

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ
Studijní program: Specializace ve zdravotnictví (B5345)

Markéta Vlasáková

Studijní obor: Ergoterapie (5342R002)

**ERGOTERAPIE V ADIKTOLOGII – VYŠETŘOVACÍ
METODY**
Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Kateřina Svěcená, Ph.D.

PLZEŇ 2020

Čestné prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne

.....

Vlastnoruční podpis

ABSTRAKT

Příjmení a jméno: Vlasáková Markéta

Katedra: Katedra rehabilitačních oborů

Název práce: Ergoterapie v adiktologii – vyšetřovací metody

Vedoucí práce: Mgr. Kateřina Svěcená, Ph.D.

Počet stran - číslované: 46

Počet stran – nečíslované: 25

Počet příloh:4

Počet titulů použité literatury: 35

Klíčová slova: Ergoterapie, adiktologie, vyšetřovací metody

Vlastní text:

Bakalářská práce se zabývá tématem „Ergoterapie v adiktologii – vyšetřovací metody“. Cílem práce bylo zjistit, aplikovatelnost zvolených vyšetřovacích metod u klientů se závislostí na návykových látkách. V teoretické části se práce zabývá adiktologickou problematikou z pohledu ergoterapie, rolí ergoterapeuta u klientů se závislostí a v poslední části různými typy vyšetřovacích metod používaných u této cílové skupiny. V praktické části je obsažena charakteristika sledovaného vzorku, metodika sběru dat a podrobně popsány výsledky zvolených vyšetřovacích metod u jednotlivých respondentů.

ABSTRACT

Surname and name: Vlasáková Markéta

Department: Department of Rehabilitation

Title of thesis: Occupational Therapy in Addictology – Examination Methods

Consultant: Mgr. Kateřina Svěcená, Ph.D.

Number of pages - numbered: 46

Number of pages – unnumbered: 25

Number of appendices: 4

Number of literature items used: 35

Key words: Occupational therapy, addiction, examination methods

Full text:

The main purpose of this thesis “Occupational Therapy in Addictology – Examination Methods” is to identify how applicable are different kind of examination methods for clients with addiction to drugs and other addictive substances. In the theoretical part this thesis explains addictology theme through occupational therapy, observes the role of the occupational therapist at work with clients with addictive substances abuse or addiction and at the end of the theoretical part it explains different kinds of examination methods used particularly with this kind of clients. The practical part is a research of observed objects, their characteristics and detailed description of results of chosen examination methods used at individual clients.

PŘEDMLUVA

V rámci školní výuky jsem se s problematikou využití ergoterapie v adiktologii nesetkala, ale osobně si myslím, že role ergoterapeuta zde má své opodstatnění a proto jsem si jej zvolila jako téma bakalářské práce. Jejím cílem bylo zjistit, jaká je aplikovatelnost zvolených vyšetřovacích metod u klientů se závislostí na návykových látkách.

Poděkování:

Děkuji Mgr. Kateřině Svěcené, Ph.D. za odborné vedení práce, poskytování rad a materiálních podkladů.

OBSAH

SEZNAM OBRÁZKŮ	10
SEZNAM TABULEK	11
SEZNAM ZKRATEK	12
ÚVOD.....	13
TEORETICKÁ ČÁST	15
1 ZÁVISLOST Z POHLEDU ERGOTERAPIE	15
1.1 Diagnostická kritéria	15
1.2 Typy závislostí	16
2 ERGOTERAPEUT JAKO SOUČÁST MULTIDISCIPLINÁRNÍHO TÝMU V ADIKTOLOGII	17
3 ZÁKLADNÍ RÁMCE VZTAHŮ V ERGOTERAPII U ADIKTOLOGICKÝCH KLIENTŮ	18
4 ROLE ERGOTERAPEUTA U ADIKTOLOGICKÝCH KLIENTŮ	19
4.1 Soběstačnost	19
4.2 Kognitivní funkce.....	20
4.3 Relaps a role ergoterapeuta	20
4.3.1 Edukace	21
4.3.2 Náprava zkresleného myšlení.....	22
4.3.3 Prevence procesu primingu	22
4.3.4 Přijetí nových rolí	23
4.3.5 Časový harmonogram a aktivity pro volný čas	23
4.3.6 Zvládání stresu.....	23
4.3.7 Rozvoj sociálních dovedností.....	24
5 VYŠETŘOVACÍ METODY U ADIKTOLOGICKÝCH KLIENTŮ Z POHLEDU ERGOTERAPIE	26
5.1 Nástroje pro ergoterapeutické hodnocení v adiktologii	27
5.1.1 Možnosti pro hodnocení soběstačnosti u adiktologických klientů	28
5.1.2 Možnosti pro hodnocení kognitivních funkcí u adiktologických klientů ..	31
5.1.3 Možnosti pro sebehodnocení u adiktologických klientů	34
5.1.4 Možnosti pro hodnocení povolání	36
PRAKTICKÁ ČÁST	37
6 CÍL A ÚKOLY PRÁCE	37
7 VÝZKUMNÁ OTÁZKA	38

8	CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU	39
9	METODIKA PRÁCE	41
9.1	Postup sběru dat	41
9.2	Etické hledisko	42
9.3	Metody získání a zpracování dat	42
9.3.1	Hodnocení soběstačnosti	42
9.3.2	Hodnocení kognitivních funkcí	43
9.3.3	Sebehodnotící dotazníky	43
10	VÝSLEDKY	44
10.1	Škála instrumentálních všedních činností podle Lawtona	44
10.2	Montrealské kognitivní hodnocení	46
10.3	Rosenberg Self-Esteem Scale	49
11	DISKUZE	54
	ZÁVĚR	58
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	60
	SEZNAM PŘÍLOH	64
	PŘÍLOHY	65
	Příloha 1 Informovaný souhlas pracoviště	65
	Příloha 2 Test instrumentálních všedních činností	66
	Příloha 3 Montrealské kognitivní hodnocení	67
	Příloha 4 Rosenberg Self-Esteem Scale	71

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Graf Škála instrumentálních všedních činností – výsledky respondentů.....	46
Obrázek 2 Graf Montrealské kognitivní hodnocení	49
Obrázek 3 Graf Rosengerg Self-Esteem Scale – výsledky respondentů.....	51
Obrázek 4 Sumarizační graf respondentů.....	52

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Souhrn rámců vztahů používaných v ergoterapii u psychosociálních postižení (upraveno podle Finlay, 1993).....	18
Tabulka 2 Škála instrumentálních všedních činností	45
Tabulka 3 Montrealské kognitivní hodnocení	48
Tabulka 4 Rosenberg Self-Esteem Scale.....	49
Tabulka 5 Znění otázek dotazníku Rosenberg Self-Esteem Scale	50

SEZNAM ZKRATEK

ADL – Activity of daily living

APMS - Assessment of Motor and Process Skills

CLQT- Cognitive Linguistic Quick Test

GSF - The General Self-Efficacy Scale

IADL - Instrumental Activities of Daily Living

LOTCA - Loewenstein Occupational Therapy Cognitive Assessment

MKN - Mezinárodní klasifikace nemocí

MoCA - Montrealské kognitivní hodnocení

NICE - National Institute for Health and Clinical Excellence

PADL - Personal Activities of Daily Living

RP – Relapse prevention

RSE Rosenberg Self-Esteem Scale

ÚVOD

Výzkum vlivu dlouhodobého užívání návykových látek na lidskou psychiku vychází z problematiky užívání alkoholu, které je podrobováno zkoumání od sedmdesátých let minulého století a má tedy relativně dlouhou tradici (Ridley, Draper, & Withall, 2013).

