

**Univerzita Karlova
1. lékařská fakulta**

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví
Studijní obor: Ergoterapie



Michaela Haunerová

**Ergoterapie u pacientů po úrazech spojených s užíváním návykových
látek**

Occupational therapy for patients with injuries associated with use of
addictive substances

Bakalářská práce

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

Praha, 2023

PODĚKOVÁNÍ

Chtěla bych poděkovat vedoucí bakalářské práce, paní Bc. Zuzaně Rodové, M.Sc za vedení, cenné poznámky a odborné připomínky a rychlé reagování.

Dále bych chtěla poděkovat všem ergoterapeutkám, které sdílely své podněty a zkušenosti v mé praktické části.

Nakonec bych chtěla poděkovat také mojí rodině za nekonečnou podporu a trpělivost a příteli Jonášovi za podporu a pomoc s úpravami.

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, 30. 11. 2023

Michaela Haunerová

.....

IDENTIFIKAČNÍ ZÁZNAM

HAUNEROVÁ, Michaela. *Ergoterapie u pacientů po úrazech spojených s užíváním návykových látek. [Occupational therapy for patients with injuries associated with use of addictive substances]. Praha, 2023. 69 s., 2 přílohy. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Klinika rehabilitačního lékařství. Vedoucí závěrečné práce Bc. Zuzana Rodová, M.Sc.*

ABSTRAKT BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Jméno, příjmení: Michaela Haunerová

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

Název bakalářské práce: Ergoterapie u pacientů po úrazech spojených s užíváním návykových látek

Abstrakt bakalářské práce:

Bakalářská práce se zaměřuje na osoby, které utrpěly úraz v důsledku užívání návykových látek. Jejím cílem je zmapovat a popsat nejčastější úrazy, které vznikají pod vlivem návykových látek, zjistit jejich vliv na průběh i úspěšnost rehabilitačního procesu a poukázat na specifika spolupráce s tímto typem pacientů.

Teoretická část začíná úvodem do adiktologické problematiky, kde jsou vysvětleny důležité pojmy a koncept závislosti. Dále se věnuje konkrétním návykovým látkám, pod kterými nejčastěji úrazy vznikají – alkohol, konopné látky a opioidy a opiáty. Další kapitoly se věnují konkrétním nejčastějším úrazům a využití ergoterapie, na což navazují kapitoly rozebírající práci ergoterapeuta u adiktologických pacientů a vlivu návykových látek na rehabilitační proces.

V praktické části byly využity prvky kvalitativního výzkumu. Nejprve jsou zmíněny metody sběru dat, poté následuje rozbor semistrukturovaných rozhovorů, které byly vedeny se 4 respondentkami. Tento rozbor je rozdělen do 5 základních kategorií: obecné otázky, spolupráce s pacienty po úrazech spojených s užíváním návykových látek, průběh rehabilitace, spolupráce s multidisciplinárním týmem a výsledky a dlouhodobé sledování rehabilitace.

Práce je zakončena sumarizací výsledků, mezi kterými byly zjištěny často opakující se problémy při rehabilitaci. Ty mohou spočívat v jejich tendenci svoji závislost skrývat, čímž může dojít k vážným následkům, prodloužená délka hospitalizace a častý relaps, odmítání spolupráce a také absence adiktologa v multidisciplinárním týmu.

Klíčová slova: ergoterapie, závislost, návykové látky, úrazy

ABSTRACT OF BACHELOR THESIS

Author of bachelor thesis: Michaela Haunerová

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

Title of bachelor thesis: Occupational therapy for patients with injuries associated with use of addictive substances

Abstract of bachelor thesis:

The bachelor thesis focuses on people who have suffered an injury as a result of substance abuse. Its aim is to map and describe the most common injuries that occur under the influence of addictive substances, to determine their impact on the course and success of the rehabilitation process and to point out the specifics of working with this type of patients.

The theoretical part begins with an introduction to addictology, where important terms and the concept of addiction are explained. Then it focuses on the specific addictive substances under which injuries most often occur – alcohol, cannabis, opioids and opiates. Other chapters address specific common injuries and the use of occupational therapy, followed by chapters discussing the work of the occupational therapist with patients with addiction and the impact of addictive substances on the rehabilitation process.

In the practical part, elements of qualitative research were used. First, the data collection methods are mentioned, followed by an analysis of the semi-structured interviews conducted with 4 respondents. This analysis is divided into 5 main categories: general issues, cooperation with patients after substance use related injuries, course of rehabilitation, cooperation with the multidisciplinary team and outcomes and long-term follow-up of rehabilitation.

The bachelor thesis concludes with a summary of the results, among which frequently recurring problems in rehabilitation were identified. These may consist in their tendency to hide their addiction, which can lead to serious consequences, prolonged length of hospitalisation and frequent relapse, refusal to cooperate and, above all, the absence of an addictologist in the multidisciplinary team.

Key words: occupational therapy, addiction, addictive substances, injuries

OBSAH

1. ÚVOD	1
2. TEORETICKÁ ČÁST	3
2.1 Závislost na návykových látkách.....	3
2.2 Návykové látky.....	5
2.2.1. Alkohol	6
2.2.1. Konopné látky.....	8
2.2.3. Opioidy a opiáty	10
2.3. Nejčastější úrazy a role ergoterapeuta	11
2.3.1 Fraktury.....	11
2.3.2 Subluxace, luxace	13
2.3.2 Kraniocerebrální traumata	14
2.3.3 Spinální poranění	18
2.4 Ergoterapie u adiktologických pacientů	21
2.4.1. Práce ergoterapeuta s osobami se závislostí	22
2.4.2. Vliv návykových látek na rehabilitační proces adiktologických pacientů	24
3. PRAKTICKÁ ČÁST	26
3.1. Cíl bakalářské práce	26
3.2. Metodologie zpracování bakalářské práce	26
3.2.1. Metody získávání a zpracování dat.....	26
3.2.2. Kritéria výběru respondentů	27
3.2.3. Etické aspekty	28
3.2.4. Postup realizace	28
3.3. Rozhovory	30
3.3.1 Témata rozhovorů.....	30
3.3.2. Charakteristika souboru respondentů	31

3.3.3. Spolupráce s pacienty po úrazech spojených s užíváním návykových látek	32
3.3.4. Průběh rehabilitace	34
3.3.5. Spolupráce s multidisciplinárním týmem	37
3.3.6. Výsledky a dlouhodobé sledování rehabilitace	40
3.3.7. Shrnutí výsledků	43
4. DISKUZE	45
5. ZÁVĚR	52
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	53
SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK	64
SEZNAM TABULEK	65
PŘÍLOHY	67
Příloha č.1 – Informovaný souhlas	67
Příloha č. 2 – Seznam otázek pro respondenty	68

1. ÚVOD

V mé bakalářské práci budu řešit problematiku, která je na pomezí oborů ergoterapie a adiktologie. Bude se týkat úrazů, které vznikly v důsledku stavu ebriety a užívání jiných návykových látek. Tato problematika nezahrnuje pouze samotné úrazy, ale i jejich specifický výskyt v kontextu závislosti na psychoaktivních látkách.

Ve srovnání s jinými populacemi je spotřeba alkoholu v České republice stále na velmi vysoké úrovni – nadměrné užívání uvádí až 12% populace. Mezi nejčastěji užívané nelegální látky patří kanabinoidy, přičemž se také zvyšuje podíl jejich uživatelů mezi mladými dospělými. Další problematickou oblastí je nadužívání psychoaktivních léků, získávaných nejčastěji z oficiálního zdravotního systému (Chomynová et al., 2023). Kvůli efektu omamných látek roste riziko pádů, autonehod nebo také násilí, které mají za následek právě úrazy různého charakteru. Mohou vznikat polytraumata, úrazy neurologického charakteru či poruchy muskuloskeletálního systému. Ročně se týká v řádu tisíců hlášených hospitalizací těchto případů, u nichž v drtivé většině hraje roli alkohol (Chomynová et al., 2023). Jednou z terapeutických oblastí, která nabízí perspektivní přístup k rehabilitaci těchto pacientů, je ergoterapie, která je nedílnou součástí multidisciplinárního týmu.

Práce s takovou skupinou v rámci rehabilitace vyžaduje individuální a multidisciplinární přístup, jelikož se zde mohou objevit určité výzvy, které se u pacientů bez adiktologické anamnézy nemusí vyskytnout. Ergoterapeut se najednou během svých intervencí potýká např. s abstinenčními příznaky nebo také příznaky závislosti a jejich důsledky, které se mohou projevit nejen somaticky, ale i v jiných psychosociálních aspektech či kognitivních funkcích, které následně celý rehabilitační proces zpomalují či mohou být rizikovým faktorem pro relaps (Basu et al., 2017). Objevuje se komplexní problém, který může mít velký vliv nejen na průběh intervencí, ale celého rehabilitačního procesu. Vznikají tak otázky, jakým způsobem se stránka závislosti během ucelené rehabilitace řeší? Které konkrétní úrazy pod vlivem návykových látek vznikají, jak se prostřednictvím ergoterapie řeší a proč se tyto úrazy často opakují? Jakým způsobem se důsledky užívání některých omamných látek promítají na proces rehabilitace? Jaká je spolupráce s takovými pacienty při řešení (nejen) motorických poruch?

Na tyto otázky se pokusím v této práci najít odpověď. V teoretické části se budu věnovat nejčastějšímu typu úrazů, které vznikají pod vlivem psychoaktivních látek a také zjistím, které fyziologické funkce člověka ovlivňují, že k takovým úrazům dochází. Popíšu, jakým způsobem jsou řešeny prostřednictvím rehabilitace a jakým způsobem se zapojuje ergoterapeut. Pokusím se poukázat na specifika práce a různé výzvy, které se mohou během léčebného procesu objevit a jakým způsobem ovlivňují návykové látky úspěšnost rehabilitace. V praktické části se tato témata pokusím prostřednictvím kvalitativního výzkumu s využitím rozhovorů rozebrat s ergoterapeuty, kteří se s takovými pacienty setkávají ve své praxi.

Můj zájem o toto téma vychází z osobní praxe na psychiatrii, kde jsem se s adiktologickými pacienty setkala prvně. Postupem času mě tato práce nejen zaujala, ale také mě přivedla k přesvědčení o důležitosti individualizovaného přístupu v rehabilitační péči. V práci s touto klientelou jsem viděla, jak klíčovou roli může hrát ergoterapie při obnově jejich funkcí a při podpoře jejich integrace zpět do běžného života.

2. TEORETICKÁ ČÁST

2.1 Závislost na návykových látkách

Než se zaměřím na samotnou problematiku úrazů, je nutné definovat některé pojmy pro porozumění celého kontextu závislosti a co obnáší. Závislost má různé definice v souvislosti s tím, v jaké literatuře hledáme nebo z jakého hlediska se na závislost díváme. Lze ji chápat na úrovni biologického problému, sociálního a mnoha dalších.

Desátá revize Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (také MKN-10) (ÚZIS, 2019) a pátá revize Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch (také DSM-5) (Raboch et al., 2015) definují závislost podobným způsobem. Závislost na návykové látce v tomto případě znamená skupinu fyziologických, behaviorálních a kognitivních problémů, které se vyvíjí po opakovaném užívání látky, včetně silné touhy užívat látku a pokračování v jejím užívání navzdory komplikacím spojených s účinky a zanedbávání jiných zájmů ve prospěch těchto látek. Hlavním rysem závislosti je tedy především tužba brát psychoaktivní látky, alkohol nebo tabák, přičemž může být přítomna pro jednu určitou látku (např. diazepam), třídu látek (např. opioidy), nebo širší řadu různých látek.

Závislost lze vnímat i prostřednictvím různých modelů, např. biomedicínského, který nahlíží na oblast závislosti jako na „onemocnění mozku“, nebo bio-psycho-sociálně-spirituálního (West, 2013). Ergoterapii, která se na člověka dívá spíše holisticky, tedy jako na celek, je nejvíce blízký bio-psycho-sociálně-spirituální model závislosti. Tento pohled vychází z pojetí člověka jako celistvé bio-psycho-sociální bytosti ve zdraví, nemoci i léčbě. V kapitole o tomto modelu Kalina (2008) vysvětluje, že závislost je pro člověka možný přirozený stav, se kterým máme již zkušenosti a během života tuto zkušenost vyhledáváme vzhledem k tomu, že se se závislostí setkáváme všichni již od početí, u některých jedinců však může dojít k odklonu k patologické formě závislosti. „*V okamžiku porodu začínáme svoji neodbytnou cestu za samostatností, nebo snad zdánlivou samostatností. Zejména pak v období puberty je tento apel zvláště silný: hledáme cestu od závislosti k nezávislosti.*“ (Kalina et al., s.17, 2008)

Mezi znaky závislosti se dle MKN-10 řadí tzv. **craving**, neboli „*silná touha nebo pocit puzení používat látku*“ (Nešpor, s. 11, 2018), který se následně dělí na tělesný craving,

objevující se při odeznívání účinku látky nebo bezprostředně po něm, a psychický, vznikající i po delší době abstinence. Dalším příznakem je *zhoršené sebeovládání*, které s cravingem úzce souvisí. Pacient má nízké sebeuvědomění a vysoce rizikové prostředí, které má pacient spojené s návykovým chováním může fungovat jako spouštěč k následné recidivě tohoto chování (Nešpor, 2018). Zhoršená sebekontrola může znamenat, že si pacient dá větší dávku, než původně zamýšlel. Dále popisujeme *somatický odvykací stav*, který vzniká v podobě abstinčních příznaků, které jsou natolik neúnosné, že závislý začne vyhledávat další dávku. Látka tedy není v této situaci užívána pro její účinky a „odměňující efekt,“ ale potlačení abstinčního stavu (Kalina et al., 2008). Projevy odvykacího stavu se mohou lišit v závislosti na užívané substanci. Pozorujeme také *nárůst tolerance*. V důsledku nižší reaktivity centrálního nervového systému na návykovou látku nebo rychlejšího odbourávání látky metabolity dochází k situaci, kdy stejná dávka má po čase užívání nižší účinek. Pacientovi původní dávka přestává stačit, a tak dávku neustále zvyšuje. Nakonec mezi znaky řadíme již výše zmíněné *zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů*, kdy pacient tráví většinu času získáváním a užíváním látky a *pokračování v užívání přes jasně viditelné škodlivé následky*. Tento symptom se považuje za platný pro diagnostikování, pokud je pacient o škodlivých následcích informován (Nešpor, 2018).

Mezi viditelné škodlivé následky nemusí patřit pouze fyzické, jako např. poškození jater po intoxikaci alkoholem, ale také psychické. Manuál MKN-10 (ÚZIS, 2019) jmenuje vzniklé komplikace spojené se závislostí. Jsou jimi např. *akutní intoxikace*, která je charakteristická pro různé látky či skupiny látek. Jedná se o poruchy kognitivních funkcí, emotivity a behaviorální změny, poruchy jednotlivých orgánů atp. Dalšími komplikacemi je *škodlivé užití* vedoucí k poruše zdravotního stavu, *psychotická porucha* provázená např. halucinacemi, bludy a abnormálními afekty, a nakonec také *amnestický syndrom* spojený s chronickým poškozením paměti.

2.2 Návykové látky

V roce 2022 publikovalo Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost (EMCDDA) zprávu o trendech a vývoji drog, kde bylo uvedeno, že v Evropské unii užilo nelegální drogu přibližně 83,4 milionu (tzn. 29 %) dospělých ve věku 15-64 let. Nejčastěji konzumovanou látkou bývalo v minulých i současných letech stále konopí, druhou nejčastější kategorií za loňský rok jsou pak stimulancia, a to převážně kokain. Na největším podílu škod způsobených užíváním drog se stále podílí opioidy a to i přes skutečnost, že je jejich prevalence ve srovnání s užíváním ostatních značně nižší. Mezi nelegálními látkami dominuje užívání konopí také v České republice (Chomynová et al., 2023).

V této kapitole se pokusím popsat a definovat návykové látky neboli také substance. Orientace této kapitoly je převážně na nejčastější látky, pod kterými nastávají různé úrazové stavy. Vzhledem k zaměření bakalářské práce se budou kapitoly o samotných látkách věnovat především na účinky těchto látek z hlediska neurobiologie či stavy způsobené závislostí, které právě mohou mít za následek nějaké zranění nebo se s nimi terapeuti mohou setkat během terapií.

Návykovou látkou se v legislativě dle §130 1. zákona č. 40/2009 Sb. trestního zákoníku rozumí „*alkohol, omamné látky, psychotropní látky a ostatní látky způsobivé nepříznivě ovlivnit psychiku člověka nebo jeho ovládací nebo rozpoznávací schopnosti nebo sociální chování.*“ Návyková látka by tedy měla mít **psychotropní efekt**, který mění naše prožívání a **potenciál závislosti** (Kalina et al., 2008). Kalina (2008) přisuzuje k potřebě užívání návykových látek hlubší lidské motivace a potřeby. Těmi jsou úleva od bolesti na fyzické i duševní úrovni, jednota se sebou samým ale i s druhými, potřeba zbavení se vnitřních zábran a dosažení euforie. Tyto důvody potvrzuje i česká studie, kde respondenti nejčastěji uváděli návykové látky jako nástroj pro zvládnutí svých problémů, také pro dosažení příjemných emocí nebo k snadnějšímu dosažení sociálního kontaktu (Uholyeva, 2020). Pro všechny tyto důvody užívání existují látky, které dané pocity a vnímání umocňují, a proto z hlediska účinku dělíme na návykové látky **tlumivé, psychomotorická stimulancia a halucinogeny** (Kalina et al., 2015). V tabulce 1 je pro lepší přehlednost sepsána charakteristika každé z těchto skupin včetně příkladu látky, která do skupiny patří.

Skupina látek	Charakteristika	Příklad látek
Tlumivé látky	Tlumí duševní a tělesnou aktivitu, inhibují aktivitu CNS.	Sedativa, hypnotika, opioidy, heroin, benzodiazepiny
Psychomotorická stimulancia	Zvyšují nervovou činnost, aktivují motoriku.	Amfetaminy, kokain, kofein, extáze (MDMA).
Halucinogeny	Způsobují změny vnímání až v podobě halucinací	LSD, kanabinoidy, Dimethyltryptamin (DMT), psilocybin.

Tabulka 1 - Skupiny návykových látek (Kalina et al., 2001)

V následujících podkapitolách se budu věnovat konkrétním látkám, jejichž účinky mívají často vliv na vznik různých úrazů. Nejčastěji za těmito úrazy (až v 98 % případů) stojí **alkohol** (Chomynová et al., 2023). Dále pak hojně užívané **konopné látky** a nakonec **opioidy**, které i v zahraničních studiích bývají důvodem častých návštěv urgentních příjmů. Studie také prokázaly, že při kombinaci alkoholu a jiných drog dochází k mnohem většímu zhoršení psychomotorické výkonnosti, a tedy i vyššímu riziku ke vzniku zranění – např. u řidičů s pozitivním testem na více návykových látek je až 5x vyšší pravděpodobnost zavinění dopravní nehody než u řidičů s pozitivním výsledkem testu pouze na samotný alkohol (Cherpitel et al., 2017).

2.2.1. Alkohol

Alkohol je neurotoxin, který se formuje prostřednictvím chemického procesu kvašení z různých zdrojů sacharidů – buďto jednoduchých cukrů, které se nacházejí v ovoci, nebo polysacharidů obsažených v obilných zrnech nebo bramborách. Vyšší koncentrace alkoholu se obvykle dosahují prostřednictvím procesu destilace. Společně s nikotinem patří mezi legální drogy. Nadměrná konzumace alkoholických nápojů je označována pojmem „*alkoholismus*“ (Popov, 2003).

Psychotropní účinky vždy závisí na velikosti dávky a dalších faktorech (zdravotním stavu, dispozici, způsobu užití, aj.). Ovlivnění psychických funkcí je způsobeno změnami, které se vyskytují v metabolismu neurotransmiterů v centrálním nervovém systému. Malé dávky bývají **stimulační**, vyšší **tlumivé** (Kalina et al., 2008). Rozlišujeme tak dva různé případy, a to

bud' *akutní intoxikaci* alkoholem, či *škodlivé užívání* vedoucí ke vzniku závislosti a k somatickým defektům zapříčiněným aktivitou acetaldehydu, který se vytváří během rozkladu etanolu. Mezi tyto poruchy patří např. jaterní cirhóza, akutní i chronická pankreatitida, hypertenze, poruchy reprodukce, několik různých typů karcinomů (zejména jater, jícnu, žaludku, tenkého střeva, ...), kardiomyopatie a také neurologických obtíží jako alkoholické polyneuropatie, mozkové atrofie, alkoholové epilepsie, demence, autonomní dysfunkce, či syndromu deficitu thiaminu, ústícího do života ohrožující Wernickeovy encefalopatie. Ta se projevuje poruchami rovnováhy, ataxií, zmateností, apatií, případě až stavem delirium tremens (Ambler, 2006; Popov, 2003).

