druhé smluvní straně.

VIII. Společná a závěrečná ustanovení

1. Odpovědnost za škodu se řídí obecně závaznými předpisy, zejména zákoníkem práce.
2. Tato smlouva je vzájemně i ve vztahu ke studentovi/studentce smlouvou bezúplatnou.
3. Smlouva se vyhotovuje ve třech stejnopisech s platností originálu, přičemž každé smluvní straně náleží jeden a jeden výtisk náleží studentovi/studentce.
4. Veškeré změny a doplnění smlouvy lze provést pouze písemnou formou vzestupně číslovanými dodatky a se souhlasem obou smluvních stran, k jiné než písemné formě se nepřihlíží.
5. Platnosti a účinnosti nabývá smlouva dnem podpisu oběma smluvními stranami.
6. Smluvní strany si smlouvu přečetly, její obsah jim je jasný a jsou s ním srozuměny. Na důkaz své vážné vůle uzavřít tuto smlouvu k ní jejich oprávnění zástupci připojují své podpisy.

V Praze dne 21-03-2023

V dne 10.3.2023
H. BERKOVICÍCH

.....
prof. MUDr. Martin Vokurka, CSc.
děkan 1. LF UK

.....
IČ: 00473532; DIČ: CZ00673532
.....



V Praze dne 10.3.2023

.....
student/studentka

Přílohy:

1. potvrzení o studiu
2. obsahová náplň praxe

9.5 Smlouva – BONA, o.p.s.



A / Pod Čimickým hájem 177/1, 181 00 Praha 8
T / 730 850 750 E / info@bona-ops.cz
W / www.bona-ops.cz IČO / 25732587

DOHODA O ZAJIŠTĚNÍ STÁŽE

kterou uzavírají

BONA, o.p.s.

IČO: 25732587
Pod Čimickým hájem 177/1
181 00 Praha 8

a žadatel*ka o stáž

Příjmení a jméno stážisty*ky: Lucie Dvořáková
Narozen*a dne:
Trvalé bydliště:
Přechodné bydliště:
Tel. kontakt:

I.

Cílem praxe je seznámení se s organizací BONA, o.p.s., sociálními službami (sociální rehabilitace - zaměstnávání a sociální rehabilitace - terénní týmy) a s potřebami cílové skupiny. BONA, o.p.s. zajistí žadatel*ce stáž v sociálních službách společností poskytovaných. Harmonogram spolupráce připraví stážista*ka ve spolupráci s vedoucí*m střediska, na kterém bude vykonávat praxi.

II.

Stážista*ka se dostaví v první den stáže na pracoviště podle dohody s vedoucí*m pracovníkem*cí, program stáže může začít až po absolvování vstupních školení. V průběhu stáže se stážista*ka zavazuje dodržovat pracovní kázeň, pracovní, provozní a bezpečnostní zásady na pracovišti. V rámci BOZP je povinen*na používat vhodný pracovní oděv a obuv.

III.

Na pracovišti se důsledně řídí pokyny pracovníka*ce odpovědného za průběh stáže (tzv. klíčový*á pracovník*ice), nebo jí*m pověřenou osobou, respektuje práva klientů*ek BONA, o.p.s. Stážista*ka starší 18-ti let může samostatně působit na středisku po absolvování minimálně 30 hodin bez přítomnosti klíčového*ho pracovníka*ce (v časovém horizontu max. 1 hodina).

IV.

Stážista se zavazuje zachovávat mlčenlivost o všech skutečnostech, týkajících se klientů BONA, o.p.s., o nichž se dozvěděl v průběhu stáže a zároveň přebírá plnou odpovědnost za škody, které by porušením této povinnosti mohly vzniknout BONA, o.p.s.

V.

Trvání stáže:

Datum a pracovní doba:

- 11. 4. 2023, 8 hodin
- 12. 4. 2023, 4 hodiny
- 17. 4. 2023, 8 hodin

Pracoviště/vedoucí pracovník - za průběh stáže na pracovišti odpovídá:

- Komunitní centrum JEDNA BEDNA - Žitná 23, Praha 1, vedoucí Komunitního centra: Lenka Vlachová

VI.

Cena stáže byla stanovena na 1.000,- Kč, vč. DPH.

VII.

Dohoda byla vyhotovena ve dvou výtiscích, z nichž jeden obdrží stážista*ka a jeden je uložen v BONA, o.p.s.
Dohoda nabývá platnosti dnem podpisu obou smluvních stran a provedením vstupní instruktáže.


V Praze dne 11. 4. 2023

stážista*ka

za BONA, o.p.s.
IČ: 25732587, www.bona-ops.cz

Protokol o zaškolení

Stážista*ka se zúčastnil vstupní instruktáže BOZP, PO, seznámil se s pracovním programem a se zásadami, které je nutné dodržovat na pracovišti.



podpis školící*ho pracovníka*ce

Byl*a jsem poučen*a o BOZP, PO a seznámen*a s pracovním programem a se zásadami, které je nutno dodržovat na pracovištích BONA, o.p.s.

V Praze dne



Podpis zaškolené*ho stážisty*ky

9.6 Dotazník vůle (pouze v tištěné formě)

9.7 Remotivační proces – Kapitola 6 a 7 (pouze v tištěné formě)