Morfologické změny spojené s úbytkem mozkové tkáně u dlouhodobých uživatelů alkoholu jsou díky magnetické rezonanci lokalizovány především ve strukturách limbického systému, temporálního a frontálního laloku a cerebellu (Bates, Buckman, & Nguyen, 2013).

V důsledku morfologických změn mají dlouhodobí uživatelé poškozenou krátkodobou paměť, prostorovou představivost a exekutivní funkce (např. rozhodování, řešení problémů, inhibici či mentální flexibilitu). Další poškození jsou detekována v percepčních, řečových a motorických schopnostech. Studie prokázaly, že u dlouhodobých uživatelů alkoholu je mozek menší, lehčí a ochablější, nežli u populace stejného věku a pohlaví, která alkohol neužívá (Yücel, 2007). To koresponduje se závěry uvedenými v článku *Cognitive impairments in abstinent alcoholics* (Fein, Bachman, Fisher, & Davenport, 1990), že 50-70% osob, u nichž byl diagnostikován syndrom závislosti na alkoholu, vykazovalo v porovnání s běžnou populací neurokognitivní deficit.

Výzkum škodlivosti alkoholu dodnes jednoznačně neodpověděl na míru proporcionality mezi dobou užívání a mírou poškození kognitivních funkcí. Některé studie uvádějí, že kognitivní deficit nastává přibližně po deseti letech nadměrného užívání (Yücel, 2007). V potaz musíme rovněž vzít dopad traumat, která u osob vznikají v souvislosti s užíváním alkoholu a mohou mít pro dotyčné závažnější důsledky včetně fatálních (Solomon, & Malloy, 1992).

Neuropsychologická rehabilitace se díky poznatkům o plasticitě nervového systému ukazuje velmi perspektivní. Plasticitu definuje (Kulišťák, 2011), jako schopnost mozkové kapacity modifikovat svou strukturu nebo funkci, jako odpověď na učení. V širokém významu lze vymezit funkční adaptaci člověka s mozkovým poškozením na běžné denní činnosti, kterými jsou například sebeobsluha, náplň volného času, upravený výkon povolání či plnění dalších sociálních a privátních funkcí. V užším pojetí se neuropsychologickou rehabilitací rozumí systematické úsilí o zlepšení mozkových deficitů

narušujících na některých úrovních zpracování informací přicházejících do mozku zevnitř i z vnějšku organismu. Cílem je snaha o znovunabytí ztracených nebo narušených funkcí v důsledku mozkového poškození (Kulišťák, 2011).

Pole ergoterapie v léčbě závislostí a duševního zdraví má silné historické postavení, přesto v současné době není příliš rozšířené. Podle Penny Moyersové, děkanky Zdravotnické školy Henrietta Schmoll University sv. Kateřiny, se však v poslední době více ergoterapeutů přesouvá zpět k léčbě závislostí na návykových látkách a duševního zdraví (Moyers in Steiner, 2017). Přestože byla ergoterapie v léčbě závislostí uznána, není v současné době dostatečně prozkoumána (Brouwn, 2012). Ergoterapie ve skutečnosti začala v duševním zdraví, myšlenkou bylo, že se lidé musí zapojit do povolání, aby se cítili duševně zdraví (Engman in Steiner, 2017). Ergoterapie má tedy nezastupitelnou roli i v oblasti léčby závislostí. Klienti zjišťují, že když se dostanou zpět do zdravého životního stylu plného zodpovědných a zábavných aktivit, zůstanou střízliví déle (Moyers in Steiner, 2017). Podle Engman nelze k práci zaujmout univerzální přístup. Ne každý bude chtít pletenou čepici nebo vyrobit kartu. Ve své praxi využívá přístup zaměřený na klienta, společně se snaží nalézt aktivity, které mají pro klienta smysl a pomohou mu tak v integraci do sociálního života. (Engman in Steiner, 2017)

Cílem této práce je zjistit, jaká je aplikovatelnost zvolených vyšetřovacích metod u klientů se závislostí na návykových látkách.

TEORETICKÁ ČÁST

1 ZÁVISLOST Z POHLEDU ERGOTERAPIE

Na závislost lze obecně nahlížet z několika pohledů, jedním z nich je pohled biomedicínský, kdy se na závislost nahlíží jako na nemoc, čili jako na poruchu mozkových funkcí. S tímto pohledem pracuje zejména lékař při určování diagnózy a typu závislosti. V současné době je aktuální nejen pohled biomedicínský, ale i pohled biopsychosociálně duchovní, který navíc zahrnuje rozměry psychických funkcí, dynamického vývoje mezilidských vztahů a jejich vzájemné podmiňování. V neposlední řadě je další uplatňovanou metodou, která navazuje na předešlé pohledy „harm reduction“, tato metoda je určena k minimalizaci již vzniklých škod a současně se zaměřuje na opatření potřebná k ochraně veřejného zdraví. Z tohoto pohledu má zde svou opodstatněnou úlohu součinnost psychologa spolu s ergoterapeutem a adiktologem (Hradecká Lenka, 2011).

1.1 Diagnostická kritéria

Návykové nemoci lze velmi často detekovat až na základě informací z okolí klienta či netypických laboratorních nálezů, s nimiž lékař v rámci své diagnózy pracuje. Neboť první kontakt lékaře s klientem nemusí poskytnout dostatek validních dat pro stanovení diagnózy. (Nešpor, 2019) *„Diagnostické kategorie se v Mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN- 10) označují kódy F10 až F19 podle skupin látek, které poruchu vyvolávají. Za tečkou následně typ poruchy. Kupříkladu závislost na alkoholu se kóduje F10.2 (číslo 0 před desetinou tečkou odpovídá alkoholu a číslo 2 za ní závislosti). Pojem „psychoaktivní látka“ není v systému MKN-10 definován, ale lze v něm najít, o jaké skupiny látek se jedná:*

- *F10.x Poruchy vyvolané účinkem alkoholu;*
- *F11.x Poruchy vyvolané účinkem opiátů (např. heroinem);*
- *F12.x Poruchy vyvolané účinkem kanabinoidů (např. marihuannou);*
- *F13.x Poruchy vyvolané účinkem sedativ nebo hypnotik;*
- *F14.x Poruchy vyvolané účinkem kokainu;*
- *F15.x Poruchy vyvolané účinkem jiných stimulantů (např. pervitinem);*

- *F16.x Poruchy vyvolané účinkem halucinogenů;*
- *F17.x Poruchy vyvolané účinkem tabáku;*
- *F18.x Poruchy vyvolané účinkem organických rozpouštědel;*
- *F19.x Poruchy vyvolané účinkem několika látek nebo jiných psychoaktivních látek“ (Nešpor, 2019, s. 12-13)*

1.2 Typy závislostí

Psychická a fyzická závislost se většinou rozvíjejí současně. Zatímco psychická závislost je definována symptomovým komplexem, jehož jádro tvoří neodolatelné nutkání, které se projevuje narušenou kontrolou užívání, zaujetí užíváním a také pokračováním v užívání, a to navzdory jeho následkům. Psychická závislost se vyskytuje u tetrahydrokanabinolů, amfetaminů, nebo nikotinu. Naproti tomu fyzická závislost je definována růstem tolerance a výrazným somatickým odvykacím stavem. Součástí této závislosti je odvykací stav s fyzickým nutkáním. Nevolnost, pocení, bolesti hlavy, změny tělesné teploty či změny krevního tlaku jsou klasickými projevy abstinenčního syndromu. Fyzickou závislost způsobují opioidy a benzodiazepiny (Jeřábek in Kalina, 2015).