Akutní intoxikace se projevuje většinou jako prostá opilost neboli *ebrieta* (Kalina et al., 2003). Krátkodobé účinky alkoholu na prefrontální kortex, centrum exekutivních funkcí, mohou způsobit vážné poruchy vnímání (halucinace), myšlení (v podobě paranoidně-perzekučních bludů), a vědomí, což se projevuje nezvyklým, iracionálním chováním v porovnání s abstinentním stavem a typicky bývá agresivní včetně snížené sebekritičnosti. Snížená sebekritičnost poté vede k riskantnímu chování, autonehodám a úrazům (Zamorano et al., 2019; Müllerová, 2014). Např. u řidičů může vést k agresivní jízdě, nekritickému hodnocení situace, nervosvalové dyskoordinaci, diplopii a dalším obtížím, které řízení komplikují a ohrožují tak nejen řidiče, ale i ostatní účastníky dopravy (Sovinová, 2002). Také k nim přispívá působení etylalkoholu na mozeček, který se při škodlivém užívání může rozvinout v alkoholovou cerebelární degeneraci. Dochází u ní k cerebelární dysartrii (zpomalené artikulaci, „skandované“ řeči s velkým důrazem na každou slabiku, zárazy), atrofii mozečku (zejména vermis), výrazné poruše rovnováhy (trupové ataxii) především stoje a chůze a statickému tremoru (Růžička, 2019; Seidl, 2008). Studie také uvádí poruchy verbální fluence, krátkodobé paměti, při chronickém užívání i dlouhodobé paměti, schopností učení, zpomalení reakčního času a pozornosti (Zamorano et al., 2019; Schnabel, 2011). Právě deficit kognitivních funkcí u pacientů s chronickým abúzem alkoholu bývá predikován jako jeden z významných faktorů předčasného ukončení rehabilitace v porovnání s pacienty, kteří kognitivním deficitem netrpí (Bruijnen et al., 2019; Basu et al., 2017). Další důvod bývá neléčená psychiatrická komorbidita. Depresivní a úzkostné příznaky se týkají téměř poloviny pacientů s alkoholismem (Zamorano et al., 2019). Některé mizí spontánně, častěji se však hovoří o tzv. **duálních**

diagnózách, tedy souběhu dvou duševních nemocí – závislosti na psychoaktivní látce a např. depresivní poruše. Tyto poruchy je nutno terapeuticky řešit současně (Kalina et al., 2003).

Alkoholový odvykací stav nastává několik hodin až dní po úplném odnětí konzumace alkoholu. Nejvyšší intenzita příznaků se objevuje obvykle druhý den po vysazení. Zahrnují pocení, zarudnutí, hypertermii, tremor rukou, nauzeu a tremor, z psychických problémů pak také úzkosti, poruchy spánku a soustředění, prchavé halucinace (Faldyna a Zedková, 2006). Mohou se také vyskytnout křečové záchvaty typu grand mal. Odvykací stav odeznívá obvykle během 4-5 dní, avšak některé vegetativní potíže mohou přetrvávat až v řádu měsíců. Stav může progredovat až do stavu zvaného *delirium tremens*, který bývá život ohrožující.

Keisuke (2023) také ve své klinické studii doplňuje, že pacienti často neadekvátně reagují na medikaci, mají vysoké riziko pooperačních komplikací a delší dobu hospitalizace.

2.2.1. Konopné látky

Kanabinoidy jsou přírodní látky, které se vyrábějí z konopí. Rostlina je průmyslovou surovinou, technické konopí obvykle psychotropní látky neobsahuje. Nejaktivnější látkou, která mezi kanabinoidy patří, je THC (tetrahydrokanabinol). V současné době bývají trendem i méně psychoaktivní varianty, a to CBD (cannabidiol) či CBN (cannabinol), které jsou legální. Na černém trhu se vyskytují nejčastěji dvě základní formy – **marihuana** a **hašiš**. Marihuana je tvořena z vysušených květů, semen a listů, zatímco hašiš se získává z pryskyřice květů rostliny (ElSohly, 2017). Kromě psychotropních účinků mají však kanabinoidy i další užitečné vlastnosti pro medicínu využitelné pro jejich analgetický vliv a také potlačení nevolnosti a zvracení, zejména při léčbě rakoviny (Azizoddin, 2023).

Mechanismem účinku THC je jeho vazba na kanabinoidní receptory v mozku, na které se za běžných podmínek vážou endogenní látky zvané anandamidy, způsobující euforii a uvolnění. THC však anandamidy vytěsňuje z kanabinoidních receptorů a při dlouhodobém užívání i potlačuje jejich produkci (Kalina et al., 2003). Účinky se mohou často lišit u různých osob. Nezáleží totiž na samotném vlivu látky a koncentraci, ale také celkovém „nastavení“ neboli *settingu*, prostředí, únavě, zda uživatel kombinuje konopné látky i s jinými substancemi (nejčastěji alkoholem) a dalších mnoha faktorech. Nejčastěji se ale setkáváme s nepříjemným

suchem v ústech, nenasytostí, zkresleným vnímáním času i prostoru a objevují se sluchové, hmatové a zrakové iluze, charakterizované rozostřeným vnímáním barev. Celý stav je provázen pocitem euforie a sedativní účinky podporují spavost. Miovský (2008) dále udává narušení celkového psychomotorického výkonu. Konopné drogy nevyvolávají fyzickou závislost, psychická se dostavuje pouze u minima uživatelů. U konopných drog není popsán nárůst tolerance, který by způsoboval potřebu zvyšovat dávky (Mioviský, 2008). Kalina et al. (2003) dodávají, že *„pokud se setkáváme s náruživými uživateli vykazujícími tendenci k excesivním vzorcům užívání, pak podobně, jako je tomu např. u halucinogenních látek, se bez výjimky jedná spíše o součást osobnostních rysů těchto uživatelů, a tedy o mechanismy nefarmakologické povahy.“* a přikládá tak podobné závislostní chování primárně osobnosti, ne látce samotné. Růžička (2019) však ve své publikaci upozorňuje, že užívajícího může vystavovat riziku k přechodu na nebezpečnější návykové látky. Je často tzv. *„bránou do světa návykových látek.“* Akutní intoxikace je provázena poruchami kognitivních funkcí, chování a vnímání, paranoiou, zhoršeným úsudkem a tachykardií. Výzkumy také přisuzují účinkům THC vyšší riziko pro řízení vozidel pod vlivem, přestože je riziko nižší než u alkoholu. V takřka většině případech však byl nalezen v krvi včetně THC také právě alkohol, a proto výsledky nejsou zcela jednoznačné (Kalina et al., 2003; Simmons, 2022; Zehra, 2018). Cherpitel et al. (2017) tento fakt potvrzují ve své studii, kde kombinace alkoholu a marihuany patřila mezi nejčastější a zároveň nejvýznamnější v souvislosti se vznikem úrazů.

Mezi akutní komplikace po užití konopných drog řadíme stav popisovaný jako *„bad trip“*. Tímto pojmem označuje subkultura uživatelů jakékoliv psychické komplikace, které jsou uživatelem prožívány nepříjemně a nejsou v souladu s očekávaným efektem. Na rozdíl od klasické intoxikace jsou však doprovázeny dysforií, delirientním stavem s panikou, paranoiou (pocitý ohrožení, pronásledování, ztráta kontroly nad situací i nad sebou), depersonalizací, agresivitou, zhoršením psychomotorických funkcí často vedoucích k různým úrazům a nehodám, a zvýšeným rizikem propuknutí psychóz, schizofrenií (Mioviský, 2008).

Při dlouhodobém užívání dochází k výrazným změnám kognitivních funkcí či změněným psychickým stavům. Nastává celková pomalost, snížená motivace vykonávat i běžné denní činnosti (amotivační syndrom), ale hlavně výrazné narušení **paměti**. Zhoršení se

dostavilo nejvíce u verbální paměti, následně také u prostorové, pracovní paměti. Dále byl prokázán vliv na pozornost, reakční čas a koordinaci pohybů (Zehra, 2018). Obzvláště zvýšené riziko narušení psychiky a psychomotoriky bývá u vyvíjejícího se mozku u mladých uživatelů (Růžicka, 2019).

2.2.3. Opioidy a opiáty

Opioidy a opiáty jsou skupiny tlumivých látek. Opiáty (**morfium, kodein**) jsou přírodní sloučeniny, zatímco opioidy (**heroin, metadon, buprenorfin**) bývají zcela nebo částečně syntetické. Hlavní mechanismus účinku bývá prostřednictvím vazby na endogenní opioidní receptory. Jejich aktivování způsobí analgezii, euforii, sedaci, útlum dechu a závislost. Pro jejich sedativní a analgetické účinky bývají využívány i v medicíně, což souvisí i s jejich častým zneužíváním (Kalina et al., 2008).

Závislost se vyvíjí již během několika týdnů až měsíců. Bývá somatického typu, nejvyšší potenciál pro vznik závislosti má **heroin**. Craving bývá u této látky velmi silný, na rozdíl od alkoholu i konopných látek dochází rychle ke ztrátě kontroly nad užíváním a vzestupu tolerance. Závislý neustále dychtí po stále vyšších dávkách. Při abstinenci tolerance rychle klesá a dávka, která před odvykacím stavem byla běžná, se stává smrtelnou (Kalina et al., 2003).

Při akutní intoxikaci dochází k celkovému útlumu, zklidnění a euforii. Způsobují miózu, vasodilataci, bradykardii, svědění po celém těle, které nemizí ani během kómatu, silně působí na dechové centrum a vyvolávají těžkou zácpu (Kozák, 2018). Tlumivý účinek na CNS způsobuje změny nálad, snižuje reakční dobu a zpracování informací (Cherpitel et al., 2017). Komplikací jsou hlavně dávky, kde rozdíl mezi účinnou a smrtelnou dávkou je velmi malý, což mívá za následek časté předávkování (Kalina et al., 2008).

Dlouhodobé užívání má největší vliv na charakterové vlastnosti. Závislého postihuje lenost, a deprese, je bez vůle, častá bývá nespavost a podrážděnost, která se střídá s apatickým stavem. Špatná životospráva následně vede ke kachexii (Kalina et al., 2003).

Odvykací stav zahrnuje slzení, bolesti svalů a křeče, opakované pocení, neklid a nespavost, tachykardii, nauzeu a silný craving. Na rozdíl od akutní intoxikace, kdy dochází k zúžení zornic dochází při odvykacím stavu k jejich rozšíření (Nešpor, 2018). Kalina et al.

(2003) nazývají tyto příznaky odvykacího stavu jako zrcadlové účinky, tedy přesný opak působení opioidů.

Jak jsem již zmínila, opioidní analgetika bývají nejvíce zneužívaná farmaka s psychotropním účinkem společně se skupinou benzodiazepinů. Ve studii zaměřené na vliv drog pro vznik pádu (a tím i risk úrazu) vzešly opioidy jako významný riskantní faktor (Seppala, 2018), nicméně je stále důležitý fakt, že bývají nejnebezpečnější v kombinaci s alkoholem, který silně umocňuje jejich efekt (Cherpitel et al., 2017). Dalším problémem je nadměrná konzumace opioidů a benzodiazepinů během a po hospitalizaci. Tétrault a Courtois (2014) ve své studii uvádí, že u pacientů po těžkých spinálních traumatech dochází ke zneužívání opioidů, které se využívají k léčbě spasticity a bolesti.

2.3. Nejčastější úrazy a role ergoterapeuta

V kapitole o návykových látkách jsem vysvětlila, jakým způsobem ovlivňují substance lidské tělo a mozek pro objasnění možných příčin vzniku úrazů. Nyní se zaměřím na statisticky nejčastější úrazy, ke kterým pod vlivem těchto látek často dochází a roli ergoterapeuta u těchto zranění. Mezi nejčastější řešené případy v tuzemsku i zahraničí patří autonehody zapříčiněny převážně alkoholem nebo jeho kombinacemi s ostatními drogami, dále pády a nakonec konflikty, střety či nesprávná manipulace s nástroji (Chomynová et al., 2023; Cherpitel et al., 2017, Kruckow et al., 2023). Sovinová (2002) ve své studii zmiňuje fraktury jako nejčastější úraz, pro který byli pacienti hospitalizováni. Dále jsou zmíněny vymknutí, výrony a řezné rány. Kruckow et al. (2023) se zaměřili na konkrétní poranění – nejčastěji zlomeniny předloktí, zápěstí a ruky, dále nohy a vymknutí kotníku, poté úrazy hlavy – kraniotraumata (otevřené rány, nitrolební poranění, povrchová zranění) a spinální úrazy.

2.3.1 Fraktury

„Zlomeninu lze definovat jako porušení kontinuity kosti. Dochází k ní působením síly, která překračuje pevnost a pružnost dané kosti“ (Višňa a Hoch, s.10, 2004). Zlomeniny lze rozdělit dle různých faktorů – dle příčiny (traumatické, patologické, únavové), dle mechanismu vzniku (kompresivní, impresivní, tahové, ohybové), dle průběhu lomné linie (příčné, šikmé,

spirálové, vertikální, tangenciální), dislokované či nedislokované a také zavřené nebo otevřené zlomeniny, které vedou k otevřenému spojení zlomené kosti s vnějším prostředím. Při otevřených frakturách se pak setkáváme s komplikacemi hojení kostí i měkkých tkání a rizikem infekce (Miženková, Argayová a Burňák, 2022).

Zlomeniny v oblasti lokte: Mechanismem vzniku bývá nejčastěji pád na nataženou horní končetinu, v případě epikondylické zlomeniny pak přímý úder. Lze je klasifikovat na extraartikulární a intraartikulární (Miženková, Argayová a Burňák, 2022). Může dojít ke zlomenině distálního humeru, olecranonu či hlavičky radia. Klinickým obrazem bývá silná bolest, omezený rozsah pohybu doprovázen hematomy, poruchou cití i motoriky na základě možného poranění n. radialis a n. ulnaris. Zlomeniny lokte jedince silně omezují v pohybu ruky v prostoru, navíc je pohyb v lokti důležitý stabilizátor při silových aktivitách (Burke et al., 2006).

Zlomeniny v oblasti předloktí: V oblasti předloktí může dojít ke zlomeninám radia či ulny. Zlomeniny distálního radia nejčastěji vznikají pádem na horní končetinu v extenzi se zápěstím v dorzální flexi do 90°. Řadíme mezi ně extraartikulární Collesovu (s extenční dislokací), Smithovu (s flekční dislokací), intraartikulární Bartonovu a intraartikulární tříštivou Melonovu zlomeninu. Dále rozlišujeme Galeazziho frakturu radia s luxací ulny a Monteggiaovu frakturu ulny s luxací radia (Pilný a Slodička, 2017).

Zlomeniny v oblasti zápěstí a ruky: Mezi nejčastější se řadí Bennetova, Rolandova (obě zlomeniny I. metakarpu) a „boxerská zlomenina“ (Višňa a Hoch, 2004). Patří sem samozřejmě i zlomeniny prstů. Zlomeniny karpálních kostí mohou mít za následek ztuhlost zápěstí, ztrátu rozsahů pohybu, bolest, zhoršenou jemnou motoriku, přenos zátěže při zvedání, nošení, tlačení i přenášení. V kombinaci se zlomeninami zápěstí i ruky dochází i k ruptuře ligament. Při rehabilitaci zápěstí je nutné brát v úvahu konkrétní zranění. (Burke et al., 2006).

Zlomeniny se v závislosti na závažnosti a charakteru léčí konzervativně či operačním zákrokem. Hlavním cílem rehabilitace u zlomenin je uvolnění otoku, úprava svalové nerovnováhy, zvýšení rozsahu pohybu a funkční zapojení do ADL – neboli Activities of daily living (běžných denních činností) (Kolář, 2009; Radomski a Latham, 2013). Rehabilitaci lze rozdělit dle Koláře (2009) do dvou možností:

1. imobilizovaná zlomenina, kdy cvičíme svaly fixovaného segmentu v izometrické kontrakci, udržujeme rozsah pohybu v segmentech nefixovaných,
2. zlomenina bez imobilizace, kdy se zaměřujeme na péči o jizvu, provádíme cvičení aktivním pohybem, doporučujeme se ze začátku končetinu zapojovat do ADL postupně (Radomski a Latham, 2013).

Následně při zhojení kosti je povolena plná zátěž. Zahajuje se cvičení se zatížením, zaměřujeme se také na omezený pohyb po fixaci končetiny, stretching, pokračujeme v tréninku ADL, cvičení na podporu stabilizace a propriocepce, v případě zlomenin distálních částí také navazujeme na jemnou motoriku (MacDermid et al., 2012; Vyskotová, Krejčí a Macháčková, 2021).

Prognóza hojení vždy závisí na typu zlomeniny, léčbě i závažnosti, nejčastěji literatura uvádí dobu 3-6 měsíců. Nicméně v případě osob chronicky užívajících návykové látky byla ve studiích prokázána mnohem vyšší doba hospitalizace a celkové léčby. Zamorano et al. (2019) ve své studii zjišťuje, že dlouhodobé užívání alkoholu má negativní vliv na hojení a chirurgickou fixaci. Také Potnuru, Jonna a Williams (2023) potvrzují, že chroničtí uživatelé marihuany mívají vyšší riziko perioperačních komplikací.

2.3.2 Subluxace, luxace

Při luxaci dochází ke kompletní ztrátě kontaktu kloubních ploch, zatímco při subluxaci dochází k ruptuře pouzdra, vazů a k narušení kloubního připojení. Nejfrekventovanější luxací je ramenní kloub, druhým hned loketní, obvykle pádem na nataženou ruku (Burke et al., 2006). Pokud je luxace spojena i s poraněním kosti, hovoří se o luxační zlomenině (Kolář, 2009).

Klinickým obrazem bývá kloubní instabilita, deformity kloubu a pružení během pokusu o pasivní pohyb. Může dojít až k paréze nervů, reflexnímu spasmu okolních svalů nebo poranění cév a jejich následné ischemii (Kolář, 2009). Léčba bývá konzervativní, prvně se operačně navrátí do původní polohy a následuje fixace – ramenní, kolenní a loketní kloub se obvykle fixuje na dobu hojení měkkých tkání, tzn. 3-4 týdny. Po odstranění fixace následuje časná rehabilitace.

Burke et al. (2006) varují před silným protahováním, které může vést ke zvýšenému periartikulárnímu krvácení a fibróze, což následně směřuje ke zhoršenému rozsahu pohybu. Časný aktivní pohyb je naopak doporučen jako prevence ztuhlosti svalstva po imobilizaci. Zhruba ve 3. týdnu lze přecházet na posilovací cvičení.

2.3.2 Kraniocerebrální traumata

Kraniocerebrální traumata (dále pouze KCT) zahrnují úrazy lebky a mozku. Následky zranění se vždy liší v závislosti na intenzitě – mohou způsobit jak těžké narušení mozkové tkáně, tak fraktury lebky bez větších následků a ztráty vědomí (Pfeiffer, 2007). Radomski a Latham (2013) ve své publikaci uvádí, že dokonce až polovina případů KCT vznikla v souvislosti s užíváním alkoholu a zhruba třetina pod vlivem jiných návykových látek, a to ať už se jedná o pády, které bývají nejčastější příčinou KCT celosvětově nebo také o autonehody či útoky a napadení. Tento fakt potvrzuje také Růžička (2019); Weil, Corrigan a Karelina (2018) ve své studii o souvislostech mezi alkoholem a KCT; nebo také Jung et al. (2023).

Výzkumy také poukazují, že u téměř 40 % uživatelů návykových látek dochází k relapsu užívání kolem 2. roku po úrazu. Tím mnohonásobně zvyšují riziko opakovaného prodělání traumatických úrazů. Jak jsem již zmínila v kapitolách o alkoholu a marihuaně, jejich chronické užívání významně narušuje kognitivní funkce jedince. To také souvisí i s mnohem delší dobou hospitalizace i s léčbou a rehabilitací po propuštění z nemocnice, jelikož tyto látky výrazně zpomalují regeneraci, zhoršují hojení ran a ztěžují návrat především kognitivních funkcí (Bombardier, 2021; Radomski a Latham, 2013). V kombinaci s psychoaktivními látkami a již zmiňovanými dalšími psychiatrickými komorbiditami (úzkostmi, depresivními stavy) se také umocňují důsledky psychosyndromu, který celkově omezuje člověka při opětovném začlenění do života a zaměstnání (Pfeiffer, 2007).

Kraniocerebrální traumata dělíme na primární a sekundární. Primární vznikají přímo v důsledku mechanismu úrazu, sekundární vznikají s odstupem času po mechanismu úrazu a vedou k dalšímu poškození mozku. Vzhledem k počtu typů a dalšího dělení KCT jsem vytvořila tabulky pro lepší přehlednost (Tabulka 2 a Tabulka 3).

PRIMÁRNÍ	
difuzní	
	komoce
	difuzní axonální poranění
fokální	
	kontuze
	epidurální hematom
	subdurální hematom
	subarachnoidální krvácení
	intracerebrální krvácení

Tabulka 2 - Rozdělení primárních kraniotraumat (Růžička, 2019)

SEKUNDÁRNÍ	
	edém
	ischemie
	intrakraniální hypertenze
	herniace
	vazospasmy
	obstrukční hydrocefalus
	normotenzní hydrocefalus
	infekce

Tabulka 3 - Rozdělení sekundárních kraniotraumat (Růžička, 2019)

Mozková komoce (nebo také otřes mozku) je definována jako „traumaticky navozená porucha mozkových funkcí, která se projeví aspoň jedním z následujících stavů:

- ztráta vědomí do 30 minut
- posttraumatickou amnézií netrvající déle než 24 h
- zmateností a/nebo dezorientací netrvající déle než 24 h
- přechodným neurologickým ložiskovým nálezem nebo epileptickým záchvatem.“

(Růžička, s. 242-243, 2019)

Mechanismem bývá většinou tupý úder do hlavy. Komplikovanější může být komoce během řízení, kdy nedojde ke změně pozice a postižený si tak nemusí celý děj úrazu uvědomovat. Pokud dojde ke ztrátě vědomí delší než 30 minut, jedná se již o mozkovou kontuzi. Komoce je reverzibilní funkční porucha odeznívající bez následků, je nutné však dodržet prevenci sekundárních poruch. Terapie probíhá klidovým režimem na lůžku a symptomatickou léčbou (Ambler, 2006).

Difuzní axonální poranění je způsobeno traumatickým poškozením většího množství axonů. Může dojít buď k funkční reverzibilní poruše, pokud se jedná o natažení axonů. V případě ruptury axonů dochází k nevratné strukturální poruše, jejímž následkem je

degenerace vláken bílé mozkové hmoty. Klinickým obrazem je opět porucha vědomí až komatózní stav, který trvá dny až týdny (Ambler, 2006; Růžička, 2019).

Kontuze mozku je nejvíce morfologicky prokazatelné zranění. Nejčastěji dochází k poškození čelních a spánkových laloků. Projevuje se taktéž bezvědomím a mráкотnými stavy, které trvají déle než u komoce – někdy až v řádu měsíců. Celkové dopady však závisí na lokalizaci i velikosti kontuzních ložisek (Ambler, 2006).

Epidurální a subdurální hematom jsou dvě různé formy hematomů. Liší se hlavně lokalizací, mechanismem vzniku, ale jsou také různě závažné. Epidurální hematom vzniká hromaděním krve v epidurálním prostoru, který se nachází mezi lebkou a dura mater, a to nejčastěji při roztržení arteria meningeae media. Subdurální hematom je oproti tomu častější stav, vzniká kumulací venózní krve v subdurálním prostoru ohraničeným dura mater a arachnoideou při traumatickém přerušení přemostujících žil vedoucích k žilním splavům subdurálními prostory. Krvácení je spíše pomalejší a v případě projevu za týdny až měsíce se jedná o chronický hematom, jehož riziko vzniku je zvýšené u chronických abuserů alkoholu. Projevy jsou podobné – výskyt poruchy vědomí, bolesti hlavy, zmatenosti, zvracení, může dojít také k hemiparéze kontralaterálně k místu hematomu a afázii, hlavním rozdílem je pomalejší průběh u subdurálního hematomu (Ambler, 2006; Růžička, 2019).

Intracerebrální a subarachnoidální krvácení jsou dva závažné typy krvácení v lebeční dutině, která se liší v několika aspektech. Intracerebrální krvácení bývá kombinováno s kontuzí i lacerací mozkové tkáně, mohou vznikat také hematomy z poškození nitrolebních cév. Často se jedná o opožděné krvácení po roztržení cévní stěny. Klinickým obrazem je těžká porucha vědomí, křeče, zvýšený intrakraniální tlak a motorický neklid (Višňa a Hoch, 2004; Ambler, 2006). Vysoký počet poranění tvoří subarachnoidální krvácení vznikající traumatickým porušením cév pia mater, čímž dojde k hromaděním krve v subarachnoidálním prostoru. Mnohdy bývá doprovázeno kontuzí mozku, hematomy či difúzním axonálním poraněním. Příznaky jsou intenzivní bolesti hlavy (objeví se již během několika sekund), ztráta vědomí a nauzea, rozvíjí se příznaky meningálního syndromu, osoba je dezorientovaná, zmatená (Růžička, 2019; Višňa a Hoch, 2004).

Po KCT nastávají sekundární komplikace, které se vyvíjí s časovým odstupem v návaznosti na původní inzult. Vznikat mohou vazospasmy, hydrocefalus, herniace, edém, hypertenze či závažné ischemie. Ischemicko-hypoxické poškození mozku bývá často terminální komplikací KCT. Následky poranění mohou být dle Amblera (2006) reziduální, kde se hovoří o hemiparéze, afázii, postižení některých z kraniálních nervů apod. Dalšími následky mohou být také psychosyndromy, demence nebo po těžkých poraněních i trvalý vegetativní stav.

Časná rehabilitace hraje klíčovou roli. Intervence a jejich cíle závisí na stádiích neurologické poruchy, její závažnosti a vývoji. Velmi důležitá je spolupráce v multidisciplinárním týmu, také využití ergoterapeutických přístupů je široké – Faktorová v Informačním bulletinu České asociace ergoterapeutů (2000) uvádí využití jak neurovývojového, tak i biomechanického, kompenzačního i behaviorálního přístupu.

V **akutním stadiu** má hlavní roli prevence sekundárních změn a rehabilitační ošetřovatelství, a to u pacientů ve vegetativním stavu i v době poté, kdy je pacient již schopen určitých reakcí. Provádí se prevence dekubitů a rozvoje spasticity prostřednictvím polohování, kontraktur svalů a šlach pomocí pasivních pohybů, využívají se prostředky bazální stimulace (zejména u nekomunikujících pacientů ve vegetativním stavu), metody na neurofyzilogickém podkladě a sensorická stimulace (Kolář, 2009; Radomski a Latham, 2013). U méně těžkých případů, kdy je pacient více aktivní, lze začít s nácvikem hybnosti a základní sebeobsluhy na lůžku (Votava, 2001). Radomski a Latham (2013) také zmiňují důležitost spolupráce a edukace rodinných příslušníků.

V **subakutním stadiu**, kdy je pacient obvykle schopen vyšší míry spolupráce a dochází ke zlepšení volní motoriky, je kladen důraz na nácvik vertikalizace, osvojení si základní sebeobsluhy a také nácvik vizuálně-percepčních a kognitivních funkcí a řeči (Kolář, 2009; Radomski a Latham, 2013). Ergoterapeut se v této fázi zaměřuje na soběstačnost v ADL, funkci horních končetin, rozvoj funkčních schopností, kognitivnímu tréninku a celkový návrat do původního prostředí, s čímž souvisí i úprava domácího prostředí a návrh kompenzačních pomůcek pro maximální soběstačnost i bezpečnost pacienta. V neposlední řadě řeší s pacienty také zařazení do pracovního života (Faktorová, 2000; Wheeler et al., 2017). V poslední době se

také setkáváme s trendem využití virtuální reality v rehabilitaci po poranění mozku (Almeida a Vajaratkar, 2023).

V **chronickém stadiu** se pokračuje dlouhodobou, především ambulantní léčbou. Monitoruje se stav pacienta a je snaha o udržení funkčních schopností (Kolář, 2009).

2.3.3 Spinální poranění

Spinální poranění znamenají poškození míchy traumatickým mechanismem, často se současným výskytem poranění páteře. Nejobvykleji dochází k míšním lézím po pádu a automobilových nehodách, kdy dochází ke zlomenině obratle nebo traumatickému výhřezu ploténky či „*whiplash syndromu*“ (hyperflexi s následnou hyperextenzí krční páteře po prudkém zabrzdění automobilu při nárazu na překážku) (Růžička, 2019). Studie zmiňují rozptyl od 17 % do 62 % intoxikovaných osob již během vzniku úrazu (Tétrault a Courtois, 2014; Stroud et al., 2013). Tétrault a Courtois (2014) ve svém výzkumu uvádí konkrétněji, že během úrazu bylo 31-50 % intoxikováno alkoholem a 16-33 % nelegálními psychoaktivními látkami.

Dle míry poranění dělíme míšní syndromy na **kompletní** neboli **transverzální**, kde došlo k úplnému přerušení míšních provazců, a na **inkompletní**, kde je porucha míchy částečná. Projevují se jak poruchami hybnosti, ať už centrální parézou nebo plegií (vznik spasticity, hyperreflexie, ztráta hybnosti) nebo také poruchami autonomních funkcí (zejména porucha sfinkterů vedoucí v akutním stadiu k inkontinenci, v chronickém stadiu spíše k retenci moči) a některých modalit cití (Růžička, 2019; Ambler, 2006).

U **částečných míšních lézí** bývá zachováno alespoň částečně cití či hybnost distálně od léze. Zahrnujeme sem:

- syndrom přední arterie míšní neboli *anteromedulární syndrom*, který vzniká poškozením předních 2/3 míchy – předních i postranních míšních provazců včetně části centrální šedé hmoty. Pod úrovní léze vzniká centrální paréza a ztráta povrchového cití, pacient trpí také autonomními dysfunkcemi.
- Syndrom zadních provazců, který nastává při přímém nárazu na páteř. V popředí je zejména senzitivní ataxie vyznačující se poruchami rovnováhy a chůzí o široké bázi,

porucha hlubokého cití převažující zejména na dolních končetinách a hyporeflexie až areflexie. Parézy u tohoto poranění přítomny nejsou.

- Centrální míšní syndrom podobající se příznakům syringomyelie. Dochází k poškození centrální šedé hmoty míšní a axonů povrchového cití. Na úrovni léze dochází porušení povrchového cití v odpovídajících dermatomech, v odpovídajících myotomech pak periferní paréza – především na horních končetinách. Pod úrovní léze se může rozvinout asymetrická spastická paréza dolních končetin.
- Syndrom míšní hemisekce nebo také *Brownův-Séquardův syndrom*. K takovému syndromu dochází při poruše pravé nebo levé poloviny míšních provazců. Na stejné straně léze dochází na úrovni přerušeni k periferní paréze a k úplné anestezii všech modalit cití. Pod úrovní léze dochází na stejné straně místa léze centrální paréza a porucha hlubokého cití, na opačné straně od místa léze vzniká porucha povrchového cití .

(Růžička, 2019)

U **kompletních míšních lézí** vzniká ihned po vzniku léze fáze *akutního míšního šoku* (pseudochabá paréza) (Růžička, 2019). „*Spinální (míšní) šok je přechodná deprese sensorických a motorických funkcí spojená s poruchou autonomní inervace bezprostředně po úrazu.*“ (Miženková, Argayová a Burňák, s.118, 2022). Hlavními projevy jsou hypotonie, areflexie a inkontinence, později přechází do klinického obrazu spastické parézy. Výsledkem bývá pod úrovní léze buď nízká či vysoká paraplegie nebo tetraplegie zároveň s úplnou poruchou všech kvalit cití a autonomními dysfunkcemi, na úrovni léze pak v odpovídajícím myotomu chabá paréza a v odpovídajícím dermatomu porucha cití (Růžička, 2019).

Obrna nad úrovní segmentu C₄ vede k okamžité ztrátě dechových funkcí v důsledku porušení nervu inervující bránici. Faltýnková (2012), Kolář (2009) i některá jiná literatura tento stav nazývá také pentaplegií. Pokud k takové poruše dojde, pacientův život závisí na umělé plicní ventilaci (Miženková, Argayová a Burňák, 2022). Při postižení míšních segmentů od C₅ do Th₂ vzniká kvadruparéza – spastická paréza dolních končetin a horních končetin v distálních segmentech s periferní parézou svalů inervovaných z poškozeného segmentu. Dalším projevem je anestezie distálně od léze a poruchy sfinkterů. Poškození hrudní

míchy vede ke spastické paraparéze dolních končetin s poruchou cití v úrovni trupu a poškození bederní intumescence bývá provázeno periferní parézou dolních končetin s anestazií cití ve vyšší léze.

V rehabilitaci hrají při klinickém rozhodování hlavní roli zdravotní stav a úroveň léze.

U **tetraplegiků** je jedním z hlavních cílů posílit svalstvo horních končetin pro zachování co nejvyšší soběstačnosti v běžných denních činnostech. Začíná se základní sebeobsluhou na lůžku – pacient se učí oblékání, hygieně a sebesycení s dopomocí. Jakmile je možná vertikalizace do sedu a pacient je schopen se delší dobu udržet na vozíku v sedu, je zahájen nácvik manipulace s mechanickým vozíkem a dalšími kompenzačními pomůckami (skluzná deska při pomoci s přesuny, pomůcky pro hygienu, dlaňová páska pro sebesycení, pomůcky s rozšířenými úchopy, inkontinenční pomůcky aj.) (Klusoňová, 2011; Ford, Keay a Skipper, 2014). U pacientů s lézemi od C₅ do C₈ se také využívá moderních technologií a robotiky při asistovaném tréninku chůze, který podporuje reedukaci statického vnímání (Kardatos a Evangelopoulos ME, 2021). Při terapii ruky se ergoterapeut zaměřuje jak na prevence sekundárních komplikací v akutní a subakutní fázi, tak následně i tréninku náhradního funkčního úchopu a řešení spasticity. Náhradním funkčním úchopem je myšleno dosažení tzv. „tenodézy“ – *„mírného stažení ohýbačů prstů, kdy při uvolnění zápěstí dlaní dolů se prsty vlivem svalového napětí natahovačů prstů natáhnou a aktivním zvednutím ruky v zápěstí se prsty naopak pasivně sevřou do dlaně“* (Faltýnková, s. 25, 2012). Následně jsou v řešení preventivní opatření jako antidekubitní program, bezbariérové úpravy bydlení a taktéž pracovního místa, což vyžaduje i spolupráci s rodinnými příslušníky (Klusoňová, 2011; Faltýnková, 2012; Radomski a Latham, 2013).

U **paraplegiků** je funkce horních končetin zachována, díky čemuž jsou pacienti v sebeobsluze mnohem soběstačnější. Nejvíce tak potřebují dopomoci při fyzicky náročných činnostech. Svalstvo trupu u nižších paraplegií umožňuje ohýbání těla do stran i dolů. V ADL převažuje nácvik oblékání dolní poloviny těla, mobilita na lůžku i samostatné či asistované přesuny, s čímž souvisí také manipulace s mechanickým vozíkem. Později se pokračuje opět v preventivních opatřeních podobným způsobem, jako u tetraplegie (Radomski a Latham, 2013; Faltýnková a Kříž, 2012).

U spinálních pacientů je podstatná také následná péče, která je zajišťována rehabilitačními ústavami a poté ambulantní rehabilitací. Pacient s rehabilitačním týmem řeší využívání kompenzačních pomůcek, cílená cvičení, spolupráce s rodinou při nácvičování přesunů a režimových opatření. Lidé s tetraplegií dosahují maximální funkční kapacity po 1,5 - 2 letech systematického tréninku od okamžiku, kdy došlo k postižení (Faltýnková a Kříž, 2012). I nadále se pracuje na stabilitě stoje, pokud to funkční stav pacienta umožňuje, v případě spasticity se také využívá aplikace botulotoxinu ve speciálních spastických poradnách, kde se taktéž vyskytuje ergoterapeut.

Obecně u osob s neurologickými potížemi bývá užívání návykových látek mnohem závažnější a řešenější téma než u osob s ortopedickými komplikacemi. Užívání návykových látek bývá časté jak před vznikem úrazu jako rizikový faktor a příčina, tak jako často užívaný mechanismus pro zvládnutí vypořádání se s úrazem. Spinální poranění bývají natolik psychicky náročná na akceptování, že někteří pacienti začnou s užíváním látek po vzniku traumatu. S alkoholem začne po propuštění z hospitalizace zhruba 6 % pacientů, 4,2 % pacientů s nelegálními návykovými látkami (Tétrault a Courtois, 2014; Davis, Cao a Krause, 2017).

U spinálních pacientů bývá také časté zneužívání některých léků, na kterých si následně vytváří závislost. Z výzkumného vzorku 92 pacientů uvedlo 24 % z nich nadužívání některých léků pro jejich psychoaktivní účinky (Tétrault a Courtois, 2014). Dalším problémem je také užívání psychoaktivních látek během rehabilitace – tato problematika je rozebrána v následujících kapitolách.

2.4 Ergoterapie u adiktologických pacientů

V posledních kapitolách jsem se pokusila vystihnout roli ergoterapeuta a využití některých metod u úrazových stavů. Nicméně role ergoterapeuta při práci s adiktologickými pacienty a jejich fyzickými disabilitami nekončí pouze u samotné fyzické dysfunkce. Jak již bylo zmíněno, ergoterapeut se dívá na pacienta holisticky – tedy jako na celek ovlivněn různými faktory, které je nutné zohlednit při terapiích a nácvičování soběstačnosti. A zde se promítá i faktor závislosti.

2.4.1. Práce ergoterapeuta s osobami se závislostí

Ergoterapeut pracuje ve svých terapiích prostřednictvím „zaměstnáváním se“ smysluplnou aktivitou, v angličtině známé též jako „*occupation*“ (Jelínková, Krivošíková a Šajtarová, 2009). Smysluplné činnosti využívá pro dosažení cílů v rehabilitaci, které sestavuje se svým pacientem či klientem a snaží se tak zachovat osobám s disabilitami kvalitu života v nejvyšší možné míře (Švestková et al., 2013). Osoby se závislostmi mohou čelit obtížím v oblasti soběstačnosti a zaměstnávání, přestože ergoterapeuti mohou považovat samotné užívání návykových látek za formu zaměstnávání. Samotné zaměstnávání totiž nejsou ze své podstaty zdravé či nezdravé, ale mohou být spojeny s pozitivními i negativními důsledky. Důležitým prvkem je vnímání zaměstnání jako součásti života, která dává smysl, vyvíjí se a ovlivňuje i je ovlivňována prostředím. (Kiepek a Magalhães, 2011).

Ve své praxi ergoterapeuti pracují s rámci vztahů, modely a přístupy (Krivošíková, 2011; Jelínková, Krivošíková a Šajtarová, 2009), které jim pomáhají v klinické rozvaze a prostřednictvím nich terapeuticky ovlivňovat pacienta. Mezi základní rámce vztahů, které jsou využívány při práci s pacienty trpícími psychosociálními poruchami, patří dle Švestkové et al. (2013) behaviorální, kognitivně-behaviorální, psychodynamický a humanistický rámec vztahů. Nicméně u pacientů, kteří utrpěli v důsledku závislosti úraz, je využívají v kombinaci s biomechanickým či neurovývojovým (zejména u neurologických poruch) rámcem vztahů, který je využíván při terapiích fyzické disability (Krivošíková, 2011).

- **Behaviorální rámec** se zaměřuje na chování, které lze pozorovat a je měřitelné. Využití najde převážně u osob s poruchami, které vznikly chybným učením, nevhodným upevňováním či prostředím, kdy se jedinec naučil nevhodnému chování (Švestková et al., 2013). Tento přístup se zaměřuje na učení jako na klíč k vývoji a socializaci, ke kterému se dostáváme skrz stimulační a odměny v prostředí. Ergoterapeuti principy tohoto rámce vztahů využívají k učení novým dovednostem a chování prostřednictvím prvků *behaviorální modifikace* (nácvičku dovedností a požadovaného chování nebo odstranění nevhodného chování pomocí získávání odměn v různé formě), *nácvičku nových dovedností* (založeném na teorii učení nového chování skrze posilování chování, řetězení úkolů či nácvičku asertivity) či

systematické desenzibilizace (s využitím nácviku relaxace, nácvik v reálných situacích) (Švestková et al., 2013).