2 ERGOTERAPEUT JAKO SOUČÁST MULTIDISCIPLINÁRNÍHO TÝMU V ADIKTOLOGII

Závislost je recidivující, chronické onemocnění úzce spojené s prostředím, výkonem povolání a též psychosociálním prostředím jedince. Do procesu rehabilitace závislostí je nutné zapojit ergoterapii (Gutman, 2006). Kalina ve své knize *Základy klinické adiktologie* uvádí, že adiktologie je multidisciplinární obor, zaměřující se nejen na prevenci, léčbu a výzkum užívání návykových látek, ale i dopady na jedince, společnost, na sociální reintegraci osob, které strádají v důsledku forem závislostního chování (Kalina, 2018).

Součástí multidisciplinárního týmu, který se podílí na léčbě závislosti, by měl být psychiatr, psycholog, adiktolog, ergoterapeut, sociální pracovník, aktivizační pracovník a zdravotní sestra.

Celý multidisciplinární tým má společnou snahu eliminovat negativní důsledky užívání návykových látek. Vzájemné čerpání poznatků obohacuje všechny obory. Ergoterapii můžeme v oblasti užívání návykových látek vnímat jako součást léčebného procesu závislostního chování. Na základě výše uvedených faktů má ergoterapie opodstatněnou roli i v adiktologii, neboť jedinci se závislostí vykazují změny v oblasti psychosociální, kognitivní a též fyzické.

3 ZÁKLADNÍ RÁMCE VZTAHŮ V ERGOTERAPII U ADIKTOLOGICKÝCH KLIENTŮ

Pro použití psychosociálních rámců vztahů, musí mít ergoterapeut znalosti v oblasti psychologických přístupů a směrů. Tyto znalosti jsou základní, pokud chce ergoterapeut hodnotit a terapeuticky ovlivňovat klienta v intrapersonální a interpersonální oblasti. Rámce vztahů, které ergoterapeut využívá při terapii, jsou behaviorální, kognitivně-behaviorální, psychodynamický (analytický), humanistický. (Krivošíková, 2011)

Tabulka 1 Souhrn rámců vztahů používaných v ergoterapii u psychosociálních postižení (upraveno podle Finlay, 1993)

rámce vztahů	hlavní koncepty	zaměření hodnocení	léčebné aktivity
behaviorální	učení a podmiňování chování	pozorovatelné chování	behaviorální terapie modifikované chování
kognitivně- behaviorální	Myšlení emoce sebekontrola a seberegulace sebeuplatnění sebeuvědomění náhled	výkon činnosti dovednosti chování	trénink dovedností trénink praktických činností
psychodynamický	vývojová stádia dynamické nevědomí	nevědomé potřeby vztahy struktura ega	psychoterapie kreativní aktivity projektivní aktivity
humanistický	Sebepojetí autonomie svoboda potřeby - pocity	sebepojetí potřeby situace	kreativní terapie činností, které jsou pro člověka významné

Zdroj: Krivošíková 2011

4 ROLE ERGOTERAPEUTA U ADIKTOLOGICKÝCH KLIENTŮ

Ergoterapeut může klientovi se závislostí výrazně pomoci nejen v jeho opětovném navrácení do jeho běžného života, ale i, jak uvádí Nešpor, při začátcích abstinence, kdy může dojít k oslabení kognitivních funkcí (Nešpor, 2019). Zde ergoterapeut může tréninkem posílit postižené oblasti paměti, pozornosti, myšlení, orientace, učení. V tomto období by se neměla diagnostikovat alkoholická demence, protože velmi často dochází v prvních měsících překvapivě k reverzibilitě kognitivních funkcí. V opačném případě je třeba uvažovat o dlouhodobém pobytu v chráněném prostředí. Mezi reverzibilní poruchy patří: bažení, intoxikace, kocovina, odvykací stav, dehydratace, hypoglykemie, deficit thiaminu, zástava neurogeneze (vytváření nových mozkových buněk) v hippocampu (Nešpor, 2019). V období, kdy klient vykazuje výše zmíněné reverzibilní poruchy, se ergoterapeut nepodílí na rehabilitaci.

Z výše uvedeného tedy vyplývá, že role ergoterapeuta u klientů se závislostí na návykových látkách je zaměřena především na nácvik soběstačnosti, trénink kognitivních funkcí a prevenci relapsu. Neoddělitelnou součástí je i oblast pracovního zařazení klienta, na kterém se ergoterapeut v rámci terapie taktéž podílí. Výše uvedené oblasti jsou pro pracovní zařazení důležité, proto by jim měla být věnována pozornost především v začátcích terapie.

4.1 Soběstačnost

Nezastupitelnou doménu v práci ergoterapeuta představuje nácvik soběstačnosti, výjimkou tomu není ani v oblasti psychiatrie. Aktivity běžných denních činností (ADL) jsou aktivity výrazně se podílející na opětovném zařazení klienta do společnosti. ADL činnosti jsou prováděné automaticky, liší se podle pohlaví, věku, denního režimu a též podle individuálních návyků jedince. Tyto činnosti mají vztah ke kulturnímu prostředí klienta (Klusoňová, 2011). Pokud klient nezvládá tyto aktivity, které jsou pro jeho nezávislost důležité, ztrácí sebevědomí, motivaci a následně tak může dojít k narušení jeho sociálních rolí (Krivošíková, 2011). Ergoterapeut by měl při nácviku ADL vycházet z cílů, které stanoví společně s klientem a jeho funkčních schopností. Při terapii pak stupňovat náročnost činností a klienta již od samého začátku zapojovat do řešení problémů (Klusoňová, 2011).

4.2 Kognitivní funkce

Z výše uvedeného vyplývá, že se ergoterapeut podílí též na kognitivním tréninku a to převážně v počátku abstinence, kdy jsou poruchy kognitivních funkcí velmi často dočasné. Trénink by měl být individuální a to z toho důvodu, že deficit kognitivních funkcí koreluje s typem užívané látky:

- kokain - deficit v kognitivní flexibilitě (Kelley et al., 2005 in Thomas J. Gould, Ph.D., 2010);
- amfetamin - deficit v pozornosti a impulsní kontrole (Dalley a kol., 2005 in Thomas J. Gould, Ph.D., 2010);
- opioidy - deficit kognitivní flexibility (Lyvers a Yakimoff, 2003 in Thomas J. Gould, Ph.D., 2010);
- alkohol - deficit v pracovní paměti a pozornosti (Moriyama et al., 2006 in Thomas J. Gould, Ph.D., 2010);
- konopí - deficit kognitivní flexibility a pozornosti (Pope, Gruber a Yurgelun-Todd, 2001 in Thomas J. Gould, Ph.D., 2010);
- nikotin - deficit v pracovní paměti a deklarativním učení (Kenney a Gould, 2008 in Thomas J. Gould, Ph.D., 2010).

Zatímco kognitivní deficity spojené s vysazením drog jsou často dočasné, dlouhodobé užívání může také vést k přetrvávání kognitivního poklesu. Povaha deficitů se liší podle konkrétní drogy, prostředí a genetického složení uživatele. Obecně však narušují schopnost učit se nové vzorce myšlení a chování, které jsou nezbytné k úspěšné reakci na léčbu a následnému zotavení. (Thomas J. Gould, Ph.D., 2010)

4.3 Relaps a role ergoterapeuta

Prevence relapsu je široce používanou intervencí založenou na kognitivní behaviorální terapii. Marlatt a Gordon (2005) popisují Relapse Prevention (dále jen RP), jako samosprávný program určený k posílení abstinence. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) (2007) doporučuje, aby byl tento přístup nabízen pouze těm klientům, kteří mají současně existující úzkost a depresi. RP se zaměřuje na sebekontrolu,

techniky a strategie zaměřené na zlepšení udržování změn návyků. Je to program sebeovládání, který kombinuje výcvik v oblasti behaviorálních dovedností, kognitivní intervence a postupy měnící životní styl (Wanigaratne et al., 1990). RP přístup využívá kognitivní behaviorální strategie, které pomáhají lidem naučit se předvídat a řešit situace a problémy, které by mohly vést k relapsu (Wanigaratne et al., 1990). Zaměřuje se na představy o vysoce rizikových situacích a strategie zvládnání dostupné klientovi. Výzkum ukazuje, že lidé, kteří jsou si vědomi potenciálních relapsů a kteří používají specifické strategie, mohou účinně snížit riziko relapsu (Litman 1980; Kirby et al., 1995).