- **Kognitivně-behaviorální rámec** je „založen na předpokladu, že myšlení, chování, motivace, emoce a sociální kontexty jsou navzájem propojeny a hrají významnou roli při procesu učení“ (Švestková et al., s. 121, 2013). Kognitivně-behaviorální terapie naznačují, že příčinou chování nebývá událost, ale spíše očekávání osob ohledně nich. Cílem je tedy nahradit nerealistická přesvědčení, myšlení a emoce týkající se užívání návykových látek. Jeho techniky lze používat v různém prostředí a mohou jedinci pomoci rozvíjet jeho dovednosti zvládnání závislosti (Doğu a Özkan, 2023).
- **Psychodynamický rámec** neboli také psychoanalytický vychází z psychoanalytické teorie. Dle Krivošíkové (s. 154, 2011) se „zabývá nevědomou podstatou chování jedince, jeho emocemi, myšlenkami a symboly, které spojuje s lidmi, událostmi nebo předměty.“ V rámci tohoto přístupu ergoterapeut využívá převážně techniky, ve kterých může pacient sám sebe projevit – nejčastěji se jedná o kreativní a výtvarné techniky. Aktivita zde funguje jako komunikační prostředek k pochopení člověka (Krivošíková, 2011).
- **Humanistický rámec** je přijímán jako základ holistické filozofie ergoterapie. Dysfunkce pacienta je brána jako původ jeho problémů, důležité jsou jeho osobní zkušenosti a osobní rozhodování. V tomto rámci se využívají techniky jako poradenství, relaxace, kreativní techniky a také na klienta zaměřená rehabilitace (Švestková et al., 2013).

Tyto a další rámce vztahů pomáhají později také formulovat cíle v terapii a zaměření na konkrétní oblasti u daného pacienta. Ergoterapeut se zabývá vlivem užívání návykových látek na hlavní oblasti zaměstnávání jako jsou ADL, produktivita (zvládnání pracovních dovedností, časový harmonogram), sociální participace a volný čas – ať už výběr vhodných volnočasových aktivit či jejich zvládnání samotné (Doğu a Özkan, 2023; Svěcená a Rodová, 2019). Nedílnou a nejčastější součástí rehabilitace osob se závislostí je také trénink kognitivních funkcí, které bývají v důsledku užívání negativně ovlivněny (Tornga, 2023). Ardoin (2022) ve své akademické práci uvádí, že mezi nejčastěji uváděné problémy se zaměstnáváním uváděli

pacienti se závislostí dovednosti specifické pro jejich práci, hospodaření s penězi, rodičovství a mechaniky zvládnání obtížných situací, s čímž mohou ergoterapeuti výrazně pomoci poskytováním specifických strategií a jejich nácviku. Pro osoby užívající návykové látky je také potřeba komunitní terapie a důležitou motivací pro účastníky, aby se již ke své závislosti po opětovném začlenění do komunity nevraceli bylo obnovení a udržení ztracených rolí (Doğu a Özkan, 2023). Ergoterapeut by také mohl hrát důležitou roli v prevenci relapsu, především prostřednictvím edukace (Vlasáková, 2020).

2.4.2. Vliv návykových látek na rehabilitační proces adiktologických pacientů

V předchozích kapitolách jsem několikrát odkazovala na důsledky užívání návykových látek, mezi které patří např. organický psychosyndrom či amotivační syndrom. Tétrault a Courtois (2014) ve svém výzkumu avizuje na nejčastější kombinaci látek – alkoholu a konopí, které často tyto depresivní stavy a pocity stresu mnohem více prohlubují, čímž podporují demotivaci i celkovou nespokojenost a tím i prodlužují délku rehabilitačního procesu. Jako další významný faktor predikující časný relaps a nižší zapojení do rehabilitačních aktivit je deficit kognitivních funkcí (Tornga, 2023). Během zkoumání motivací k ukončení užívání návykových látek došlo ke zjištění, že pacienti, kteří mají náhled na svou situaci ohledně nadměrného užívání jsou mnohem více ochotni podstoupit změnu týkající se abstinence (Stroud et al., 2013). Také Mravčík a Nečas (2014) ve svém dotazníkovém šetření potvrzují, že špatný náhled na svoji situaci bývá hlavní důvod pro nevstoupení do léčení – respondenti se domnívali, že léčbu nepotřebují či nevěří, že by jim mohla pomoci.

Ve studii Tétraulta a Courtoise (2014) navazují na problematiku výběru aktivit tohoto typu pacientů. Pacienti s chronickým abúzem v anamnéze bývají v rehabilitačním procesu mnohem méně aktivní v porovnání s abstinentními pacienty, což potvrzují ve svém výzkumu také Stroud et al. (2013). Raději tráví čas odpočinkovými aktivitami, jako je čtení či sledování televize než produktivními činnostmi. Tento pasivní životní styl tak omezuje jejich schopnost adaptace na onemocnění a traumatická zranění, což má opět významný dopad na celý rehabilitační proces.

Kombinací vysokého rizika opětovného zranění a častým relapsem užívání návykových látek pak vzniká opakující se kruh, kdy se stejný pacient vrací s různými zraněními vzniklými pod vlivem návykových substancí, přičemž jejich celková rehabilitace trvá mnohem déle. K recidivě dochází u přibližně 80 % osob již během prvního roku léčby a 60 % pacientů léčbu závislosti předčasně ukončí (Doğu a Özkan, 2023).

V zahraničí i v tuzemsku se zdroje shodují na nutnosti identifikace a řešení komorbidit současně – jak závislosti (případně duálních diagnóz představujících závislost a přidružené psychiatrické nemoci), tak i fyzické dysfunkce (Stroud et al., 2013; Bombardier, 2004). Pokud je léčena např. pouze stránka závislosti, aniž by byla léčena depresivní porucha, může to být příčinou předčasného ukončení odvykací léčby a naopak – řešení pouze psychiatrické nemoci bez její strany závislosti vede k opakovanému porušování abstinence (Kalina et al., 2003). K tomuto komplexnímu problému je proto naprosto nutná spolupráce multidisciplinárního týmu (Tornga, 2023).

3. PRAKTICKÁ ČÁST

3.1. Cíl bakalářské práce

Cílem bakalářské práce je zmapovat a popsat nejčastější úrazy, které vznikají pod vlivem návykových látek, zjistit jejich vliv na průběh i úspěšnost rehabilitačního procesu a poukázat na specifika spolupráce s tímto typem pacientů.

3.2. Metodologie zpracování bakalářské práce

3.2.1. Metody získávání a zpracování dat

Pro zpracování praktické části jsem zvolila metody kvalitativního výzkumu, jehož přínos je dle Hendla (2005) v přirozenosti uspořádání a jeho popisu každodenního života. Volba metody by se měla řídit výzkumným problémem. Hendl (s. 161, 2005) proto zmiňuje určitá pravidla pro výběr metody získávání dat: „*Pokud nás zajímá, co si lidé myslí, jak cítí, čemu věří atd., použijeme interview, dotazník nebo postojové škály*“. Vzhledem k dané komplexnosti problematiky, pro větší prostor dovysvětlení výroků a doptání se na další různé a odlišné zkušenosti a zkoumanému typu zkušeností jsem se tedy nakonec rozhodla pro metodu kvalitativního dotazování, a to **semistrukturovaného rozhovoru**, který měl jasný záměr a předem určenou osnovu. Pokud se mi výpověď účastníka zdála zajímavá či mě zajímaly okolnosti, pokládala jsem rozšiřující otázky, čímž jsem získala mnohem více rozmanitých informací.

Otázky byly sestavovány po získání bližšího porozumění o problematice a zároveň také na základě vlastních zkušeností během praxí (viz Příloha č.2). Rozhodla jsem se otázky rozdělit do 5 oblastí, kterými jsem se pokusila pokrýt co největší spektrum výzev, které by se mohly v průběhu práce s konkrétními pacienty objevit – i s prostorem na doplnění dalších vlastních podnětů. Zdůvodnění a detailnějšímu popisu daných oblastí a otázek se věnuji v kapitole 3.3.1. Témata rozhovorů. Následně jsem se rozhodla provést přesný transkript nahraných rozhovorů z důvodu zabránění úniku důležitých dat a provést analýzu po daných oblastech – vzhledem k charakteru semistrukturovaného rozhovoru a diverzitě zkušeností všech respondentů by nebyla analýza každé dotazované otázky vhodná.

3.2.2. Kritéria výběru respondentů

V rámci mé bakalářské práce jsem prostřednictvím e-mailu oslovila několik zdravotnických, psychiatrických a sociálních zařízení, která jsou uvedena v Seznamu ergoterapeutických zařízení České asociace ergoterapeutů (Česká asociace ergoterapeutů, 2023). Dále jsem se rozhodla o vyřazení zařízení specializovaných na dětské pacienty i seniory a soustředit se pouze na dospělé osoby z toho důvodu, že je dětská i seniorská klientela v práci ergoterapeuta specifická a proti dospělým vyžaduje leckdy jiné postupy a přístup. V textu jsem zdůraznila cíle rozhovoru a kritéria, která pro výběr respondentů hrála klíčovou roli. Dále jsem v příloze zaslala seznam otázek (viz Příloha č. 2). Byl kontaktován soubor 30 zařízení různého typu po celém území České republiky, z jehož celkového počtu mi odpovědělo 14 zařízení. 10 zařízení mě informovalo, že se buď v jejich pracovišti takoví pacienti nevyskytují, nebo se z důvodu ochrany pracoviště nemohou účastnit rozhovoru, případně že se nemohou zúčastnit z nedostatečné časové kapacity. Některá zařízení rovněž vyjádřila nedostatek zájmu o participaci.

Mezi hlavní kritéria patřila zejména odborná způsobilost dle zákona č. 96/2004 Sb., který říká, že „*odborná způsobilost k výkonu povolání ergoterapeuta se získává absolvováním*

- a) akreditovaného zdravotnického bakalářského studijního oboru pro přípravu ergoterapeutů,*
- b) tříletého studia v oboru diplomovaný ergoterapeut na vyšších zdravotnických školách, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 2004/2005,*
- c) střední zdravotnické školy v oboru ergoterapeut, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 1998/1999, nebo*
- d) střední zdravotnické školy v oboru rehabilitační pracovník a pomaturitního specializačního studia léčba prací, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 2003/2004.“*

Dále také musí mít respondent zkušenosti s pacienty, kterým se stal jakýkoliv traumatologický úraz v důsledku vlivu návykové látky, nezávisle na konkrétním typu a tato spolupráce se odehrávala v posledním roce pro nejaktuálnější sběr dat. Dalšími kritérii byla zkušenost jak

s ambulantními pacienty, tak s ergoterapií na lůžkovém oddělení v rámci nácviku soběstačnosti a obnovy motorických funkcí po úraze a samozřejmě dobrovolný zájem o účast v semistrukturovaném rozhovoru současně se souhlasem pořízení nahrávky.

Ze všech 14 zařízení tedy byly vybrány 4 respondentky, která daná kritéria splňovala. Všechny respondentky pocházely z různých pracovišť, čímž jsem dostala možnost získat různé úhly pohledu na danou problematiku. Původně bylo uskutečnění rozhovorů plánováno pouze formou osobní schůzky, nicméně pro větší flexibilitu a také usnadnění nahrávání jsem se nakonec rozhodla respondentům nabídnout také online variantu prostřednictvím platformy ZOOM či MS Teams. 2 setkání proběhly osobně a 2 online.

3.2.3. Etické aspekty

V průběhu sběru dat jsem využila několika etických opatření. Všichni respondenti byli již před rozhovorem seznámeni s cílem práce a postupem rozhovoru. Pro lepší představu o průběhu rozhovoru a také možnost předchozí přípravy byl seznam otázek zaslán e-mailem předem. Prostřednictvím e-mailu byli také účastníci informováni o nutnosti audio nahrávky z důvodu následné transkripce rozhovoru. Účastníci byli také upozorněni na to, že během dialogů byla využita dvě nahrávací zařízení jako opatření pro zajištění spolehlivosti záznamu. Toto opatření bylo zavedeno s cílem prevence případné ztráty dat v případě selhání jednoho z nahrávacích zařízení. V bakalářské práci byla také zachována naprostá anonymita účastníků, včetně udržení anonymity pracoviště. Zmíněn je pouze typ zařízení, který je důležitý pro kontext rozhovoru. Všem účastníkům byly tyto informace zopakovány znovu na začátku společného setkání včetně zmínění možnosti obdržení přepisu e-mailem pro kontrolu přepsaného obsahu a o zachování původních výroků. Všem účastníkům byl zaslán informovaný souhlas (viz Příloha č. 1) potvrzující jejich dobrovolnou účast a souhlas se zpracováním nahrávek pro účely bakalářské práce.

3.2.4. Postup realizace

Původně mi bylo navrženo zpracování praktické části prostřednictvím kazuistik, ve kterých jsem chtěla promítnout danou spolupráci s touto skupinou pacientů. Nicméně v následné době mi bylo doporučeno využití rozhovorů z toho důvodu, že využití kazuistik a

popis jednotlivých intervencí úrazů nereflektuje specifika dané skupiny pacientů. Postupy práce a metody využití u jednotlivých typů úrazů se nelišily v souvislosti s návykovou látkou, kterou daný pacient užíval.

Následný postup začal zmapováním různých pracovišť, kde ergoterapeuti působí. Cílem bylo zařadit prostředí, která poskytují různorodé pohledy a zkušenosti. Na začátku jsem se zaměřila na zařízení, kde jsem absolvovala předešlé ergoterapeutické praxe. Rozhodla jsem se tak z toho důvodu, že jsem v těchto prostředích mohla lépe porozumět pracovní realitě a efektivněji navázat kontakt s potenciálními respondenty. Původně bylo zamýšleno uskutečnit rozhovor s alespoň jedním psychiatrickým, sociálním a zdravotnickým zařízením. V průběhu tohoto prvního kola jsem se ne vždy setkala s odpovědí, některé rozhovory byly odmítnuty z důvodu omezených časových možností, nezájmu či ochrany pracoviště. Rozhodla jsem se rozšířit výběr a oslovit téměř všechna ergoterapeutická pracoviště v České republice. E-mail jsem poslala danému zařízení, či konkrétním terapeutkám, pokud jsem na ně na webu našla kontakt. Nicméně i přes kontaktování téměř všech zařízení v České republice, některých i vícekrát, jsem nedokázala sehnat ergoterapeutku pracující v psychiatrii.

Pro oslovování potenciálních respondentek jsem vytvořila strukturovaný e-mail. Obsahoval definované cíle mé práce, kritéria výběru, informace o průběhu rozhovoru a jeho nahrávání. Kromě toho jsem v e-mailu poskytla informace ohledně informovaného souhlasu a navrhla způsob setkání, přičemž jsem se rozhodla pro online variantu z důvodu časové flexibility. V rámci e-mailu jsem připojila také seznam otázek, který nejen sloužil k přípravě respondentek na rozhovor, ale i jako nástroj pro můj vlastní výběr. Přestože některé ergoterapeutky vyjádřily původní zájem o rozhovor, prostřednictvím otázek jsme společně zjistily, že skutečně nejsou mojí cílovou skupinou. Dále jsem upozornila na nahrávání rozhovoru na 2 zařízení, abych předešla ztrátě dat. Při tvorbě informovaného souhlasu jsem využila šablonu pro informovaný souhlas, který má k dispozici 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy. Ten jsem upravila pro své účely a takto zajistila, že budu připravena k rychlému odeslání souhlasu.

Samotné rozhovory probíhaly osobně i online. Před každým rozhovorem jsem zopakovala účel práce, informace ohledně nahrávání a poté sdělila náležitosti ohledně

informovaného souhlasu. Po dokončení rozhovoru jsem provedla přepis, přičemž jsem zachovala původní strukturu a pouze převedla text do spisovné češtiny. Pokud měly respondentky zájem, zaslala jsem jim kompletní přepis pro kontrolu. Následně jsem nahrávky smazala.

Po získání dat jsem vytiskla všechny rozhovory a provedla jejich analýzu pomocí tzv. teoretického kódování (Hendl, 2006). Všechny přepsané rozhovory jsem vytiskla a rozdělila témata do kategorií dle barev. Zde jsem se zaměřila na podobnosti a odlišnosti v odpovědích, vytváření poznámek a kategorizaci informací. Vzhledem k charakteru semistrukturovaných rozhovorů jsem se zaměřila na kategorie otázek, které byly klíčové pro mou analýzu.

Celý proces jsem zakončila sepsáním praktické části bakalářské práce. Po sepsání interpretace jednotlivých kategorií jsem si znovu prošla daná témata a vytvořila celkové shrnutí, ve kterém jsem se pokusila vystihnout klíčové body, které jsem během rozhovorů zjistila.

3.3. Rozhovory

3.3.1 Témata rozhovorů

Pro ulehčení srovnání, získání určité struktury a zároveň jistoty, že nevynechám žádné požadované téma, jsem využila vytvoření „scénáře“ pro dané rozhovory (Hendl, 2006). Otázky jsem se rozhodla rozdělit do 5 tematických okruhů pro lepší orientaci v rozhovoru a zároveň porovnávání daných zkušeností v konkrétním tématu. Použila jsem otevřené otázky pro získání širších odpovědí. Některé dotazy jsem doplnila o další rozšiřující, které by mohly blíže konkrétní výpověď lépe specifikovat či dovysvětlit. Nebylo nutné se striktně držet formulace dané otázky, pokud to situace vyžadovala, či respondentka na daný dotaz odpověděla v kontextu minulé otázky, dovolila jsem si otázku přeskočit.

První oblast zahrnuje **Obecné otázky**, které mají lépe charakterizovat respondenta, pochopit kontext prostředí – typ zařízení a s jakým typem pacientů se nejčastěji setkávají během své praxe.

Druhý okruh se přímo týká **Pacientů po úrazech spojených s užíváním návykových látek**. Otázky v této části mají za úkol promítnout vlastní subjektivní pohled na specifika této skupiny pacientů a zkušenosti či spolupráce s nimi.

Třetí okruh obsahuje otázky ohledně **Průběhu rehabilitace**. Dané dotazy mají zmapovat a porovnat konkrétní zkušenosti s vlivem návykových látek na průběh rehabilitace, setkání se s důsledky jejich efektu, zda se dané intervence liší u různých druhů návykových látek a jakým způsobem ergoterapeuti řešili tyto výzvy, které se u pacientů s chronickým abúzem mohly naskytnout.

Čtvrtá kategorie navazuje na spojení sil odborníků při **Spolupráci s multidisciplinárním týmem**, která je nedílnou součástí rehabilitačního procesu, zejména u pacientů s kombinovanými obtížemi. Otázky v této části se ptají na mezioborový přístup, naráží na řešení překážek týkajících se závislosti, které bývají obvykle v řešení adiktologa a také na důležitost spolupráce s rodinou během rehabilitace.

Nakonec pátým tématem jsou **Výsledky a dlouhodobé sledování rehabilitace**. Zde jsem se pokusila formulovat otázky, které se týkají problematiky následné péče, motivace, častých relapsů a předčasného ukončení rehabilitace.

Rozhodla jsem se strukturovat následnou analýzu porovnáváním odpovědí respondentek v rámci příslušných kategorií otázek s ohledem na charakter semistrukturovaného rozhovoru. V analýze výpovědí je interpretována obecná charakteristika, porovnání a podobnost daných výpovědí, případně doplnění dalších zkušeností z praxe.

3.3.2. Charakteristika souboru respondentů

Rozhovorů se zúčastnily celkem 4 ergoterapeutky z různých zařízení v České republice.

První respondentka je v ergoterapeutické praxi po dobu 2 let ve státním zdravotnickém zařízení. Nejčastěji se v tomto zařízení nachází ortopedičtí a neurologičtí pacienti. Nejčastějším typem úrazu u adiktologických pacientů uvádí polytraumata způsobená převážně pády, konkrétně ortopedická i neurologická, současně však upozorňuje, že se s takovými pacienty neseťkává příliš často.

Druhá respondentka pracuje jako ergoterapeutka již 24 let. Aktuálně pracuje zdravotnickém typu zařízení, ale dále také doplňuje, že má bývalé zkušenosti s prací v adiktologické léčebně. Nejfrekventovanějším typem pacientů, se kterými se nyní setkává v praxi jsou neurologičtí, ortopedičtí, traumatologičtí a vertebrogenní pacienti. Jako nejčastější typ úrazu u adiktologických pacientů zmiňuje taktéž polytraumata, zejména s těžkými kraniotraumaty, taktéž po pádu. S pacienty se závislostí se již moc neseťkává, nejčastěji se k nim adiktologičtí pacienti dostávají, až když už mají „odabstinováno“.