Některé z problémů, kterými se může zabývat ergoterapie, lze rozdělit do tří profesních výkonnostních oblastí: práce, péče o sebe a volný čas. Nejedná se však o zcela oddělené oblasti, všechny lze řešit současně zapojením do smysluplné činnosti. Intervence, je obvykle prostřednictvím individuální či skupinové terapie, jejímž cílem je rozvíjet výkonnostní složky v různých oblastech, například naučit se vypořádat s úzkostí bez alkoholu, nebo říkat „ne“, pokud jim budou nabízeny drogy. Individuální terapie se může zaměřit na zdokonalení konkrétních komponentů prostřednictvím stanovení cílů (Lancaster, Chacksfield, 2014).

Podle Gutmana ergoterapeut může klientovi se závislostí pomoci v následujících intervenčních oblastech. První oblastí je edukace, při které je důležité informovat klienta a rodinu o procesu závislosti. Druhou oblastí je zkrácené myšlení, které doprovází proces závislosti v důsledku zneužívání návykových látek, dále pak naučit klienta vyhýbat se stimulům spojených s užíváním návykových látek, které mohou působit jako spouštěče k opětovnému užití. Následně vybudovat nové role, činnosti, návyky a rutiny, které nejsou spojené s užíváním návykových látek. Další oblasti zahrnují učení technik zvládnání stresu pro lepší řešení konfliktů a práci s emocemi, které mohou přispět k relapsu a získání odpovídajících sociálních dovedností, které mohou nahradit maladaptivní chování získané při vyhledávání drog. (Gutman, 2006)

4.3.1 Edukace

Spolu s dalšími členy léčebného týmu by ergoterapeut měl poskytovat informace klientům a jejich rodinám o procesu závislosti. Klient a členové rodiny musí pochopit, že závislost je chronické onemocnění, které je často charakterizováno střídáním období relapsů a remise. Stejně tak musejí přijmout fakt, že v důsledku neurologických změn vyplývajících ze zneužívání návykových látek je zotavení často zdlouhavý proces, který

může vyžadovat několik pokusů o rehabilitaci. Pokud k relapsu dojde, je nutné rodině sdělit skutečnost, že z velké části tento stav způsobuje aktivace neurologických mechanismů, spíše než morální slabost či slabá vůle.

4.3.2 Náprava zkresleného myšlení

Důležitým rysem závislostního procesu, který v současnosti nemá farmaceutickou podporu, jsou změny v učení a paměti, které narušují vnímání výhod a rizik spojených s užíváním návykových látek. Ergoterapeut může pomoci klientům napadnout jejich zkreslené myšlení porovnáním výhod zneužívání návykových látek se skutečnými dopady, jako je poškození zdraví, rodiny, zaměstnání či financí. Motivace k udržení abstinence je snazší v případě, že jsou klienti schopni plně kognitivně a emočně porozumět škodlivým účinkům, které jejich zneužívání návykových látek způsobilo členům rodiny, přátelům, a jejich osobním životním cílům. Často je vhodné vést sezení společně s rodinnou či přáteli klienta, kterým jeho užívání návykových látek ublížilo (Csiernik, 2002), ale podle Eells je naopak důležitější vystavit klienty konfrontaci s lidmi, kteří mají stejnou osobní zkušenost a zotavili se z chronické závislosti. Ti mohou sloužit jako vzor a posílit tak klientovo odhodlání k udržení abstinence. Tento přístup umožňuje konfrontovat a napadat klientovo zkreslené vnímání kladů a záporů spojených s užíváním návykových látek mnohem efektivněji, než terapeuti a členové rodiny (Eells, 1991 in Gutman, 2006).

4.3.3 Prevence procesu primingu

V rámci ergoterapeutického procesu je též důležité klienta přivést k závěru (musí si ho vytvořit sám), že návrat do původního prostředí a k původním vztahům zvyšuje riziko relapsu a tudíž je nezbytné, aby si postupně vytvářel nové sociální vazby a v jejich důsledku i nové sociální zázemí. Intenzivní touha po návykové látce aktivována smyslovou stimulací se nazývá priming. Tento stav v současné době farmakoterapie neřeší. Vzhledem k výše uvedenému a s ohledem na fakt, že priming je neurologický jev, doporučuje se prevence jako nejefektivnější přístup řešení. Klient se závislostí v rámci ergoterapie se musí naučit jak eliminovat vyvolání primingu a relapsu, k čemuž je nezbytně nutné se vyhnout situacím, které tyto stavy vyvolávají. Z tohoto důvodu je nutné definovat situace spouštějící touhu užití. Tyto vysoce rizikové situace je třeba nejprve klientem identifikovat, poté vytvořit a dodržovat strategie, které vzniku rizikovým situacím zabrání. Pro maximalizaci efektu tvorby strategií je vhodné, aby dovednosti byly praktikovány

v rámci skupiny, neboť v takovémto prostředí dochází k interakci s ostatními klienty (Leshner, 2000; Wand, 1998).

4.3.4 Přijetí nových rolí

V rámci ergoterapie se klient může naučit nové činnosti, které mohou podporovat rozvoj rolí nesouvisejících s užíváním návykových látek. To je zvláště důležité, pokud užívání návykových látek začalo rekreačně nebo pokud se provádělo v rámci skupiny vrstevníků. Role a činnosti, které byly spojené se zneužíváním návykových látek, musí být vyměněny za ty, které nemají vztah k dřívějším zvyklostem souvisejícím s vyhledáváním a užíváním drog. Klient musí pochopit, že účast v bývalých rolích, návycích a rutinách spojených se zneužíváním návykových látek může vyvolat relaps. Pokud klient nerozumí důležitosti změny rolí, činností a není motivován vyhnout se situacím spojených s užíváním, relaps je vysoce pravděpodobný (Gutman, 2006).

4.3.5 Časový harmonogram a aktivity pro volný čas

Jedním z hlavních cílů ergoterapeuta je při terapii nalezení vhodných aktivit, které klientovi vyplní nevyužitý čas (Gutman, 2006). Klienti se musí vyhnout činnostem, návykům a rutinám spojeným s minulým užíváním návykových látek. Z tohoto důvodu musí být schopni řídit svůj čas a rozvíjet počet aktivit pro volný čas. Stává-li se proces závislosti chronickým, lidé mají tendenci trávit větší množství času činnostmi, které s užíváním souvisejí, tedy zajištění peněz na drogy, získávání drog, konzumace látek a intoxikace, spánek a následné opakování tohoto cyklu. V době abstinence klienti získají 16 až 18 hodin neobsazeného času, který byl dříve využíván v souvislosti s užíváním, a právě tento čas je pro znovu užití rizikový (Helbig a McKay, 2003; Kwitny, 1998; Leshner, 2000).

4.3.6 Zvládání stresu

Ergoterapeuti mohou klientům pomoci naučit se techniku zvládání stresu, která se snaží o zvládání emocí a environmentálních stresorů. Je běžné, že lidé užívají návykové látky k maskování nepříjemných emocí. Když klienti abstinují, tyto emoce se často objevují. Ergoterapeuti mohou klienty naučit řadu technik zvládání stresu - meditace, vizualizace, progresivní svalová relaxace. Osvojené techniky klientům pomáhají lépe snášet emoce hněvu, smutku a strachu, aniž by užili návykovou látku (Buijsse, Woody a Davis, 1999). Pro terapeuty je důležité pochopit, že abstinence je obvykle doprovázena

dysforickou náladou a úzkostí. Tyto stavy se objevují v důsledku neurochemických změn, ke kterým dochází během abstinence. V reakci na užívání návykových látek se hladiny dopaminu v mozku abnormálně zvyšují. Při abstinenci abnormálně zvýšené hladiny dopaminu rychle mizí, což způsobuje depresi a úzkost (Goldman, Barr, 2002). Někteří lékaři obhajují používání antidepresiv a léků proti úzkosti, aby zmírnili tyto stavy, které často způsobují, že lidé pokračují v užívání návykových látek. Jiní varují před použitím jakýchkoli léků, které by mohly způsobit fyzickou závislost u lidí s poruchami závislosti (Leshner, 2000).

4.3.7 Rozvoj sociálních dovedností

Hospitalizaci, vězení, pouliční život a bezdomovectví lze běžně zažít v důsledku chronické závislosti. Lidé si mohou osvojit dysfunkční chování, aby se chránili před riziky existujícími ve výše uvedených situacích a před případným poškozením spojeným s chováním při hledání drog. V důsledku toho mohou být sociální dovednosti, řešení problémů maladaptivní či zcela chybějící. Chování, které umožnilo jedinci se závislostí bezpečně fungovat v patologickém prostředí je však často považováno za nevhodné v běžném životě a může tak bránit osobě v šanci převzít životní roli. Ergoterapeuti mohou klientům pomoci procvičit a naučit se potřebné sociální dovednosti a to formou skupinové terapie. Praxe by měla zahrnovat specifické situace, s nimiž se klienti pravděpodobně setkají, když se pokusí převzít požadované role ve společnosti. Dovednosti komunikovat s ostatními společensky přijatelnými způsoby a řešit konflikty neagresivně může snížit stres, který by mohl vyvolat relaps (Buijsseet al., 1999; Kwitny, 1998).

Zatímco některé z výše uvedených intervenčních strategií mohou být implementovány jinými zdravotnickými pracovníky, je důležité rozeznat rozdíly v přístupu k léčbě mezi ergoterapií a jinými službami. Mnoho jiných zdravotnických pracovníků používá „talk terapi“ jako primární prostředek intervence, ergoterapeuti však používají k řešení problémových oblastí modelové situace s cílem obnovit role, které se staly nefunkčními v důsledku závislosti. Používání modelových situací v přirozeném prostředí může být účinnější než „talk terapi“ implementovaná v umělém prostředí v léčebném zařízení. Někteří vědci naznačují, že dovednosti potřebné k odolávání návykovému chování lze nejlépe získat v přirozeném prostředí. Taková nastavení ergoterapeutovi umožňují pozorovat spouštěče ve skutečném životě, které mohou klienty potkat, zatímco

umělá prostředí toto neumožňují (Calsyn, Morse, Klinkenberg, Lemming, 2004; Davis, Jason, Ferrari, Olson a Alvarez, 2005).

5 VYŠETŘOVACÍ METODY U ADIKTOLOGICKÝCH KLIENTŮ Z POHLEDU ERGOTERAPIE

„Vyšetření je součástí ergoterapeutického procesu. Na vyšetření navazuje sestavení ergoterapeutického plánu a terapie. V průběhu vyšetření ergoterapeut získává informace, které mu pomohou pochopit klienta a jeho situaci. Při řešení problému je cílem vyšetření tento problém pochopit a stanovit, jaký vliv má deficit na provádění zaměstnávání. Vyšetření ergoterapeuta má přímou souvislost s léčbou. Bez efektivního a přesného vyšetření a posouzení problému klienta, nelze provádět kvalitní léčbu“ (Krivošíková, 2009, s. 138). Ergoterapeut by měl být součástí multidisciplinárního týmu, neboť jeho úloha má své opodstatnění. Vyšetřovací metody používané u adiktologických klientů v rámci ergoterapie přináší velmi důležité informace k nastavení vhodného ergoterapeutického plánu a následné terapie.

Hojně používanou metodou jsou strukturované dotazníky. Cílem strukturovaných dotazníků je prozkoumat závažnost závislosti, rozsah a složitost problémů spojených s užíváním návykových látek a motivaci k účasti na léčbě, nebo změně chování při užívání návykových látek. Ergoterapeutické hodnocení nám přispívá ke zjištění rehabilitačního potenciálu. (Brynat, 2014)

Ergoterapie zkoumá tři oblasti (American Association of Occupational Therapy, 1994).

- Výkon zaměstnávání, jako jsou činnosti každodenního života, volný čas, samoobsluha a práce. Užívání návykových látek ovlivňuje každou z těchto oblastí různými způsoby. Zneužívání návykových látek a závislost narušují rovnováhu mezi prací, péčí o sebe a volným časem (Busuttill 1989; Lindsay 1983; Chacksfield 1994; Morgan 1994; Nicol 1989; Rotert 1990).
- Složky výkonu zaměstnávání (senzomotorické, kognitivní, psychosociální a psychologické) užívání návykových látek může mít krátkodobé i dlouhodobé účinky na složky výkonu. Výzkum v oblasti ergoterapie naznačil, že nízká motivace a nízká sebeúcta jsou typickými znaky této cílové skupiny. (Stoffell et al., 1992; Viik et al., 1990).

- Kontext výkonu – např. čas, věk, faktory fyzického, sociálního, kulturního a organizačního prostředí. Klient, který se po propuštění vrací do stejného životního stylu, se pravděpodobně vrátí k užívání návykových látek. Bude tedy potřeba do terapie zařadit strategii zvládání stresových situací a překážek v běžném životě, které mohou vést k relapsu (Brynat, 2014).

5.1 Nástroje pro ergoterapeutické hodnocení v adiktologii

V ergoterapii existují různé typy hodnocení – některé jsou standardizované, jiné jsou neformální a vznikají na základě potřeb pracoviště. Podle Fosterové (2001) rozlišujeme v ergoterapii při hodnocení čtyři formální metody sběru dat:

- a. rozhovor
- b. pozorování
- c. standardizované testy
- d. dotazníky, sebehodnotící škály, posuzovací škály

a) Rozhovor má charakter strukturované konverzace, kterou ergoterapeut získává vhled do klientova světa. Rozhovor je v ergoterapii nejčastěji používanou metodou sběru dat. Ergoterapeut tak navazuje první kontakt s klientem a získává informace o postojích, hodnotách, zájmech a jeho pohledu na svou situaci. Dále může získat potřebné informace o verbálních schopnostech a intelektu klienta.

b) Pozorování je metoda hodnocení, kterou ergoterapeut používá nepřetržitě. Tato metoda je vhodná jak pro skupinovou, tak pro individuální terapii a může poskytnout mnoho informací o klientovi, které by jinak bylo obtížné získat.

c) Standardizované testy ergoterapeut využívá při hodnocení funkce. Nezbytné pro používání testových metod je znalost psychometrických charakteristik standardizovaných testových metod, výběr nejvhodnějšího testu pro daného klienta či skupinu klientů, přesná administrace a adekvátní interpretace výsledků testu.

d) Dotazníky, sebehodnotící škály, posuzovací škály se v ergoterapii používají celkem často. Jde o poměrně efektivní způsob získání informací, protože ergoterapeut tak v krátkém čase dostane značné množství dat. Dotazníky mohou být obecné, kdy pokrývají široké spektrum dovedností a schopností nebo specifické, tedy zaměřené na určitý aspekt. Dotazník nemůžeme považovat za hodnocení, protože neobsahuje postup měření. Využívá

se k identifikaci určité problémové oblasti, která pak vyžaduje další a podrobnější hodnocení (Jelínková, 2009).