Třetí respondentka pracuje jako ergoterapeutka 4 a půl roku v sociálním zařízení. Zařízení je specializováno na spinální pacienty, tudíž se jiný typ pacientů zde nevyskytuje. Pracuje tedy s traumatologickými i netraumatologickými pacienty po prodělaném poškození míchy, která nejčastěji vznikají po autonehodách, skocích do vody, sportovních úrazech či pádech z výšky. Často se jedná i o jednorázová užití dané substance. S takovým typem pacientů se také setkává spíše okrajově.

Čtvrtá respondentka je v praxi po dobu 2 let ve zdravotnickém zařízení. Ve svém pracovišti se setkává zejména s neurologickými a ortopedickými pacienty. S adiktologickými pacienty se setkává převážně na neurologii, kde jde zejména o kraniotraumata. Při doplňujícím dotazu na ortopedické pacienty se závislostí udává, že se s nimi neseťkává.

	respondentka č.1	respondentka č.2	respondentka č.3	respondentka č.4
délka praxe	2 roky	24 let	4,5 roku	2 roky
typ zařízení	zdravotnické	zdravotnické	sociální	zdravotnické
nejčastější typ úrazu u adiktologických pacientů	polytraumata ortopedická neurologická	polytraumata neurologická – kraniotraumata	spinální	neurologická – kraniotraumata

Tabulka 4 - Přehled respondentek

3.3.3. Spolupráce s pacienty po úrazech spojených s užíváním návykových látek

Z analýzy rozhovorů vychází několik klíčových bodů. U všech výpovědí se zdá být patrná určitá uzavřenost pacientů, ale způsob, jakým se uzavřenost projevuje, se liší. Závislost může ovlivnit spolupráci, zejména pokud ji ještě pacienti aktivně řeší. Výrazné jsou i

emocionální výkyvy u pacientů, což může být výzvou pro terapeutů. Tyto psychosociální faktory přisuzují častému výskytu různým typům psychosyndromů, které se u adiktologických pacientů často vyskytují (viz kapitoly 2.2 a 2.4). Shodují se také na tom, že mají většinou pacienti potřebu svou závislost skrývat, a proto se často zdravotník ani nedozví, že spolupracuje s adiktologickým pacientem. Zároveň se ukazuje, že každý respondent vnímá problematiku adiktologických pacientů trochu odlišně, což podtrhuje komplexnost této specifické klientely.

U otázky 2.1 ze seznamu otázek odpovídají 3 respondentky téměř souhlasně. Zmiňují, že jsou někteří z nich silně psychoorganičtí, mívají depresivní stavy, potřebují větší účast psychologa, odmítají často mluvit o stavu závislosti i o okolnostech vzniku úrazu. Údajně se za to často stydí, mají strach ze stigmatizace. Jedna z ergoterapeutek zmiňuje, že *„mají hodně výkyvy nálad, což si všímám, že jeden den je všechno super a další den jsou hrozně agresivní, plačtiví a někdy až protivní.“*. Další doplňuje stejný názor: *„Pokud jsou pacienti do rehabilitací tlačeni nedobrovolně například svým okolím či rodinou, tak je pak ta spolupráce zpravidla horší.“*

Ergoterapeutka, jejíž výpověď se liší, uvádí, že nejčastěji ani žádné specifikum nezjišťuje. *„Nejčastěji to jsou u nás pacienti, kteří přijdou po nějaké dlouhodobé léčbě¹, a i když jsme se zde setkali s někým, kdo stále řešil svoji závislost, nikdy jsme se neseekali s tím, že by to bylo nějaké omezení. A to ani ze strany spolupráce. Oni mají taková těžká pohybová omezení, že oni sami jsou ti, kteří chtějí být soběstační a zvládnout se najíst, napít a obléknout“*. Dále vysvětluje problém, na kterém se s ostatními respondentkami shoduje: *„Tady se fakt často ani nedozvíte, že pracujete s pacientem, který bere nějaké ty látky – a když už, tak je to pro mě stejná informace, jako že je diabetik a podobně. V podstatě se mě to ani tolik netýká, tuto stránku problému řeší jiní odborníci, pro mě to znamená doplňující informace, že si mám dát třeba pozor na vyšší tlak a jiné věci. Je to krásné téma, ale jsou to dva úplně rozdílné světy, ta závislost a ergoterapie, přestože by bylo skvělé to spojit.“*

¹Léčbě závislosti (poznámka autorky)

Na otázku 2.2. jakým způsobem tito pacienti reagují a hodnotí ergoterapeutické intervence byly odpovědi poměrně různorodé. Zatímco někteří pacienti jsou pozitivně motivováni a vnímají terapii jako cestu k obnově soběstačnosti, jiní ji mohou považovat za povinnost nebo nemusí být plně informováni o jejím účelu. Individuální faktory, jako je motivace, postoj k úrazu a sociální situace, hrají klíčovou roli ve vnímání a hodnocení ergoterapeutických intervencí. Je patrné, že sociální kontext může ovlivnit povědomí pacientů o ergoterapii.

Jedna respondentka k tomuto tématu výpraví svoji zkušenost, že *„když se například u těch lidí závislých na alkoholu věnujete kognitivním funkcím, tak jim to přijde zbytečné, říkají si, k čemu jim to bude a na co to mají dělat. (...) Člověk musí neustále dělat osvětu ergoterapie, je to potřeba.“*

Ergoterapeutka, která dříve pracovala v adiktologické léčebně říká, že tito pacienti berou rehabilitaci z úplně jiného hlediska. *„Já, když jsem dělala v té léčebně, tak tam to měli jako vynucený program. Tam je to nebaví, ta motivace jim chybí, je to tam jen něco jako součást programu, který musí splnit. A tady je to jen pro ně – aby se vrátili zpět do toho života a byli schopni si dojít na záchod, najíst se a podobně.“*

3.3.4. Průběh rehabilitace

Zde se výpovědi a průběh rozhovorů výrazně odlišoval s výjimkou otázek 3.2 a 3.3. – kde všechny respondentky tvrdí, že plánování intervencí není závislé na tom, jaký druh látky pacient užíval, stejně jako vnímají skutečnost, že ergoterapeut v jejich zařízení v roli prevenci relapsu nehraje tak důležitou roli jako adiktolog či psycholog, který je v tomto ohledu více kompetentní. Některé ergoterapeutky se ve své praxi setkaly pouze s abstinenčními příznaky, jiné rozlišily spíše důsledek psychoaktivních účinků na funkční schopnosti pacienta.

Ohledně specifických výzev vnímají všechny ergoterapeutky situaci odlišným způsobem:

- Jedna respondentka vnímá jako největší výzvu u těchto pacientů fakt, že jsou pacienti často apatičtí, lhostejní ke svému stavu. Dodává: *„Ale to je způsobené i tím systémem. Prostě není dobrý systém následné péče, a to už je potom trošku jiný“*

problém, ti lidi jsou pak dlouho v nemocnicích. (...) Ta rehabilitace se jim často prodlouží i kvůli tomu užívání.“

- Další respondentka jako největší výzvu udává již zmíněné kolísající emoční stavy a občasné agresivní chování.
- Následující odpověď další respondentky žádné výzvy nezmiňuje. Tvrdí, že občasné depresivní stavy a demotivaci určitě zažije alespoň jednou u každého pacienta, ať už se někdy potýkal se závislostí či ne.
- Poslední ergoterapeutka na tento dotaz odpovídá takto: *„Z mé strany je to určitě pochopení, co se týče těch drog a nastavení jeho světa, které je zde velice důležité, obzvláště, když má člověk abstinенční příznaky. Snažíme se společně nalézt ty cíle, důvody, proč léčit ten motorický deficit i tu závislost.“*

S abstinенčními příznaky se setkaly během své praxe 3 respondentky ze 4. Ergoterapeutka, která se s abstinенčními příznaky nesetkala vysvětlila, že *„pokud pacientovi hrozí abstinенční příznaky, terapie není zahájena, dokud není stav kompenzován.“* Situace jsou řešeny různými způsoby – odložením terapie nebo nezahájením terapie, pokud návyková látka ovlivňuje další průběh. Abstinенční příznaky jsou vnímány jako zvláště obtížné zejména u alkoholiků. Často jsem se na konkrétní abstinенční příznaky doptávala.

Jedna z ergoterapeutek zmiňuje, že pokud došlo k výskytu abstinенčních příznaků, ihned je hlásila ošetřujícímu lékaři a následně se situace řešila. Doplnuje: *Vím, že u alkoholiků jsou ty abstinенční příznaky určitě horší než u jiných drog, se kterými jsem se setkala, nebo alespoň to takhle vnímám já osobně, ale ti pacienti jsou často i přikurtovaní k posteli, protože ubližují hlavně nejen okolí ale i sobě. (...) U alkoholiků jsem se setkala hlavně s třesem, nesoustředěností. Také jsem viděla, ale teda to nebyli konkrétně moji pacienti – že někteří vyloženě vykřikovali ‚dejte mi to, dejte mi to, já to potřebuji!‘ A opravdu vyváděli na celé oddělení, a to jsou pro mě opravdu silné zážitky, protože představa, že mi někdo lomcuje postelí a křičí na celé oddělení je hrozné.“*

Další ergoterapeutka uvádí zkušenosti s klienty závislými na marihuaně: *„Jednomu klientovi jsem objednala firmu na zaměřování elektrického vozíku a klient se dostavil ve stádiu, kdy z nadměrného užití marihuany nebyl schopný vnímat, soustředit se na to co se děje. Ten*

vozik je hlavně součástí našich klientů, kterou primárně oni potřebují a používají. Pokud od něj nedostanu zpětnou vazbu, co mu vyhovuje a co naopak ne, tak tu terapii nemůžu zahájit.“

Další ergoterapeutka má zkušenosti s abstinenčními příznaky spíše u kuřáků. Údajně chtějí často předčasně ukončit terapii a jít si zakouřit. Doplnuje, že *„pacienti jsou pak nepříjemní, když jim to neumožníte a snaží se co nejrychleji mít terapii za sebou.“*

S jednou respondentkou jsme řešily, zda se nesetkala např. s třesem rukou, jedním z typických abstinenčních příznaků. Jejím zajímavým podnětem bylo zmínění obtížnějšího rozlišení těchto abstinenčních příznaků od dlouhého upoutání na lůžko.

Při dotázání se na způsob, jakým ovlivňují návykové látky pacienty během rehabilitace, jsem získala odpovědi, ve kterých terapeutky hovořily o nezvládnutí udržení pozornosti, výraznému kognitivnímu deficitu, u uživatelů marihuany utlumenosti a pocitu nenasytnosti, u alkoholiků naopak neustálá potřeba něco dělat a jedna z výpovědí zmiňující pacienta se závislostí na kokainu hovoří i o časté zmatenosti. Dále také všechny respondentky souhlasí, že pacienti častokrát nemají náhled na svou situaci, ať už v souvislosti se závislostí či motorickým a kognitivním deficitem. Pacienti, kteří již léčbu závislosti v minulosti podstoupili tento problém nemají tak závažný. Dvě ergoterapeutky uvádí, že se náhled na jejich situaci pokouší zlepšit prostřednictvím edukace.

Reakce na dané příznaky se dle odpovědí vždy lišila v závislosti na závažnosti situace. Pokud pacient tyto symptomy vykáže jednou či je více nerozvádí, terapeutky na ně nereagují během terapie. Všechny potvrzují, že následně příznaky zapisují do dokumentace či nahlásí lékaři, aby byli informováni.

Některé ergoterapeutky doplnily konkrétní příběhy z praxe: *„Jednou mi takhle pacient, který u nás byl hospitalizován po skoku z okna během terapie řekl, že by ji nejradši zakončil jedním ‚šlehem,‘ že by si docela tu drogu dal. Dost se během terapie třásl, byl neklidný, ale na ten komentář jsem nereagovala, nepřišlo mi to vhodné. V případě, že by to už nějak narušilo tu terapii, spolupráci odložím.“*

Další také doplňuje svou zkušenost: „*Občas mají tendenci přerušovat nebo odkládat terapie kvůli tomu, že si nestihli zapálit a mají abstinenční příznaky. (...) My na to neupozorňujeme, pouze oznámíme, že pro tuto chvíli terapie nemá význam pro klienta ani pro mě a odložíme je třeba na další den. V případě, že je z takového důvodu nutnost zrušit firmu například na úpravu vozíků nebo dlahy, žádáme po klientovi, aby sám tyto firmy obvolal a omluvil se jim. Ale tyto situace jsou u nás velmi zřídka. Osobně jsem je zažila tak u dvou klientů během své praxe.*“

Respondentka, která hovořila o abstinenčních příznacích u kuřáků uvedla: „*Já se snažila tomu pacientovi situaci vysvětlit, že například nyní během rehabilitace to není možné si jít zakouřit, ale následně ano.*“

3.3.5. Spolupráce s multidisciplinárním týmem

Mezioborový přístup se na jednotlivých pracovištích respondentek leckdy lišil. Všechny respondentky potvrdily, že je multidisciplinární práce s těmito pacienty nesmírně důležitá, nicméně v některých případech nemusí fungovat tak, jak by měla. Jako největší problém vnímám absenci spolupráce adiktologa ve 3 ze 4 pracovišť dotazovaných ergoterapeutek (avšak 2 respondentky uvedly, že práci adiktologa na jejich pracovišti nevnímají jako klíčovou, vzhledem nízké četnosti pacientů s adiktologickými problémy). Naopak spolupráci s rodinou zařazují do ergoterapie 3 respondentky ze 4. Zmiňují, že je potřeba, zejména např. v následné péči, v řešení úprav domácího i pracovního prostředí apod.

Všechny ergoterapeutky jmenují jako součást multidisciplinárního týmu fyzioterapeuty, lékaře, sociální pracovníky, psychology a psychiatry, ošetrovatelský personál, logopedy, některé doplňují také externí spolupracovníky – ortotici-protetici, obchodní zástupci firem s kompenzačními pomůckami či psychoterapeuty.

Se spoluprací s těmito kolegy jsou spokojeny 3 ergoterapeutky, které udávají dobré kolegiální vztahy. Při doplňujícím dotazu, jakým způsobem se tato spolupráce promítá v procesu rehabilitace, mi respondentky uváděly nejčastěji **porady, dokumentace a učení se jeden od druhého** – každý člen týmu má rozlišnou klinickou rozvahu a také odborný pohled, o který se v rámci porad či zápisů v dokumentaci podělí.

Ergoterapeutka pracující v sociální službě vysvětluje systém fungování pobytových služeb v jejich zařízení jako příklad jejich multioborové spolupráce: *„K nám jezdí klienti na třítydenní pobyty. Na začátku probíhá počáteční vyšetření všech klientů, po zpracování dat je velká porada, kde se všichni odborníci sejdou a předávají se informace, sdílí problémy jednotlivých pacientů, na kterých je potřeba spolupracovat a provázat jednotlivou spolupráci. Například psycholog nám pomáhá s tím, jak komunikovat s pacienty, sociální pracovníci nám zase radí v sociální sféře, zároveň jsou to case manažeři celého případu a delegují, kdo je za co zodpovědný, o co se postará a zároveň to komunikuje s tím klientem. Na konci toho pobytu je opět velká porada, kde se řeší, čeho se povedlo dosáhnout, co se naopak nestihlo, co je potřeba doladit na dalším turnusu. Takže naše spolupráce je velmi blízká, a to se pak odráží i na těch terapiích a naplnění cílů jednotlivých klientů.“*

Další ergoterapeutka zmiňuje, jakým způsobem spolupracuje s dalšími kolegy takto: *„Je důležité komunikovat s ostatními kolegy a najít vhodného terapeuta pro daného pacienta, se kterým bude nejlépe komunikovat a komu se otevře.“* Poté jsem se dotázala, jak proces probíhá, pokud se stane, že si s pacientem nerozumí, na což odpověděla: *„Když k tomu dojde, což se stát může, kontaktuji kolegu a pacienta si předáme. Chceme komunikovat i multidisciplinárně, snažíme se ten přístup neustále vyladit.“*

Jedna ergoterapeutka však ve svém zařízení příliš pozitivní zkušenosti nemá. Její zkušenosti popisuje takto: *„Zrovna na našem pracovišti je ta multidisciplinární spolupráce opravdu špatná – ergoterapeuty tam bohužel příliš neberou ani ti lékaři, fyzioterapeuti jsou na tom dost podobně. Myslí si, že si s pacienty jenom hrajeme. Je to dost těžké.“*

Dále jsem navázala dotazem na přítomnost adiktologa, kterou potvrdila pouze jedna z respondentek, přestože s ním údajně úzce nespolečně pracuje. Pokud zařízení nemělo adiktologa přímo na pracovišti, dotazovala jsem se, zda nedochází alespoň externě, na což mi všechny 3 respondentky odpověděly, že ne. Pokud pacient využívá některých adiktologických služeb mimo jejich zařízení, dozví se to buď z dokumentace nebo vůbec. Při doplňujícím dotazu, jakým způsobem jsou tedy řešeny překážky v procesu rehabilitace v souvislosti se závislostí (ať už se jedná např. o *craving* či abstinenční příznaky) jsem získala informace, že kompetence adiktologa ve všech případech řeší psychologové či psychiatři:

- *„Když ta závislost narušuje proces rehabilitace, tak to řešíme s ošetřujícím personálem či lékařem, který následně kontaktuje odborníky, nejčastěji tedy psychologa, a řeší danou situaci dál zároveň i v záznamech. Důležité je, aby se ty problémy řešily a aby to bylo zapsané, díky čemuž jsou na to upozorněni všichni potřební.“*
- *„Ne, u nás adiktologové nejsou, ale ani nemyslím, že by tu byli přímo potřeba, protože takoví pacienti se u nás skoro nevyskytují. Ano, jsou tady psychologové, kdyby tady k něčemu takovému došlo, tak jakoukoliv intervenci ti lidi potřebují, mají zde možnost – třeba krizové intervence, psychoterapii...“*

Ergoterapeutka, která v předešlém dotazu udává často nespolupráci v multidisciplinárním týmu také zmiňuje i komplikace se spojením psychologa: *„Oni tu závislost u nás řeší s psychiatrem třeba, ale že by tam byl přizvaný adiktolog, to ne, naše zařízení adiktologa nemá. Kolikrát je problém přizvat i psychologa, zažila jsem teď, že i odmítali přizvat psychologa k jedné paní. To až když jsme opravdu hodně naléhali. Já vím, že se to řeší jedině s psychiatrem a jsou i nějaké konzilia a spolupráce s jedním psychiatrickým zařízením, popřípadě to konzultují s jinými klinikami, ale jedině externě.“*

Spolupráce s rodinou je pro všechny ergoterapeutky velmi zásadní. Dotazovala jsem se také na způsob zapojení rodinných příslušníků. Ergoterapeutky uváděly přímou účast při rehabilitaci, pokud je to v možnostech rodiny pacienta či klienta, dále důležitost edukace, přístupu k danému problému, celkovou informovanost ohledně dané nemoci a jejího řešení a také společné řešení bytové situace. Dále je (zejména u neurologických pacientů) učí přesuny a informují je o stavu a zlepšení.

Jedna ergoterapeutka však odpovídá, že se s rodinou pacientů vůbec nevidí. Říká: *„Já se s nimi vůbec nevidám. Já docházím během dopoledne. Ti pacienti, když mají třeba ergoterapii, logopedii a do toho mají ještě nějaké vyšetření a jsou v akutní fázi toho onemocnění, tak je to hrozně těžké pro ně to všechno zvládat. Takže já tu rodinu ani nevidím, a kolikrát za nimi bohužel ani nikdo nechodí, protože – a znovu jsme bohužel u toho, jedná se nejčastěji o tu nižší sociální vrstvu. A samozřejmě to vnímám jako problém, protože ta rodina tam je v té spolupráci opravdu nutná.“*

3.3.6. Výsledky a dlouhodobé sledování rehabilitace

V této části jsme narazily u většiny respondentek na záležitost ohledně popírání či zamlčení informací ohledně svého stavu závislosti. Pokud dojde k tomu, že se pacient nemůže na terapii dostavit, bývá to nejčastěji z důvodu nemoci, osobních problémů či dalších záležitostí, nicméně zpozorovat trend vynechávání terapií u pacientů, kteří užívají návykové látky je velmi náročné ze dvou důvodů – pacient uvede důvod nepřítomnosti, který nemusí být pravdivý či neuvede důvod žádný a na terapii se jednoduše nedostaví, nebo se (zejména u ambulantních pacientů) o jejich strážce závislosti zdravotnický personál ani nedozví, což může mít v některých případech negativní následky. U otázky prevence relapsu i podpory motivace všechny ergoterapeutky uvádí, že konkrétní strategie u těchto pacientů nevyužívají. Někteří pacienti se o své motivaci bavit ani nechťejí a jiní jsou apatičtí ke svému stavu celkově, avšak najdou se v této skupině i osoby, jejichž hlavní motivací bývá rodina, samostatnost a návrat ke svým původním aktivitám. Taktéž bývaly odpovědi podobné u otázky na participaci pacientů v terapii – opět odkazují na skutečnost, že je velmi často komplikované i získat anamnézu samotného abúzu, a tak ani nerozlišují, zda se pacient v terapii odmítá zapojit, protože je více apatický z důvodu užívání návykové látky, nemá zrovna náladu, je unavený či z jiného důvodu. S předčasnými ukončeními celé rehabilitace se ergoterapeutky nesetkaly příliš často – alespoň ne tedy z důvodu užívání návykových látek. Zejména u pacientů, kteří se na terapii bez předchozí omluvy nedostaví, se častokrát nedozví hlavní důvod. Proto je nakonec ergoterapie ukončena a pacient je o tomto rozhodnutí informován. Nicméně takoví pacienti se v některých případech i do stejného zařízení vrátí s jiným problémem.