5.1.1 Možnosti pro hodnocení soběstačnosti u adiktologických klientů

Hodnocení a nácvik běžných denních činností, je jednou z nejčastějších intervencí ergoterapeuta. Ergoterapeut zjišťuje, ve které konkrétní aktivitě je osoba limitována, zjišťuje příčinu obtíží a navrhuje opatření pro zlepšení, udržení či zachování potřebných dovedností pro jejich překonání. Ergoterapeut provádí hodnocení klienta z mnoha důvodů např.:

- odhalení disability;
- zhodnocení aktuálního funkčního stavu;
- určení rehabilitačního potenciálu jedince;
- stanovení cílů a plánů terapie;
- monitorování efektivity zvolených terapeutických postupů;
- zhodnocení, zda bylo dosaženo stanovených cílů;
- doporučení dalšího postupu terapie/ intervence;
- zjištění potřeby pomůcek, adaptaci prostředí;
- zjištění míry asistence (Jelínková, 2009).

Barthel index

Autorkami tohoto testu jsou Dorothea W. Barthelová a Florence I. Mahoneyová z USA. Původně byl test určen pro použití v nemocnicích státu Maryland pro klienty s neuromuskulárními a muskulárními onemocněními, ale jeho používání bylo rozšířeno i na ostatní klienty s disabilitou. Index Barthelové hodnotí funkční omezení ve třech skupinách, je znám pro svou nenáročnost při použití v praxi.

Celkově test hodnotí 10 aktivit denního života: příjem potravy, oblékání, lokomoci, chůzi po schodech, přesun z lůžka na křeslo, osobní hygienu, koupání, použití toalety a kontinenci moči a stolice.

Při hodnocení položek za samostatnost v dané aktivitě hodnocený získá maximum 10 bodů, v případě potřeby dopomoci druhou osobou menší počet bodů a při nezvládnutí dané aktivity 0 bodů. Celkové rozmezí je tedy 0 až 100 bodů a určuje tak míru soběstačnosti. Na základě získaných bodů pak člení klienty do čtyř skupin:

- soběstačný;
- mírně soběstačný;
- středně nesoběstačný;
- nesoběstačný

(Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2018).

Škála instrumentálních všedních činností podle Lawtona

Autory škály instrumentálních všedních činností jsou Lawton a Brodyová (1969). Hodnocení je určené pro klienty, u kterých je pravděpodobné, že budou vykazovat obtíže ve vykonávání instrumentálních všedních činností (IADL) z důvodu fyzického či kognitivního deficitu. Škála obsahuje osm položek: telefonování, nakupování, příprava jídla, domácí práce, práce kolem domu, použití dopravního prostředku, užívání léků a manipulaci s penězi. Délka administrace a hodnocení se pohybuje od 10 do 15 minut. Hodnocení může upozornit na pokles jak fyzických tak i kognitivních schopností nebo signalizovat nutnost dalšího podrobného prošetření klienta v oblasti IADL.

Bodová stupnice je v rozmezí 0-10 bodů, přičemž pokud klient provádí danou činnost sám bez zjevných obtíží, získává 10 bodů, v případě nutné dopomoci klientovi je daná oblast hodnocena 5 body. Pokud činnost není schopen provést ani s pomocí druhého, nezíská žádný bod. Celkový skóre je v rozmezí 0-80 bodů. V případě, že klient uvede nezávislost v dané aktivitě, je nutné položit doplňující otázky pro ověření této informace.

Hodnocení je následující:

- 80 = nezávislý v IADL,
- 75-45 = částečně závislý v IADL,
- 40-0 = závislý v IADL.

Nástroj je využíván ve výzkumu i klinické praxi. Nevýhodou hodnocení je, že klient jednotlivé funkční úkony nepředvádí a informace jsou tedy získávány pouze na základě jeho výpovědi. Nástroj však může identifikovat přítomnost disability v oblasti IADL a upozornit tak na potřebu intervence či dalšího šetření (Jelínková, 2009).

Assessment of Motor and Process Skills (AMPS)

Hodnocení motorických a procesních dovedností je standardizovaný nástroj sloužící k hodnocení kvality provedení nebo úrovně dovedností potřebných pro zvládnutí běžných denních činností. V roce 1993 jej publikovala A. G. Fisherová. Skórování ukazuje vynaložené úsilí, efektivitu, bezpečnost a nezávislost klienta při provádění aktivit ADL. Hodnocení ergoterapeutovi poskytuje podrobné informace o klientově schopnosti provádět úkoly, jak PADL, tak IADL a též o volnočasových aktivitách.

Tvoří jej 36 přesně určených úkolů (např. zametání podlahy, výměna prostěradla, přesazení květin). Nástroj tvoří 16 motorických dovedností a 20 procesních dovedností. Každá dovednost je hodnocena na čtyřbodové škále (stupeň 1 = vážný deficit, stupeň 4 = deficit není přítomen).

Ergoterapeut zjišťuje pomocí rozhovoru obvyklý postup provádění konkrétního úkolu, ze skupiny vybere pět nebo šest úkolů a klient pak následně sám zvolí dva až tři, které bude provádět, ty které odpovídají jeho každodenní a životní situaci. Umožňuje tak ergoterapeutovi klienta při provádění pozorovat. Hodnocení nevyžaduje speciální vybavení a proto, je možné jej provádět kdekoli. Časová dotace pro administraci a hodnocení je 30 – 40 minut.

Hodnocení lze použít u dětí starších 3 let, adolescentů, u dospělých i seniorů, bez ohledu na diagnózu (Ayes, 2015).

Executive Function Performance Test

Autory hodnotícího nástroje jsou Carolyn M. Baum, Tracy Morrison, Michelle Hahn a Dorothy F. Edwards. Test hodnotí oblast IADL k posouzení zda je klient schopen samostatného bydlení. Nástroj obsahuje čtyři úkoly (vaření, telefonování, dávkování léků a placení účtů). Ergoterapeut hodnotí následující oblasti: zahájení úkolu, organizaci práce, správný sled jednotlivých kroků při dané činnosti, bezpečnost práce, dokončení úkolu. Jednotlivé oblasti posuzuje pomocí škály od 0 do 5. Čím nižší je výsledný bodový skór,

tím je klient samostatnější. Důležitým faktorem je i časová dotace jednotlivých úkolů, přičemž by celková doba neměla překročit čtyřicet minut. Hodnocení se používá u klientů při podezření na kognitivní deficit, který by mohl být překážkou v samostatném provádění IADL (Bickel, 2012).

5.1.2 Možnosti pro hodnocení kognitivních funkcí u adiktologických klientů

„Kognitivní funkce jsou všechny myšlenkové procesy, které nám umožňují rozpoznávat, pamatovat si, učit se a přizpůsobovat se neustále se měnícím podmínkám prostředí. Patří sem paměť, koncentrace, pozornost, rychlost myšlení a porozumění informacím. Dále sem zahrnujeme vyšší kognitivní tzv. exekutivní funkce – schopnost řešit problémy, plánovat, organizovat, náhled a úsudek. Jednotlivé kognitivní funkce jsou umístěny v různých částech mozku, a tak poškození mozku může ovlivnit všechny nebo jen některé z nich“ (Válková, 2015, s. 13).

Cognitive Linguistic Quick Test (CLQT)

Autorem Kognitivního lingvistického rychlého testu je Nancy Helm-Estabrooks. Test posuzuje úroveň kognitivního deficitu jedince v pěti doménách (pozornost, paměť, jazyk, exekutivní funkce a zrakově-prostorové funkce). CLQT obsahuje 10 úkolů, jako jsou např. osobní fakta, kreslení hodin, pojmenování, vyprávění příběhu.

Pokyny pro zadávání jsou jasně definovány, zadavatel je nesmí nikterak upravovat či více vysvětlovat. Administrace vyžaduje 15 - 30 minut, pokud test odhalí deficit v některé z uvedených oblastí, je vhodné provést i následná vyšetření. Hodnocení se používá v nemocnicích, lůžkových či ambulantních rehabilitačních odděleních či v komunitních centrech pro duševní zdraví.

Uvedený test má své výhody i nevýhody. Výhodou je nenáročnost na vybavení a jasně zpracované metodické vedení v zadávání jednotlivých úkolů, naopak nevýhodou testu je subjektivní pohled při hodnocení některých subtestů (Helm-Estabrooks, 2001).

Montrealské kognitivní hodnocení (MoCA)

Autorem Montrealského kognitivního hodnocení je Z. Nasreddine (2012). Jeho českou adaptaci vytvořili Doc. MUDr. A. Bartoš, PhD a Bc. H. Orlíková. MoCA je rychlý screeningový nástroj pro detekci mírné kognitivní poruchy. Metoda testuje různé

kognitivní domény (pozornost a koncentraci, exekutivní funkce, paměť, jazyk, zrakově konstrukční schopnosti, koncepční uvažování, počítání a orientaci).

Test má jasně definované metodické vedení v zadávání, zadavatel se ho tedy musí striktně držet (Bartoš, Orliková, 2012).

Obsahuje následující položky:

- **zrakově-prostorové a exekutivní úlohy**

Oblast zrakově-prostorové a exekutivní úlohy se skládá ze tří úkolů. Prvním úkolem je zkrácený test cesty, kdy má klient spojit postupně čarou číslice a písmena, aby byla zachována posloupnost. Druhým úkolem je obkreslení krychle podle předlohy a třetí část je test kreslení hodin, kdy terapeut hodnotí konturu, čísla a ručičky.

- **pojmenování**

U této položky má klient pojmenovat tři vyobrazená zvířata na papíru před sebou. Hodnotí se zde správnost pojmenování.

- **paměť'- vštípení a oddálené vybavení**

Při vštípení je klientovi přečteno pět slov a jeho úkolem, je slova reprodukovat. Následně jsou slova zopakována s cílem vštípení informace. Tato položka se bodově nehodnotí.

Při oddáleném vybavení terapeut hodnotí, kolik slov si byl klient schopný zapamatovat a vybavit. Pokud si na nějaká slova nevzpomene, je možnost nápovědy, ale správná odpověď se poté nehodnotí body, slouží jen jako informace terapeutovi.

- **pozornost**

Pozornost tvoří tři úkoly. Opakování čísel, je prvním úkolem, kdy je klientovi přečtená číselná řada a jeho úkolem je opět zopakovat čísla v přesném pořadí. Při druhém úkolu je klientovi přečtena řada písmen a jeho úkolem je ťuknou pokaždé, kdy je přečtené písmeno A. Poslední třetí úkol je odčítání sedmiček od čísla 100.

- **řeč**

Řeč je poslední oblast, která se skládá z více úkolů. Prvním úkolem je reprodukce přečtené věty, kdy terapeut hodnotí přesnost zopakování. Druhým úkolem je vymýšlení slov na dané písmeno během jedné minuty. Vyjmenovaná slova nesmí být slova vlastní ani slova se stejným kořenem.

- **abstrakce**

Zde má klient za úkol zjistit co mají slova čtená terapeutem společného.

- **orientace**

Klient by měl být v tomto úkolu schopen říci jaký je rok, měsíc, den, roční období a v jakém městě a místě se právě nachází.

Časová dotace pro administraci MoCA testu je zhruba 10 minut. Klient může v tomto testu získat maximálně 30 bodů. V bodování se zohledňuje délka vzdělání, neboť klienti, kteří studovali 10-12 let získávají automaticky 1 bod a ti co studovali 4-9 let získávají 2 body. Pro hranici normy se uvádí celkový skóre 26 - 30 bodů.

(Bartoš, Orlíková, 2012)

Hodnocení se používá především u klientů s mírnou kognitivní poruchou či diagnózou Alzheimerovy demence, Parkinsonovy choroby, Huntingtonovy nemoci, roztroušené sklerózy, vaskulární kognitivní poruchy, u mozkových metastáz, primárních mozkových nádorů, deprese či schizofrenie. Využitelnost tohoto testu u adiktologických klientů posuzuje Bruijen et. al. ve své studii The Montreal Cognitive Assessment (MoCA) as a cognitive screen in addiction health care: A validation study for clinical practice. V závěru této studie hovoří o nižší citlivosti tohoto testu, a proto doporučuje tento test ještě doplnit další podrobnější šetřením a při vyhodnocení tohoto testu brát v úvahu danou skutečnost (Bruijen et al., 2018).

Loewenstein Occupational Therapy Cognitive Assessment

Autory baterie LOTCA (Loewenstein Occupational Therapy Cognitive Assessment) jsou Noomi Katz, PhD, ORT, Malka Itzkovich, MA, OTR a Sarah Averbuch, MA, ORT. LOTCA je kognitivní screeningový test, který poskytuje základní profil kognitivních schopností klienta s poškozením mozku, který může být použit jako výchozí bod pro intervenci v ergoterapii a jako screeningový test pro další hodnocení. LOTCA se skládá z 20 dílčích zkoušek a je rozdělen do čtyř oblastí: orientace, vizuální a prostorové vnímání, vizuomotorická organizace a operační myšlení. Baterie vyžaduje časovou dotaci 30-45 minut. (Noomi Katz, Malka Itzkovich, Sara Averbuch, Betty Elazar, 1989). V současné době nejsou však k dispozici relevantní údaje o vhodnosti využití baterie u adiktologických klientů. Gloria Rojo-Mota et al. ve své studii Loewenstein Occupational

Therapy Cognitive Assessment to Evaluate People with Addictions uvádí, že se jim tento test jeví spolehlivým pro předběžné testování v určitých kognitivních oblastech u klientů se závislostí. Jeho nespornou výhodou je snadné a rychlé použití. Další studie by měly prokázat použitelnost, diagnostickou platnost a celkové psychometrické kvality testu při léčbě závislosti (Rojo-Mota et al., 2017).

5.1.3 Možnosti pro sebehodnocení u adiktologických klientů

Strukturované dotazníky mají za cíl prozkoumat závažnost závislosti, rozsah a komplexnost problémů spojených s užíváním návykových látek a motivaci k léčbě nebo ke změně chování při užívání návykových látek. Dotazník by měl mít formu standardního rozhovoru o duševním zdraví, ale zároveň by měl obsahovat položky zaměřené na strukturu užívaných návykových látek a jejich množství, typický průběh dne při užívání a též historii užívání, včetně první příležitosti užití a změn užívání v průběhu času. Dotazník rovněž může hodnotit úzkost nebo depresi (Lancaster, Chacksfield, 2014).

Sebehodnocení je v klinické praxi důležitou součástí léčebného procesu. Ergoterapeut získá okamžitou informaci o motivaci nebo demotivaci klienta k léčbě. Vzhledem ke skutečnosti, že člověk zná sám sebe nejlépe, lze u spolupracujícího klienta získat pomocí sebehodnocení vhodný zdroj pro další terapii včetně jeho cílů. Porovnáním závěrů vlastního sledování se sebehodnocením klienta získává ergoterapeut vhled do psychiky klienta.