Při dotázání na roli ergoterapeuta v prevenci relapsu a motivace mi bylo specifikováno, že tuto záležitost častěji řeší spíše psycholog či sám adiktolog. Jedna z ergoterapeutek říká: *„My tuhle stránku s nimi vlastně zase moc neřešíme – my s nimi řešíme hlavně tu samotnou rehabilitaci. Občas se k tomu v rámci některých terapií – např. kognitivních funkcí dostaneme, ale co mám zkušenosti, tak ti lidi si to raději řeší sami nebo s psychologem a s námi nechťejí. Že jsou takoví dost nepřístupní. A že nechťejí pustit do toho svého okolí moc dalších lidí.“*

Další respondentka, která pracuje se spinálními pacienty, hovoří o samotném nastavení pacientů: *„Kolikrát i když je ten úraz pod vlivem nějaké drogy nemusí hned znamenat, že je ten*

člověk automaticky demotivovaný a problematický jen kvůli té látce. Řekla bych, že to je spíše premorbidně dáno na tom pacientovi – jak je nastavený, jak je motivovaný, jak se srovnal se svým úrazem, jestli to všechno vstříbal, jestli kvůli tomu skončil na vozíku, jestli mají stále vidinu, že budou chodit. A takové pacienty my všichni motivujeme ve svých terapiích stejně, nicméně jak jsem zmiňovala, právě psycholog nám hodně pomáhá v tom, jak s nimi komunikovat.“

Ergoterapeutka, která v předchozích letech pracovala i v léčebně závislostí doplňuje ohledně svých zkušeností s motivací toto: *„Je to určitě úplně jiná motivace, když srovnám léčebnu, kde jsem pracovala, a tohle zařízení. Tady ten člověk je, protože potřebuje fungovat, potřebuje normálně žít. Ale v té léčebně je to jinak – všechno bylo dobrovolné. Jenže dobrovolníci samozřejmě nebyli – buď jim hrozilo vězení, nebo je vyhodili z práce, nebo je někdo z rodiny na to léčení dotáhl. Prostě pokud to už fakt bylo neúnosné, tak šli a nechali se zavřít do té léčebny. Tady je jejich motivace o něčem úplně jiném.“*

A jedna odpověď se týkala preventivních opatření kouření v nemocnici: *„Naše nemocnice je kompletně nekuřácká a pacienti dostávají v případě potřeby nikotinové náplasti, jinak žádné speciální postupy nemáme.“*

Dále bych zde chtěla více rozebrat problematiku již zmíněného popírání a zamlčování důležitých informací ohledně stavu závislosti, na kterou jsme narazily v rámci dotazů ohledně častých absencí v terapiích a zapojení se v terapii.

Jedna ergoterapeutka sděluje: *„Nechtějí moc mluvit o tom stavu, proč mají ten úraz, proč jsou v té nemocnici, stydí se a často si to ani nepamatují, přitom vím, že již předtím nějakému lékaři sdělili, co se stalo, proč například vyskočil z toho okna, takže hlavně ta uzavřenost a nechtějí se nám otevřít v některých ohledech řešení toho problému. (...) Často tu léčbu chtějí ukončit předčasně, že pacient už nezvládal dané prostředí a musel za rodinou. Co se týče závislosti, tak jsme se nesetkali s pacientem, co by kvůli nim ukončil předčasně rehabilitace nebo alespoň o tom nevím.“*

Druhá ergoterapeutka zmiňuje, že se s předčasným ukončením také příliš nesetkává, nicméně popisuje, že jsou pacienti často apatičtí, jak jsem zmínila v předchozích odstavcích.

„V těch ambulancích jsem se s tím úplně nesetkala, nebo nevím o tom, že by nedorazili kvůli tomu, že si raději někde dají nějakou drogu. Stoprocentně jsem se setkala s pacienty závislími na tabáku, protože to prostě cítím, že je kuřák. Ale jinak je moc nepoznám. **A hlavně se to u absencí nikdy pořádně nedozvíte, ten reálný důvod. Je to vlastně tak jak jsem Vám i psala v e-mailu, že je hlavně problém zjistit i ten samotný abúzus.** Získat přímo anamnézu toho užívání není kolikrát nic jednoduchého a málokdo se vám svěří a přizná to. (...) Samozřejmě také pokud pacient nechce a odmítá spolupracovat, tak se ta rehabilitace potom ukončuje.“

Třetí ergoterapeutka taktéž říká, že se s předčasným ukončením či absencemi příliš nesetkává. Pacienti se buďto omluví či nedostaví: „Zažíváme klienty, kteří jsou laxnější v přístupu docházení. Občas přijdou pozdě nebo vůbec, ale nemyslím si, že to má jakoukoliv spojitost s návykovými látkami, spíše s typem osoby. Co se týče absence z dlouhodobějšího hlediska, tak se to nestává. Když už tak to bývají odůvodněné situace jako například nemoc.“ Přesto se s předčasným ukončením rehabilitace setkala poměrně nedávno. Svoji odpověď doplňuje o konkrétní zkušenost: „... Ano, stalo se mi to poměrně nedávno. Pobyt jednoho z našich klientů bylo nutné ukončit z důvodu jeho závislosti na marihuaně. Jelikož nebyl schopný sám si ubalit ‚joint‘², žádal o to naše asistenty. Tyto nároky neustále rostly a asistenti už nebyli ochotní neustále za ním docházet a balit to za něj. To vedlo k zvýšeným abstinenčním příznakům jako například hlad v noci, kdy každou chvíli zvonil, aby dostal jednu sušenku a dalších 10 minut chtěl přeskládat stoleček a tím neustále zatěžoval personál a byl tedy pobyt přerušen. Následně byl za určitých podmínek přijat zpět.“

Nakonec odpověď poslední ergoterapeutky byla také doplněna o konkrétní zkušenost, která vysvětluje i důsledky zamlčení takových informací: „Někdy je pravdou, že se Vám ti lidi sami s tou závislostí svěří, i když ji neřekli předtím lékaři. Ale většinou to spíš popřou, pokud se na to zeptáte. Například si pamatuji z ortopedie paní, která měla po operaci TEP kyčle a

² joint = „marihuanová cigareta, může být vyrobena i ze směsi tabáku a marihuany. Typicky má kónický tvar se zúžením u filtru, který je nejčastěji vyroben z tvrdého papíru. Kouření jointů je nejtypičtější způsob užívání marihuany.“ (Kalina et al., 2001)

strašně se zhoršila... A jelikož v dokumentaci nebylo nic a ona měla strašný bolesti, tak jí předepsali opiáty. A ona dřív byla závislá. Takže ta závislost se tam rozjela znovu, jenže jen proto, že v té dokumentaci tu závislost nikdy neměla uvedenou. Takže jí sami zdravotníci ty opiáty předepsali a nějakou dohru to mělo až později.“ Dále také mluví o typologii adiktologických pacientů v souvislosti zamlčení své závislosti: *„Třeba teď je tady slečna, která spadla z balkonu, když se nahýbala pro limonádu – nikdo tomu nevěří. Můžete si myslet o tom své, i vizuálně, když na toho člověka potom kouknete, protože jsem v té léčbě dělala, tak to poznáte, kdo ty látky zneužívá, prostě ta typologie lidí nějaká je. A Vy, pokud to nemáte černé na bílém v nějaké lékařské zprávě, tak tady s těmi informacemi nepřijdete do styku.“* Dále dodává: *„Když ten pacient nedorazí, tak Vy je jenom odhlásíte, ale nikdy se nedozvíte, z jakého důvodu doopravdy nedorazil – jestli se někde raději napil, nebo se mu nechtělo, nebo je nemocný, nebo jen někde ztratil žádanku. My je pouze odhlásíme ze systému. A ono i v těch pravidlech je, že pokud je opakovaně neomluven, tak následně rušíme všechny následující terapie.“*

3.3.7. Shrnutí výsledků

Z rozhovorů vyplývá, že ergoterapeutky se setkávají s pacienty závislými na různých látkách, nejčastěji s polytraumaty způsobenými pády. Nejčastějšími případy konkrétně bývají zejména kraniotraumata. Následující klíčové body lze vyvodit z analýzy rozhovorů:

Četnost těchto pacientů není oproti pacientům bez závislostí příliš vysoká. Nicméně nevíme, do jaké míry ovlivňuje tuto situaci fakt, že někteří pacienti svoji závislost popírají, a tak se ergoterapeuti i jiní zdravotníci mohou s těmito pacienty ve své praxi setkat, aniž by o tom věděli.

U pacientů se závislostí jsou patrné psychosociální výkyvy, střídající se emoční stavy, deprese, psychosyndromy i demotivace či apatie. Tyto symptomy vnímají ergoterapeutky jako významné výzvy. Další zásadní komplikací je uzavřenost těchto pacientů a občasné odmítání spolupráce. Nicméně to neplatí u všech pacientů a občasné výkyvy nálad vnímají i u jiných osob, se kterými v rámci rehabilitace pracují.

Reakce na ergoterapii bývají různé. Buďto jsou pacienti motivovaní vzhledem k tomu, že jejich cíl je zejména získání svého původního stavu před úrazem zpět, ale také mohou být bez zájmu ohledně svých cílů, berou ji jako povinnost a nerozumí, proč ji mají dělat. Přestože bylo v teoretické části zmíněno, že by v určitých situacích mohl ergoterapeut hrát roli v prevenci relapsu, respondentky uvedly, že se s tímto příliš nesetkaly.

Dále také plánování intervencí, kde všechny ergoterapeutky uvedly, že nezávisí na tom, na jaké látce je pacient závislý, protože dané intervence neovlivňuje. Z mé osobní perspektivy vychází myšlenka, že by v tomto ohledu mohla být spolupráce adiktologa velmi zásadní.

Avšak zde narážíme na daný problém absence adiktologa v těchto zařízeních. Mohlo by být překážkou, že adiktolog není v některých pracovištích dostatečně začleněn alespoň externě. Právě protože se s abstinenčními příznaky či důsledky užívání psychoaktivních látek setkaly všechny ergoterapeutky, je účast adiktologa v léčbě u těchto pacientů potřebná a zejména důležitá při mezioborové spolupráci a edukaci ostatních zdravotníků ohledně komplikací, které se mohou naskytnout v důsledku chronického užívání psychoaktivních látek či jak je řešit. Další významný faktor v úspěšné léčbě je již několikrát zmíněná mezioborová spolupráce také s jinými zdravotníky vzhledem ke kombinaci psychické i fyzické nemoci a také sociálního řešení.

Všeobecně by posílení spolupráce mezi adiktology a ergoterapeuty mohlo výrazně přispět k celkové kvalitě péče poskytované adiktologickým pacientům, a to jak v oblasti diagnostiky, tak v navrhování a implementaci terapeutických postupů.

Nakonec vnímám jako jedním z hlavních kořenů problémů u této skupiny hlavně zamlčování informací ohledně stavu závislosti. Nejen, že zdravotníci takto vlastně netuší, že s pacientem se závislostí pracují, ale také tím neznají potenciální rizika, netuší, že při předepsání některé medikace se může znovu rozvinout závislost, nemusí ani tušit, z jakého důvodu pacient vykazuje symptomy jako třes rukou, únava apod. (viz zmínění obtížnějšího rozlišení těchto abstinenčních příznaků od dlouhého upoutání na lůžko), či zda mají omamné látky vliv na častou absenci v terapiích a jejich předčasné ukončení.

4. DISKUZE

V této bakalářské práci jsem se zaměřila na osoby, které v důsledku užívání návykových látek utrpěly úraz různého charakteru. Jejím cílem je zmapování těchto nejčastějších úrazů, vysvětlit, jakým způsobem ovlivňují rehabilitační proces a také poukázat na specifika spolupráce s tímto typem pacientů při rehabilitaci. V této práci se setkávají dva důležité obory – adiktologie a ergoterapie. Abúzus látek s sebou přináší jak akutní, tak dlouhodobá rizika a účinky intoxikace mohou mít za následek různě závažné trauma. V České republice na toto téma naráží Chomynová et al. (2023) ve své statistice, kde udávají 14-15 tisíc hospitalizací ročně pro takovéto úrazy, přičemž v naprosté většině se jedná o úraz pod vlivem alkoholu. Nejvíce studií mapuje úrazovost pod vlivem alkoholu (Sovinová, 2002; Zamorano et al., 2019).

Hledání vhodných zdrojů a informací pro teoretickou část bylo v některých kapitolách obtížné. Česká adiktologická literatura je poměrně obsáhlá a pro získání základního přehledu v oboru, který je pro mě relativně nový nebylo příliš náročné. Některé zdroje o adiktologické problematice mi byly doporučeny mou vedoucí práce, Bc. Zuzanou Rodovou, M.Sc., pro získání dalších titulů mi pomohly některé edukativní weby. Pro zpracování kapitol týkajících se konkrétních úrazů a rehabilitace byla vybrána literatura, se kterou jsem se seznamovala během svého studia. Největší oporou pro nalezení informací ohledně ergoterapie u jednotlivých úrazů mi byla detailní publikace od Radomski a Latham (2013). Pro nalezení zahraničních zdrojů byly využity databáze uvedeny na webu Ústavu vědeckých informací 1.LF UK a VFN. Komplikované bylo však nalézt zdroje zmiňující konkrétní úrazy pod vlivem návykových látek. Většina statistik a studií obecně popisuje počet úrazů, které pod návykovými látkami vznikají, ale nesumarizují více konkrétní typy úrazů. Spousta výzkumů je také zastaralých a v aktuální době (v posledních 5 letech) se této problematice výzkumy příliš nevěnují. Jak jsem již zmínila, nejvíce literatury mapuje úrazy zejména pod vlivem alkoholu, který je v porovnání s ostatními návykovými látkami mnohem častější příčinou traumatických poranění (Chomynová et al., 2023). Náročnější bylo sehnání zdrojů týkajících se práce ergoterapeuta u adiktologických pacientů a nemožné u zdrojů, které by konkrétně popisovaly specifika intervencí u závislých pacientů, kteří pod vlivem omamných látek utrpěli úraz.

Přestože bylo původním záměrem pro vypracování praktické části využití kazuistických studií, bylo od toho nakonec upuštěno. Popis jednotlivých intervencí u takových pacientů nezdůrazňoval dostatečně stránku závislosti, která se specifickým způsobem odrazuje na rehabilitačním procesu (Tétrault a Courtois, 2014). Zvolena byla proto nakonec kvalitativní metoda zpracování dat, a to rozhovory. Vzhledem ke komplexnosti problematiky, rozdílným zkušenostem u respondentek a také vyžadovanému prostoru na doplňující dotazy, případně dovysvětlení, byla vybrána forma semistrukturovaného rozhovoru. Strukturovaná forma by byla jistě snadnější pro následující analýzu, nicméně jak udává Hendl (2006), takový rozhovor je omezen pro menší situovanost rozhovoru, zároveň také nepřihlíží k různému typu a individualitě respondentů. Zpětně však vnímám, že ještě lepší metodou by mohla být kombinace zúčastněného pozorování a rozhovorů. Takto by byla zaznamenána daná spolupráce těchto pacientů s ergoterapeutem přímo během praxe. Otázky věnované spolupráci by mohly být položeny oběma stranám, které spolupracují, pro lepší promítnutí také pacientovy perspektivy.

Otázky pro daný rozhovor byly rozděleny do 5 okruhů, které měly vystihnout specifika dané skupiny a výzvy ve spolupráci s ní. Výzkumným souborem praktické části byly 4 ergoterapeutky, které splňovaly kritéria výběru, mezi která patřila zejména získání odborné způsobilosti dle zákona č. 96/2004 Sb., zkušenosti s pacienty po úrazech spojených s užíváním návykových látek v posledním roce pro nejaktuálnější sběr dat, zkušenost s ambulantními pacienty i s pacienty na lůžkovém oddělení a také dobrovolný zájem o účast v rozhovoru a pořízení nahrávky z něj. Sběr dat pro vypracování praktické části probíhal od května 2023 do října 2023. Za omezení mého výzkumu považuji také jak počet respondentek, se kterými sběr dat proběhl, tak také poměr typů zařízení, ze kterých ergoterapeutky pocházely. Záměrem bylo získání alespoň 1 respondentky z psychiatrického zařízení, 1 respondentky ze zdravotnického a 1 ze sociálního zařízení pro pokrytí celého spektra typů zařízení, kde se tito pacienti mohou nacházet. Předpokládala jsem, že ergoterapeutky pracující v psychiatrické sféře budou vykazovat rozdílné odpovědi a postoj k řešené problematice, jelikož se s pacienty se závislostmi setkávají ve své praxi mnohem častěji (Van Boekel, 2014; Petersén, Thurang a Berman, 2021). Nicméně získání takové respondentky bylo bohužel neúspěšné, jelikož jsem se nesetkala s žádnou pozitivní odpovědí z psychiatrických zařízení. Dalším významným

omezením je, že tato práce nerozlišuje rozdíly mezi pacienty, kteří jsou chronickými uživateli návykových látek a osobami, které utrpěly úraz při jednorázovém užití jakékoliv psychoaktivní substance.

Počáteční komunikace probíhala prostřednictvím e-mailu, kde jsem vysvětlila záměr práce, vysvětlila průběh daných rozhovorů a také přiložením otázek předem dala možnost se na rozhovor předem připravit. Následně po provedení rozhovoru byl provedený přesný přepis, jediná úprava spočívala pouze v přepisu nahrávek do spisovné češtiny. Následně byly nahrávky smazány. Takto se mi podařilo zabránit úniku jakýmkoliv informacím s umožněním přesných citací v textu při následné analýze.

První kategorií byly obecné otázky, které měly pomoci lépe charakterizovat zkoumanou skupinu respondentek. Vybrány byly 3 ergoterapeutky pracující v rozdílných zdravotnických zařízeních a jedna ergoterapeutka pracující v sociálním zařízení. První ergoterapeutka pracující ve zdravotnickém zařízení je v praxi 2 roky a spolupracuje nejčastěji s ortopedickými a neurologickými pacienty. Další 2 ergoterapeutky pracující ve zdravotnickém zařízení jsou v praxi 24 let a 2 roky. Poslední ergoterapeutka je v praxi v sociálním zařízení zaměřujícím se na spinální pacienty 4,5 let.

V druhé kategorii jsem se pokusila více konkrétně zaměřit na specifika spolupráce s pacienty po úrazech spojených s užíváním návykových látek. Jejím cílem bylo zjistit, jak probíhá spolupráce s takovými pacienty, jaké jsou její specifické výzvy. V této kapitole jsem se od respondentek dozvěděla o celkové uzavřenosti pacientů a jejich potřebě skrývat svou závislost, dále také o psychoorganických syndromech pacientů, které mohou být také výzvou pro terapeuty během vykonávání praxe. Psychosyndromy jsou u pacientů trpících závislostmi velmi časté, Kalina et al. (2003) souběh duševní nemoci přidružené závislosti popisuje jako „duální diagnózy“. S duševními nemocemi i účinky návykových látek na kognitivní funkce také mohou souviset poruchy náhledu na vlastní situaci, která by mohla k dané uzavřenosti či popírání vést (Havlíková, 2019). Tito pacienti při konfrontaci s tématem užívání návykových látek negují svou závislost a následnou léčbu odmítají. Dalším důvodem pro uzavřenost těchto pacientů je jejich stigmatizace či obavy, že pokud se přiznají, budou mít jisté problémy v budoucnu. Někteří pacienti se dokonce setkávají s přístupem lékaře, který je odmítá léčit

(Černý a Szotáková, 2015). Forman a Nagy (2006) ve své publikaci uvádí, že pacienti mnohem více spolupracují a raději pokračují v léčbě, pokud se cítí přijati, podporováni a jsou bráni za „normální“.

Další téma se týkalo průběhu rehabilitace. Tyto dotazy mají za cíl zkoumat a srovnávat konkrétní zkušenosti s dopady návykových látek na proces rehabilitace, setkání s následky jejich užívání, případné rozdíly v intervencích v závislosti na druhu návykové látky a způsoby, jakými ergoterapeuti řešili výzvy, které se mohly objevit u pacientů trpících chronickým zneužíváním těchto látek. Ergoterapeutky uvedly, že jejich intervence se dle typu látky neliší. Jak jsem zmínila v předchozí kapitole 3.3.7. Shrnutí výsledků, mým názorem je, že by v tomto mohla velmi přispět spolupráce s adiktologem. Například pokud adiktolog zaznamená, že pacient je chronickým uživatelem konopných látek, které často vedou k výraznému kognitivnímu deficitu a celkovému utlumení, mohl by edukovat ostatní členy multidisciplinárního týmu, kteří k tomu budou mít zvýšenou pozornost, případně navrhnou mezi cíle rehabilitace nácvik kognitivních funkcí. Bohužel, bližší informace ohledně celkové spolupráce adiktologa a ergoterapeuta v multidisciplinárním týmu téměř chybí, a to jak v České republice, tak i v zahraničí. Dále se odpovědi ergoterapeutek shodly v tom, že nevnímají svoji roli v prevenci relapsu. Rybárová (2019) ve své práci popisuje několik příkladů strategií, které by mohli ergoterapeuti využívat ve svých intervencích při prevenci relapsu – např. edukace, rozvoj rolí, stress management či při tréninku sociálních dovedností. S abstinenčními příznaky či s příznaky závislosti se při práci s touto klientelou setká každý zdravotník, jak také potvrdily odpovědi respondentek. V některých případech však zdravotníci neví, jakým způsobem na ně reagovat, či na ně nereagují dokonce vůbec ani v krajních případech (Hoover et al., 2022). I v tomto případě se budu opakovat, když zmíním opět využitelnost spolupráce ergoterapeuta a adiktologa.

Předposlední téma řeší otázku spolupráce v multioborovém týmu, přičemž tato spolupráce souvisí také i s rodinnými příslušníky, která je naprosto zásadní. Většina respondentek uvedla, že je se spoluprací ve svém týmu spokojena a uvedly některé příklady, na jakém principu je jejich spolupráce založena – nejčastěji ve formě společných porad a konzultací. Přestože složení těchto týmů může být různé v závislosti na zaměření a typu

zařízení, týmová spolupráce by měla být v každém případě založena na různorodých názorech a jejich vzájemné konfrontaci. Měla by však být také zachována rovnocennost přístupů, aby se každý člen multidisciplinárního týmu necítil upozaděn (Kalina, 2003). Soukup et al. (2018) potvrzují, že mezi používané strategie multidisciplinárních týmů jsou využívány např. společná zasedání, kde jsou projednávány a odsouhlaseny plány péče. V některých případech v těchto poradách vede určitá hierarchie. Pro správné fungování týmu jsou důležité některé faktory, které danou spolupráci ovlivňují: vztahy mezi členy týmu, efektivní komunikace mezi různými obory, zvládání konfliktů, rovnoměrná účast v diskusích, porozumění důležitosti jednotlivých zástupců oborů multidisciplinárního týmu (Soukup et al., 2018). Jedna ergoterapeutka zmiňuje mezi hlavními důvody, proč vnímá, že multidisciplinární přístup nefunguje, hlavně neporozumění oboru ergoterapie mezi ostatními kolegy. To může být zapříčiněno nedostatečnými znalostmi o ergoterapii ostatních členů týmu, nechápáním jeho zastoupení a důležitosti role (Alotaibi et al., 2019). Hieková (2022) ve své praktické části bakalářské práce taktéž uvádí, že se ergoterapeuti často potýkají s nutností edukace ohledně své profese či obhajovat význam své role.

Dalším významným tématem je zmíněná nepřítomnost adiktologa na pracovišti, a to ve 3 ze 4 pracovišť, dle dvou respondentek není na jejich pracovišti adiktolog potřeba vzhledem k nízké frekvenci výskytu této skupiny pacientů. Kalina (2003) zdůrazňuje různorodost složení týmů v závislosti na specializaci problematiky či jeho univerzální zaměření. Např. jako zásadní složení týmů pro léčebná zařízení lékařské péče uvádí lékaře, psychologa a psychoterapeuta, přičemž další specializace mohou na pracoviště docházet externě. Pokud externí spolupracovníci pracují s týmem, mělo by být vždy jasně stanoveno, zda jsou členy týmu nebo ne, a také jakým způsobem budou s týmem spolupracovat – například předávání informací, komunikace s klienty, sdílení odborných dovedností a zásahů. Je důležité, aby i externí spolupracovníci pravidelně navštěvovali týmová setkání, pokud mají společné klienty. Adiktologické služby jsou dle respondentek v jejich nemocničních zařízeních často nahrazovány psychologem, psychiatrem či psychoterapeutem, což také potvrzuje publikace Koncepce sítě specializovaných adiktologických služeb (Miovský, s. 11, 2014): *„Specializovaná adiktologická péče je poskytována uživatelům všech typů psychoaktivních látek, patologickým hráčům a lidem trpícím obdobnými poruchami. Poskytují ji i (a t. č.*

zejména) pracovníci jiných odborností, než je odbornost adiktologa – tedy lékaři, zdravotní sestry, psychologové, sociální pracovníci, pedagogové aj.“

Poslední soubor otázek se věnoval výsledkům a dlouhodobému sledování rehabilitace, kde se vyskytovaly otázky týkající se následné péče, motivace, relapsu a předčasných ukončení rehabilitace. V tomto tématu se ergoterapeutky více rozmluvily ohledně popírání stavu závislosti či rozhodnutí o své závislosti zdravotníka neinformovat. Hlavním problémem by mohla být správná identifikace ohrožených osob, kterou komplikuje nevědomí pacientů, jejich neochota nebo nemožnost uvést podrobnou anamnézu užívání návykových látek. Při péči o pacienta s úrazem, který trpí závislostí na látkách, je klíčovým cílem nejen komplexně posoudit jeho zranění a zajistit fyziologickou stabilitu, ale také využít hospitalizaci jako možnost pro edukaci a poradenství, s cílem podporovat pacienta k zanechání užívání těchto návykových látek (Milzman a Soderstrom, 1994). Také McCabe (2006) upozorňuje, že jedním z řešení by mohl být mnohem častější objektivní screening. Dotazníkové šetření Mravčíka a Nečase (2014) identifikovalo 5 základních faktorů, které uvádí pacienti jako překážku pro vstup do léčby. Jak již bylo zmíněno v teoretické části, na prvním místě byla vnímaná nepotřebnost léčby, která by mohla být také zapříčiněna narušeným náhledem na svou situaci. Dalšími faktory jsou nechut k léčbě, špatné předchozí zkušenosti s léčbou, strach z kriminalizace a bariéra rodinných a existenčních vazeb. Účastníci tohoto šetření také tvrdí, že *„Přijetí (k hospitalizaci) hodnotí vesměs kladně, nicméně se shodují na tom, že přístup personálu se zásadně změní ve chvíli, kdy se dozví o užívání drog“* (Mravčík a Nečas, s.18, 2014).

Nejčastějším důvodem vynechávání terapií udávaly respondentky návštěvy jiných lékařů, případně nemoci či individuální důvody. Zároveň zmínily časté neudání důvodu, proč se někteří pacienti na jejich intervence nedostaví. Ve studii Hoseinie et al. (2017) se zabývali taktéž důvody, proč se pacienti často nedostavovali na léčebné intervence. Výsledkem bylo z 86 % uvedení důvodu „vnějších vlivů“ – ať už se jednalo o potíže s dojížděním, osobní a rodinné komplikace, aj. Hned na druhém místě udávali respondenti nedostatek motivace.

Věřím, že tato práce bude sloužit jako podnět pro další zkoumání především vzhledem k absenci výzkumů (zejména v tuzemsku) na toto komplexní téma, které řeší stránku

traumatologických úrazů v kontextu důsledků užívání návykových látek. Další výzkumné práce by mohly navázat na možnosti spolupráce ergoterapeuta a adiktologa jako jeden z prostředků řešení výzev, se kterými se ergoterapeuti často během svých intervencí setkávají, řešit tuto problematiku se zaměřením na rozdíly mezi chronickými abusery návykových látek a osobami, které úraz utrpěly pod jednorázovým užitím substance, dále také na zaměření se na pacientovu perspektivu v otázce rehabilitace.

5. ZÁVĚR

Tato bakalářská práce systematicky prozkoumává propojení oblastí adiktologie a ergoterapie. Poskytuje komplexní pohled na péči o pacienty s návykovými látkami. V průběhu analýzy rozhovorů s ergoterapeutkami z různých zdravotnických zařízení v České republice vzešly klíčové poznatky. Práce přináší nový vhled do významu multidisciplinární spolupráce, zmiňuje hlavní výzvy, se kterými se ergoterapeuti, ale také ostatní členové multidisciplinárního týmu mohou setkat při rehabilitačním procesu.

Bylo zjištěno, že jako největší výzvy u pacientů, kteří utrpěli úraz pod vlivem psychoaktivních látek, vnímají ergoterapeuti zejména uzavřenost, emocionální výkyvy a další psychosociální faktory, které jsou spojeny zejména s psychosyndromy. Tyto psychosyndromy bývají v důsledku užívání návykových látek běžnými nemocemi. Cílené neuvádění informací ohledně své závislosti však často může vést k negativním následkům. Při práci s těmito pacienty je zásadní multioborová spolupráce, do které by měla být zařazena také komunikace s rodinou. U těchto pacientů se s abstinenčními příznaky a příznaky užívání setkávají terapeuti běžně, nicméně je často náročné rozlišit, zda se jedná o symptomy spojené s užíváním či nemocí.

Jako cíl této práce bylo získání většího přehledu ohledně nejčastějších úrazů, které vznikají pod vlivem návykových látek a zjistit, zda a jakým způsobem ovlivňují úspěšnost rehabilitačního procesu a poukázat tak i na specifika spolupráce s tímto typem pacientů během rehabilitace. Z mého pohledu se mi podařilo stanovených cílů dosáhnout jak v teoretické, tak praktické části práce, nicméně tato práce naráží na několik faktorů omezení. Omezený počet respondentů může ovlivnit reprezentativnost získaných dat, perspektiva pacienta zůstává taktéž otevřenou výzvou, jelikož se tato práce soustředila převážně na pohled ergoterapeutů. Dále bylo zaznamenáno, že mezi respondenty chybí zástupce ergoterapeuta působícího v psychiatrickém zařízení, což by mohlo přinést další zajímavé poznatky v kontextu léčby pacientů s adiktologickými problémy. Další omezení spočívají v nedostatečném rozlišení mezi chronickými uživateli návykových látek a pacienty, kteří utrpěli úraz v důsledku jednorázového užití. Tyto omezení však vnímám jako prostor pro další výzkum v této oblasti.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ALMEIDA, Charmaine Melrose a Vivek Prabhakar VAJARATKAR, 2023. Recent Trends in Occupational Therapy Specific to Motor Intervention for Adults with Traumatic Brain Injury: A Scoping Review. *The Indian Journal of Occupational Therapy* [online]. **55**(2), 47–56 [cit. 2023-09-06]. Dostupné z: doi:10.4103/ijoth.ijoth_27_22

ALOTAIBI, Naser M. et al., 2019. Knowledge about and Attitudes of Interdisciplinary Team Members toward Occupational Therapy Practice: Implications and Future Directions. *Medical Principles and Practice* [online]. 2019-5-10, **28**(2), 158-166 [cit. 2023-11-27]. ISSN 1011-7571. Dostupné z: doi:10.1159/000495915

AMBLER, Zdeněk, 2006. *Základy neurologie*. 6., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-1258-5.

ARDOIN, Cassidy B., 2022. *An Occupational Therapy Guidebook for Individuals with Substance Use Disorder* [online]. USA [cit. 2023-11-16]. Dostupné z: <https://soar.usa.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1066&context=capstones>. Doktorský projekt. University of St. Augustine for Health Sciences.

AZIZODDIN, Desiree R. et al., 2023. Cannabis use among adults undergoing cancer treatment. *Cancer* [online]. **129**(21), 3498-3508 [cit. 2023-10-17]. ISSN 0008-543X. Dostupné z: doi:10.1002/cncr.34922

BASU, Debasish et al., 2017. Initial treatment dropout in patients with substance use disorders attending a tertiary care de-addiction centre in north India. *Indian Journal of Medical Research* [online]. **146**(8), 77-84 [cit. 2023-0]. ISSN 0971-5916. Dostupné z: doi:10.4103/ijmr.IJMR_1309_15

BOMBARDIER, Charles H. et al., 2004. Do preinjury alcohol problems predict poorer rehabilitation progress in persons with spinal cord injury? *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* [online]. **85**(9), 1488-1492 [cit. 2023-07-07]. ISSN 00039993. Dostupné z: doi:10.1016/j.apmr.2003.10.010

BOMBARDIER, Charles H., 2021. Alcohol Use After Traumatic Brain Injury. MODEL SYSTEMS KNOWLEDGE TRANSLATION CENTER. *Traumatic Brain Injury* [online]. [cit. 2023-07-31]. Dostupné z: <https://msktc.org/tbi/factsheets/alcohol-use-after-traumatic-brain-injury>

BRUIJNEN, Carolien J. W. H. et al. Prevalence of cognitive impairment in patients with substance use disorder. *Drug and Alcohol Review* [online]. 2019, 38(4), 435-442 [cit. 2023-04-30]. ISSN 0959-5236. Dostupné z: <https://www.doi.org/10.1111/dar.12922>

BURKE, Susan L. et al., 2006. *Hand and Upper Extremity Rehabilitation: A Practical Guide*. 3. Churchill Livingstone. ISBN 0-443-06663-9.

ČERNÝ, Jakub a Markéta SZOTÁKOVÁ, 2015. *Analýza drogové scény a služeb pro uživatele drog v Ostravě* [online]. Magistrát města Ostravy [cit. 2023-11-24]. Dostupné z: <https://www.ostrava.cz/cs/urad/magistrat/odbory-magistratu/odbor-socialnich-veci-a-zdravotnictvi/oddeleni-socialnich-sluzeb/studie-a-analyzy>

Česká asociace ergoterapeutů. Online. 2023. Dostupné z: <https://ergoterapie.cz/>. [cit. 2023-10-09].

ČESKO. Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník. In: *Zákony pro lidi* [online]. Praha: © AION CS 2010–2023 [cit. 2023-02-03]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1998-167>

ČESKO. Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních). In: *Zákony pro lidi* [online]. Praha: © AION CS 2010–2023 [cit. 13. 10. 2023]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-96#f2512943>

DAVIS, Janice F., Yue CAO a James S. KRAUSE, 2017. Changes in alcohol use after the onset of spinal cord injury. *The Journal of Spinal Cord Medicine* [online]. 2017-05-17, 41(2), 230-237 [cit. 2023-05-07]. ISSN 1079-0268. Dostupné z: doi:10.1080/10790268.2017.1319996

DOĞU, Selma Ercan a Esmá ÖZKAN, 2023. The role of occupational therapy in substance use. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs* [online]. **40**(4), 406-413 [cit. 2023-09-16]. ISSN 1455-0725. Dostupné z: doi:10.1177/14550725221149472

DUNGL, Pavel, 2014. *Ortopedie. 2.*, přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4357-8.

ELSOHLY, Mahmoud A. et al., 2017. Phytochemistry of Cannabis sativa L. *Phytocannabinoids* [online]. Cham: Springer International Publishing, **2017**(vol 103), 1-36 [cit. 2023-03-18]. Progress in the Chemistry of Organic Natural Products. ISBN 978-3-319-45539-6. Dostupné z: doi:10.1007/978-3-319-45541-9_1

European Drug Report 2022: Trends and Developments [online]. Luxembourg: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2022 [cit. 2023-02-25]. ISBN 978-92-9497-742-7. Dostupné z: https://www.emcdda.europa.eu/publications/edr/trends-developments/2022_en

FAKTOROVÁ, Mária, 2000. Ergoterapie u pacientů po poranění mozku. *Informační bulletin České asociace ergoterapeutů.* (9), 10-14. Dostupné také z: https://ergoterapie.cz/wp-content/uploads/2018/09/Bulletin_2000_9.pdf

FALDYNA, Zdeněk a Iveta ZEDKOVÁ, 2006. Terapie alkoholového odvykacího syndromu. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 1, 27-28 [cit. 2023-02-17]. Dostupné z: <https://psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2006/01/07.pdf>

FALTÝNKOVÁ, Zdeňka a Jiří KŘÍŽ, 2012. *Léčba a rehabilitace pacientů s míšními lézím* [online]. Česká asociace paraplegiků – CZEPA [cit. 2023-09-22]. Dostupné z: <https://www.spinalcord.cz/publikace/>

FALTÝNKOVÁ, Zdeňka. Vše okolo tetraplegie. Praha: Česká asociace paraplegiků CZEPA, 2012. 59 s. ISBN 978-80-260-5098-8.

FORD, Shirley, Anette KEAY a Daria SKIPPER, 2014. *Occupational Therapy Interventions for Adults with a Spinal Cord Injury* [online]. Chatswood: Agency for Clinical Innovation [cit.

2023-10-22]. ISBN 978-1-74187-957-5. Dostupné z:
<https://aci.health.nsw.gov.au/publications/occupational-therapy-sci>

FORMAN, Robert a Paul NAGY, 2006. *Substance Abuse: Clinical Issues in Intensive Outpatient Treatment* [online]. 1. Center for Substance Abuse Treatment [cit. 2023-11-24]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK64101/>

HAVLÍKOVÁ, Petra, 2019. *Výroční zpráva o realizaci protidrogové politiky v hlavním městě Praze za rok 2019* [online]. Komise Rady hl. m. Prahy pro protidrogovou politiku [cit. 2023-11-24]. Dostupné z: https://www.praha.eu/file/3296966/VZ_protidrogova_politika_2019.pdf

HENDL, Jan, 2005. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál. ISBN 80-736-7040-2.

HIEKOVÁ, Karolína, 2022. *Role ergoterapeuta v adiktologii*. Praha. Bakalářská práce. 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy.

HOOVER, Kaitlyn, 2022. Experiences of stigma in hospitals with addiction consultation services: A qualitative analysis of patients' and hospital-based providers' perspectives. *Journal of Substance Abuse Treatment* [online]. **138** [cit. 2023-11-24]. ISSN 07405472. Dostupné z: doi:10.1016/j.jsat.2021.108708

HOSEINIE, Leila, 2017. Drop-out from a drug treatment clinic and associated reasons. *Eastern Mediterranean Health Journal* [online]. **23**(3), 173-181 [cit. 2023-11-28]. Dostupné z: <https://www.emro.who.int/emhj-volume-23-2017/volume-23-issue-3/drop-out-from-a-drug-treatment-clinic-and-associated-reasons.html>

CHERPITEL, Cheryl J. et al. Risk of injury from alcohol, marijuana and other drug use among emergency department patients. *Drug and Alcohol Dependence* [online]. 2017, **2018**(174), 121-127 [cit. 2023-04-29]. ISSN 03768716. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2017.01.019>

CHOMYNOVÁ, Pavla et al. *Souhrnná zpráva o závislostech v České republice 2022* [online]. Praha: Úřad vlády České republiky., 2023 [cit. 2023-04-24]. ISBN 978-80-7440-311-8.

Dostupné z: <https://www.drogy-info.cz/publikace/vyrocní-zpravy/souhrnna-zprava-o-zavislostech-v-ceske-republice-2022/>

JELÍNKOVÁ, Jana, Mária KRIVOŠÍKOVÁ a Ludmila ŠAJTAROVÁ, 2009. *Ergoterapie*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-583-7.

JUNG, Eujene et al., 2023. Alcohol intake before injury and functional and survival outcomes after traumatic brain injury: Pan-Asian trauma outcomes study (PATOS). *Medicine* [online]. **102**(34) [cit. 2023-09-31]. ISSN 0025-7974. Dostupné z: doi:10.1097/MD.00000000000034560

KALINA, K. et al. *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. Úřad vlády České republiky. Publikaci vydalo o.s. Filia Nova pro Radu vlády ČR – Meziresortní protidrogovou komisi, 2001. ISBN 80-238-8014-4.

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

KALINA, Kamil et al., 2001. *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí* [online]. Úřad vlády České republiky [cit. 2023-11-24]. ISBN 80-238-8014-4. Dostupné z: https://www.drogy-info.cz/data/files/Glosar_pojmu_ISBN_80-238-8014-4_rok-2001.zip

KALINA, Kamil, 2003. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup 2* [online]. Praha: Úřad vlády České republiky [cit. 2023-11-27]. Monografie (Úřad vlády České republiky). ISBN 80-867-3405-6. Dostupné z: <https://www.drogy-info.cz/publikace/navykovelatky/monografie/drogy-a-drogove-zavislosti-kalina-a-kol/>

KALINA, Kamil. et al. *Základy klinické adiktologie*. 1. vydání Praha: Grada, 2008. 388 s. ISBN: 978-80-247-1411-0.

KALINA, Kamil. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing, 2015. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4331-8.

KARDATOS, Antonios a Vlamis J. EVANGELOPOULOS ME, 2021. The use of occupational therapy in the rehabilitation of patients with spinal cord injuries. *Acta Orthopaedica Et*

Traumatologica Hellenica [online]. **72**(2), 196-206 [cit. 2023-10-22]. Dostupné z: <https://www.eexot-journal.com/index.php/aoet/article/view/204>

KIEPEK, Niki a Lilian MAGALHÃES, 2011. Addictions and Impulse-Control Disorders as Occupation: A Selected Literature Review and Synthesis. *Journal of Occupational Science* [online]. **18**(3), 254-276 [cit. 2023-08-16]. ISSN 1442-7591. Dostupné z: doi:10.1080/14427591.2011.581628

KLUSOŇOVÁ, Eva, 2011. *Ergoterapie v praxi*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-535-8.

KOIZUMI, Keisuke, et al., 2023. A challenging case of lumbar vertebral burst fracture with alcohol withdrawal delirium: A case report. *Medicine* [online]. **102**(3), 2-8 [cit. 2023-10-17]. ISSN 1536-5964. Dostupné z: doi:10.1097/MD.00000000000032712

KOLÁŘ, Pavel, 2009. *Rehabilitace v klinické praxi*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-657-1.

KOZÁK, Jiří, Jan LEJČKO a Ivan VRBA, 2018. *Opioidy*. Praha: Mladá fronta. Aeskulap. ISBN 978-80-204-4550-6.

KRUCKOW, Sofie et al., 2023. Associations between alcohol intake and hospital contacts due to alcohol and unintentional injuries in 71,025 Danish adolescents – a prospective cohort study. *EClinicalMedicine* [online]. **64** [cit. 2023-06-24]. ISSN 25895370. Dostupné z: doi:10.1016/j.eclinm.2023.102187

MACDERMID, Joy C. et al., 2012. A Survey of Practice Patterns for Rehabilitation Post Elbow Fracture. *The Open Orthopaedics Journal* [online]. 2012-10-2, **6**, 429-439 [cit. 2023-06-25]. ISSN 1874-3250. Dostupné z: doi:10.2174/1874325001206010429

MCCABE, Susan, 2006. Substance Use and Abuse in Trauma: Implications for Care. *Critical Care Nursing Clinics of North America* [online]. **18**(3), 371-385 [cit. 2023-11-28]. ISSN 08995885. Dostupné z: doi:10.1016/j.ccell.2006.05.002

Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN-10: desátá revize: aktualizovaná vydání k 1.1.2020 [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2019 [cit. 2023-01-21]. Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz>

- MILZMAN, DP a CA SODERSTROM, 1994. Substance use disorders in trauma patients: Diagnosis, treatment, and outcome. *Critical Care Clinics* [online]. **10**(3), 595-612 [cit. 2023-11-27]. PMID: 7922740. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7922740/>
- MIOVSKÝ, Michal, 2008. *Konopí a konopné drogy: adiktologické kompendium*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-0865-2.
- MIOVSKÝ, Michal, 2014. *Koncepce sítě specializovaných adiktologických služeb v České republice* [online]. 4. Společnost pro návykové nemoci ČLS JEP [cit. 2023-11-27]. Dostupné z: <https://www.adiktologie.cz/file/375/koncepce-siti-blok-online.pdf>
- MIŽENKOVÁ, Ludmila, Ivana ARGAYOVÁ a Jozef BUJŇÁK, 2022. *Obecná traumatologie pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-3128-0.
- MRAVČÍK, Viktor a Vlastimil NEČAS, 2014. Somatická komorbidita uživatelů drog. *Zaostřeno na drogy* [online]. **12**(4), 1-20 [cit. 2023-10-21]. ISSN 1214-1089. Dostupné z: http://www.drogy-info.cz/index.php/publikace/zaostreno_na_drogy/2014_zaostreno_na_drogy/04_14_somaticka_komorbidita_uzivatelu_drog
- MÜLLEROVÁ, Dana a Anna AUJEZDSKÁ. *Hygiena, preventivní lékařství a veřejné zdravotnictví*. Praha: Karolinum, 2014. ISBN 9788024625102
- NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. 5., rozšířené vydání. Praha: Portál, 2018. ISBN 978-80-262-1357-4.
- PETERSÉN, Elisabeth, Anna THURANG a Anne H. BERMAN, 2021. Staff experiences of encountering and treating outpatients with substance use disorder in the psychiatric context: a qualitative study. *Addict Sci Clin Pract.* [online]. **16**(1) [cit. 2023-11-24]. ISSN 1940-0640. Dostupné z: doi:10.1186/s13722-021-00235-9
- PFEIFFER, Jan, 2007. *Neurologie v rehabilitaci: pro studium a praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1135-5.

PILNÝ, Jaroslav a Roman SLODIČKA, 2017. *Chirurgie ruky*. 2. aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0180-1.

POPOV, P. (2003). Závislost na alkoholu. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 2003(1), 29-32 [cit. 2023-03-26]. Dostupné z: <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2003/01/07.pdf>

POTNURU, Paul P., Srikar JONNA a George W. WILLIAMS, 2023. Cannabis Use Disorder and Perioperative Complications. *JAMA Surgery* [online]. 2023-09-01, **158**(9), 935–944 [cit. 2023-10-25]. ISSN 2168-6254. Dostupné z: doi:10.1001/jamasurg.2023.2403

RABOCH, Jiří et al., eds. DSM-5®: diagnostický a statistický manuál duševních poruch. Praha: Hogrefe – Testcentrum, 2015. ISBN 978-80-86471-52-5.

RADOMSKI, Mary V. a Catherine A. Trombly LATHAM, 2013. *Occupational therapy for physical dysfunction /*. 7. LWW. ISBN 978-1-4511-2746-1.

RŮŽIČKA, Evžen et al., 2019. *Neurologie*. 2. Praha: Stanislav Juhaňák – Triton. ISBN 978-807-5536-815.

RYBÁROVÁ, Andrea, 2019. *Ergoterapie v adiktologii: Role ergoterapeuta na ženském lůžkovém oddělení Kliniky adiktologie I. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze*. Praha. Bakalářská práce. 1. lékařská fakulta.

SEIDL, Zdeněk. *Neurologie pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-2733-2.

SEPPALA, Lotta J. et al., 2018. Fall-Risk-Increasing Drugs: A Systematic Review and Meta-analysis: III. Others: A Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of the American Medical Directors Association* [online]. **19**(4), 1-372 [cit. 2023-02-19]. ISSN 15258610. Dostupné z: doi:10.1016/j.jamda.2017.12.099

SCHNABEL, Eva, 2011. *Alcohol and drivingrelated performance – A comprehensive meta-analysis focusing the significance of the non-significant*. Frankfurt. Disertační práce. Philosophischen Fakultät II der Julius-Maximilians-Universität Würzburg.

SIMMONS, Sarah M. et al., 2022. The effects of cannabis and alcohol on driving performance and driver behaviour: a systematic review and meta-analysis. *Addiction* [online]. **117**(7), 1843-1856 [cit. 2023-10-18]. ISSN 0965-2140. Dostupné z: doi:10.1111/add.15770

SOUKUP, Tayana et al., 2018. Successful strategies in implementing a multidisciplinary team working in the care of patients with cancer: an overview and synthesis of the available literature. *Journal of Multidisciplinary Healthcare* [online]. **11**, 49-61 [cit. 2023-11-27]. ISSN 1178-2390. Dostupné z: doi:10.2147/JMDH.S117945

SOVINOVÁ, Hana, 2002. *Alkohol a úrazy*. Praha: Centrum zdraví. ISBN 80-7071-206-6.

STROUD, Michael W. et al., 2013. Preinjury alcohol and drug use among persons with spinal cord injury: Implications for rehabilitation. *The Journal of Spinal Cord Medicine* [online]. 2013-07-19, **34**(5), 461-472 [cit. 2023-07-07]. ISSN 1079-0268. Dostupné z: doi:10.1179/2045772311Y.0000000033

SVĚCENÁ, Kateřina a Zuzana RODOVÁ. *Ergoterapeut v adiktologii – Kazuistická studie*. Adiktologie v preventivní a léčebné praxi [online]. 2019, 2(2), 130-135 [cit. 2023-09-07]. Dostupné z: <https://www.aplp.cz/ergoterapeut-v-adiktologii-kazuisticka-studie>

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

TÉTRAULT, M. a F. COURTOIS, 2014. Use of psychoactive substances in persons with spinal cord injury: A literature review. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine* [online]. **57**(9-10), 684-695 [cit. 2023-03-07]. ISSN 18770657. Dostupné z: doi:10.1016/j.rehab.2014.10.002

TORNGA, Jennifer, 2023. *Occupational therapy's role in increasing client engagement in substance use disorder treatment programming with a community-based interdisciplinary team* [online]. USA, 51 s. Dostupné také z: https://scholarworks.wmich.edu/capstone_projects/55. Capstone Projects. Western Michigan University.

Uholy eva, X. (2020). Když drogy pomáhají: počáteční přínos užívání návykových látek podle žadatelů o ambulantní léčbu. *Adiktol. prevent. léčeb. praxi*, **3**(1), 40–47.

VAN BOEKEL, Leonieke C., 2014. Healthcare professionals' regard towards working with patients with substance use disorders: Comparison of primary care, general psychiatry and specialist addiction services. *Drug and Alcohol Dependence* [online]. **134**, 92-98 [cit. 2023-11-24]. ISSN 03768716. Dostupné z: doi:10.1016/j.drugalcdep.2013.09.012

VISŇA, Petr a Jiří HOCH, 2004. *Traumatologie dospělých: učebnice pro lékařské fakulty*. Praha: Maxdorf. Jessenius. ISBN 80-7345-034-8.

VLASÁKOVÁ, Markéta, 2020. *ERGOTERAPIE V ADIKTOLOGII – VYŠETŘOVACÍ METODY* [online]. Plzeň [cit. 2023-09-07]. Dostupné z: <https://dspace5.zcu.cz/handle/11025/41136?mode=full>. Bakalářská práce. Fakulta zdravotnických studií Západočeské Univerzity v Plzni. Vedoucí práce Mgr. Kateřina Svěcená, Ph.D.

VOTAVA, Jiří, 2001. Rehabilitace osob po cévní mozkové příhodě. *Neurologie pro praxi* [online]. (4), 184-189 [cit. 2023-07-06]. Dostupné z: <https://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2001/04/06.pdf>

VYSKOTOVÁ, Jana, Ivana KREJČÍ a Kateřina MACHÁČKOVÁ. *Terapie ruky*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2021. ISBN 978-80-244-5767-3.

WEIL, Zachary M., John D. CORRIGAN a Kate KARELINA, 2018. Alcohol Use Disorder and Traumatic Brain Injury. *Alcohol research* [online]. **39**(2), 171-180 [cit. 2023-07-31]. PMID:31198656. Dostupné z: <https://arcr.niaaa.nih.gov/co-occurring-alcohol-use-disorder-and-post-traumatic-stress-disorder/alcohol-use-disorder-and-traumatic-brain-injury>

WEST, Robert. *Models of addiction* [online]. Spain: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2013 [cit. 2023-02-23]. ISBN 978-92-9168-652-0. Dostupné z: https://www.emcdda.europa.eu/publications/insights/models-addiction_en

WHEELER, Steven et al., 2017. Occupational Therapy Interventions for Adults With Traumatic Brain Injury. *The American Journal of Occupational Therapy* [online]. 2017-05-

01, **71**(3), 7103395010p1-7103395010p3 [cit. 2023-07-06]. ISSN 0272-9490. Dostupné z: doi:10.5014/ajot.2017.713005

ZAMORANO, David P. et al. 2019. Perioperative Management of the Orthopaedic Patient and Alcohol Use, Abuse, and Withdrawal. *Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons* [online]. **27**(6), 249-257 [cit. 2023-02-16]. ISSN 1067-151X. Dostupné z: doi:10.5435/JAAOS-D-17-00708

ZEHRA, Amna, et al., 2018. Cannabis Addiction and the Brain: a Review. *Journal of Neuroimmune Pharmacology* [online]. **13**(4), 438-452 [cit. 2023-03-18]. ISSN 1557-1890. Dostupné z: doi:10.1007/s11481-018-9782-9

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ADL – Activities of daily living (běžné denní činnosti)

DMT – Dimethyltryptamin

EMCDDA – Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost

KCT – kraniocerebrální trauma

LSD – Diethylamid kyseliny lysergové

MDMA - 3,4-methylendioxymethamfetamin neboli také extáze

TEP – totální endoprotéza

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 - Skupiny návykových látek (Kalina et al., 2001)

Skupina látek	Charakteristika	Příklad látek
Tlumivé látky	Tlumí duševní a tělesnou aktivitu, inhibují aktivitu CNS.	Sedativa, hypnotika, opioidy, heroin, benzodiazepiny
Psychomotorická stimulancia	Zvyšují nervovou činnost, aktivují motoriku.	Amfetaminy, kokain, kofein, extáze (MDMA).
Halucinogeny	Způsobují změny vnímání až v podobě halucinací	LSD, kanabinoidy, Dimethyltryptamin (DMT), psilocybin.

Tabulka 2 – Rozdělení primárních kraniotraumat (Růžička, 2019)

PRIMÁRNÍ	
difuzní	
	komoce
	difuzní axonální poranění
fokální	
	kontuze
	epidurální hematom
	subdurální hematom
	subarachnoidální krvácení
	intracerebrální krvácení

Tabulka 3 – Rozdělení sekundárních kraniotraumat (Růžička, 2019)

SEKUNDÁRNÍ
edém
ischemie
intrakraniální hypertenze
herniace
vazospasmy
obstrukční hydrocefalus
normotenzní hydrocefalus
infekce

Tabulka 4 – Přehled respondentek

	respondentka č.1	respondentka č.2	respondentka č.3	respondentka č.4
délka praxe	2 roky	24 let	4,5 roku	2 roky
typ zařízení	zdravotnické	zdravotnické	sociální	zdravotnické
nejčastější typ úrazu u adiktologických pacientů	polytraumata ortopedická neurologická	polytraumata neurologická – kraniotraumata	spinální	neurologická – kraniotraumata

PŘÍLOHY

Příloha č.1 – Informovaný souhlas

Jméno a příjmení respondenta:

Já, níže podepsaný/á, souhlasím s účastí v rozhovoru v bakalářské práci (dále jen BP) studentky Michaely Haunerové s názvem "Ergoterapie u pacientů po úrazech spojených s užíváním návykových látek" a s anonymním zpracováním a využitím informací poskytnutých během rozhovoru.

Byl/a jsem obeznámen/a, že účelem rozhovoru je zachytit odborný pohled a praktické zkušenosti s rehabilitací pacientů, kteří utrpěli úrazy pod vlivem návykových látek, zaznamenat rozdíly a specifické výzvy v průběhu rehabilitace, se kterými se ergoterapeuti mohou během svých intervencí setkat. Porozuměl/a jsem účelu i průběhu rozhovoru i postupům a cílům zpracování bakalářské práce.

Rozumím, že účast je dobrovolná a že ji v BP mohu kdykoliv přerušit či zcela zrušit. Rozumím také, že mé informace budou zpracovány a použity pouze pro účely bakalářské práce a budou uchovány v anonymní formě. Veškeré údaje, které poskytnu, budou zpracovány v souladu s platnými právními předpisy týkajícími se ochrany osobních údajů.

Dále souhlasím s tím, že rozhovor, který bude prováděn, bude nahráván za účelem následného přepisu a analýzy v rámci bakalářské práce. Byla jsem informována, že nahrávka bude po přepisu ihned smazána a v případě potřeby kontroly správnosti mi byla transkripce zaslána na e-mailovou adresu. Transkripce nebude přístupná nikomu s výjimkou částí citovaných v textu práce, která bude volně dostupná online. Veškeré citované části zůstanou v anonymitě.

S mou spoluprací při tvorbě BP není spojeno poskytnutí žádné finanční ani jiné odměny. Prohlašuji, že jsem přečetl/a tento souhlas, rozumím jeho obsahu a souhlasím s ním.

Datum: **Podpis respondenta:** _____ **Podpis autora BP:** _____

Příloha č. 2 – Seznam otázek pro respondenty

1. Obecné otázky

- 1.1. Jak dlouho pracujete jako ergoterapeut?
- 1.2. V jakém typu zařízení pracujete?
- 1.3. Jaké jsou nejčastější typy úrazů, se kterými se setkáváte u pacientů užívajících návykové látky?
 - 1.3.1. Jaké bývají příčiny?
 - 1.3.2. Jak často s takovým typem pacientů přijdete do styku v rámci rehabilitace?
- 1.4. Pracujete i s jiným typem pacientů, nebo je vaše zařízení zaměřeno konkrétně na adiktologické pacienty?

2. Spolupráce s pacienty po úrazech spojených s užíváním návykových látek

- 2.1. Čím jsou adiktologičtí pacienti pro vás specifičtí, jakým způsobem vnímáte jejich odlišnost oproti terapiím jiných pacientů, kteří chronický abúzus v anamnéze nemají?
- 2.2. Jakým způsobem reagují a hodnotí pacienti ergoterapeutické intervence?

3. Průběh rehabilitace

- 3.1. Jaké specifické výzvy a obtíže často vznikají při rehabilitaci pacientů, kteří se zotavují z úrazů spojených s užíváním návykových látek?
- 3.2. Jak se liší průběh rehabilitace a plánování intervencí pro pacienty s různými druhy návykových látek (např. alkohol, drogy, psychoaktivní léky)?
- 3.3. Jaká specifická opatření nebo strategie se používají k prevenci relapsu během rehabilitačního procesu?
- 3.4. Setkal/a jste se někdy s abstinenčními příznaky během intervencí?
 - 3.4.1. Jakým způsobem jste reagoval/a či jak jste je zaznamenal/a?
 - 3.4.2. Jak jste takovou situaci řešil/a?
- 3.5. Jakým způsobem ovlivňují návykové látky pacienty během rehabilitace?
- 3.6. Mají tito pacienti náhled na svoji situaci?
 - 3.6.1. Pokud ne, jak takový problém řešíte?

4. Spolupráce s multidisciplinárním týmem

- 4.1. Spolupracujete s jinými členy multidisciplinárního týmu?
 - 4.1.1. jakým způsobem se tato spolupráce promítá v procesu rehabilitace adiktologických pacientů?
 - 4.1.2. nachází se ve Vašem zařízení adiktolog?
 - 4.1.2.1. Pokud ne, jakým způsobem řešíte překážky v procesu rehabilitace v souvislosti se závislostí?
- 4.2. Jaký vliv má podpora rodiny a sociálního prostředí na účast pacientů v terapiích?
 - 4.2.1. Zapojujete rodinné příslušníky do procesu rehabilitace?

5. Výsledky a dlouhodobé sledování rehabilitace

- 5.1. Jak ergoterapeuti podporují a motivují pacienty k trvalé změně životního stylu a prevenci opakovaného úrazu v kontextu jejich návykového chování?
- 5.2. Setkala jste se někdy s pacienty, kteří měli časté absence v ambulantních terapiích?
 - 5.2.1. Z jakých důvodů k nim nejčastěji docházelo?
 - 5.2.2. Byla rehabilitace úspěšně dokončena? Ukončil ji předčasně sám pacient?
 - 5.2.3. Řešila jste někdy takové situace? Jakým způsobem?
 - 5.2.4. Jaký je dopad častých absencí na terapeutický proces a výsledky léčby u těchto pacientů?
- 5.3. Vnímáte nějaké rozdíly v domácí přípravě, autoterapii oproti jinému typu pacientů?
- 5.4. Jakým způsobem se pacienti zapojují v terapii?
- 5.5. Co motivuje adiktologické pacienty dosáhnout svých cílů v rehabilitaci?