Rosenberg Self-Esteem Scale (RSE)

Autorem stupnice RSE je Morris Rosenberg, který původně vytvořil tento nástroj pro měření sebeúcty u studentů středních škol. Nyní se však stupnice používá u řady skupin, včetně dospělých. Dotazník obsahuje 10 sebehodnotících položek, kdy klient odpovídá rozhodným souhlasem, souhlasem, nesouhlasem či rozhodným nesouhlasem. Jednotlivé položky jsou následně hodnoceny na stupnici od 0 do 3.

Provádění dotazníku není časově náročné, ale administrace vyžaduje větší časovou dotaci ze strany ergoterapeuta a to z toho důvodu, že se hodnotí pomocí Guttmanovy škály a bodování tak může být komplikovanější. U položek 1, 2, 4, 6, 7 je hodnocení následovné: rozhodný souhlas = 3 body, souhlas = 2 body, nesouhlas = 1 bod a rozhodný nesouhlas = 0 bodů. Položky 3, 5, 8, 9 a 10 jsou hodnoceny přesně opačně, tj.: souhlas = 0 bodů, souhlas

= 1 bod, nesouhlas = 2 body a rozhodný nesouhlas = 3 body. Klient může získat maximálně 30 bodů a rozmezí pro normu je velké. O normální sebeúctě hovoříme, pokud se celkový skóre pohybuje mezi 15 a 30 body, při nižším výsledku hovoříme o nízké sebeúctě, což může být pro směr terapie zásadní.

RSE může poukázat na přítomnost deprese a úzkosti (Rosenberg, 2006).

Volitional Questionnaire

Autoři dotazníku jsou Carmen Gloria de las Heras, Rebecca Geist, Gary Kielhofner a Yanling Li. Nástroj umožňuje ergoterapeutovi vhléd do vnitřních motivů klienta, poskytuje informace o závislosti mezi jeho vůlí a sociálním prostředím, napomáhá vytvářet cíle a sledovat změny v klientově vůli.

Dotazník obsahuje 14 otázek, které jsou rozděleny do tří skupin:

1. vnitřní motivace;
2. osobní příčinná souvislost;
3. hodnoty/ zájmy.

Při administraci je nezbytné klienta ze strany ergoterapeuta pozorovat při práci, a to v různých prostředích. Proto může být obtížné nástroj využít v ústavní či ambulantní léčbě. Každou položku terapeut hodnotí čtyřbodovou stupnicí, která označuje, zda je klient pasivní, váhavý, zapojený či spontánní (Chern, 1996).

Chce-li ergoterapeut zjistit více o motivaci klienta, zvláště, jedná-li se dlouhodobě hospitalizovaného v psychiatrickém zařízení, využije výše uvedený dotazník.

The General Self-Efficacy Scale (GSF)

Autoři škály jsou Ralf Schwarzer, Matthias Jerusalem. GSF bylo vytvořeno za účelem posouzení obecného pocitu vnímání soběstačnosti s cílem předvídat zvládnutí každodenních potíží a schopnosti se přizpůsobit stresovým situacím. GSF se obvykle používá v komplexnějším dotazníku. Deset základních položek škály je náhodně namícháno do větší skupiny položek, které mají stejný formát.

Administrace a vyhodnocení není časově náročné, hodnocení probíhá formou 4 bodové stupnice (1 = ne, 2 = spíše ne, 3 = spíše ano, 4 = ano) a hodnotí se pouze položky GSF, celkový součet je tedy od 10 do 40 bodů (Schwarzer, Jerusalem, 1995).

GSF je využitelný u klientů se syndromem závislosti a to i v případě, že je závislý na více než jedné návykové látce.

5.1.4 Možnosti pro hodnocení povolání

Závislost klienta ovlivňuje i pracovní život, jak dokládají následující diagnostická kritéria pro závislost na látce. Mnoho času je věnováno činnostem nezbytným k získání látky, použití látky nebo zotavení z jejích účinků. Důležitých společenských, pracovních nebo rekreačních činností se vzdávají, nebo snižují kvůli zneužívání návykových látek (American Psychiatric Association 1994). Klienti, kteří se zaměřili na užívání návykových látek, zažívají samotu v jejich každodenním životě, když se stanou abstinujícími nebo se zapojují do léčby. To jim může způsobit pocit de-kvalifikace a zranitelnosti.

Ergoterapie může lidem pomoci rozvinout dovednosti a zvládat strategie zaměřené na zlepšení životního stylu. McIntosh a McKeganey (2000) zjistili, že nestačí, aby bývalí uživatelé zůstali zaneprázdnění, ale je nezbytně nutné najít smysluplné a prospěšné činnosti, které obnoví osobní identitu a budou podporovat pozitivní životní role.

Volný čas je jednou z klíčových problémových oblastí pro lidi, kteří mají problémy se zneužíváním návykových látek, protože aktivity ve volném čase jsou místem, kde dochází k užívání návykových látek (Lancaster, Chacksfield, 2014).

V současné době nejsou dostupné nástroje pro hodnocení povolání, které by byly validovány pro klienty se závislostí. Gloria Rojo-Mota et al., poukazují na nutnost validace pracovních nástrojů u této cílové skupiny (Rojo-ota et al., 2017). Do určité míry se tento deficit kompenzuje ergodiagnostikou, kde na základě uvedených skutečností ergoterapeuti klientům doporučí vhodné zaměstnání.

PRAKTICKÁ ČÁST

6 CÍL A ÚKOLY PRÁCE

Cílem této práce je zjistit, jaká je aplikovatelnost zvolených vyšetřovacích metod u klientů se závislostí na návykových látkách.

Pro dosažení cíle je nutno splnit následující body:

1. Načrpat teoretické a praktické znalosti o dané problematice.
2. Vybrat vhodné sledované soubory.
3. Nastudovat a vybrat vhodné metody testování a pozorování.
4. V terapii vycházet z individuálního přístupu ke klientovi při uplatňování stejných metod.

Tyto výsledky budou uceleny, porovnány a diskutovány v závěru práce.

7 VÝZKUMNÁ OTÁZKA

Zjistit jaká je aplikovatelnost zvolených vyšetřovacích metod u klientů se závislostí na návykových látkách.

8 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU

Soubor respondentů tvoří skupina jedinců závislých na návykových látkách. Pro zjištění aplikovatelnosti zvolených vyšetřovacích metod jsme zvolili Psychiatrickou nemocnici v Dobřanech u hospitalizovaných klientů a Centrum sociálních služeb provozované Armádou spásy v Karlových Varech u ambulantních klientů. V Psychiatrické nemocnici v Dobřanech jsme data pro bakalářskou práci sbírali na oddělení č. 25, které je určené pro dlouhodobou rehabilitaci těžkých poruch osobnosti, jedinců závislých na návykových látkách, včetně osob s alkoholovou demencí. Na oddělení je prováděná farmakoterapie, psychoterapie, somatické doléčování výsledných chronických chorob, ergoterapie. Rovněž na oddělení působí psycholog a adiktolog. V centru sociálních služeb vzhledem k vyhlášení nouzového stavu vládou České republiky dne 12. 3. 2020 nebylo možné provést sběr dat, armáda spásy realizovala krizové plány pro podobné situace, v rámci nichž došlo k omezení vnějších aktivit.

Psychiatrická nemocnice v Dobřanech má dlouhodobé zkušenosti s léčbou klientů se závislostí na návykových látkách. V České republice patří mezi největší zařízení zabývající se touto problematikou. Centrum sociálních služeb provozované armádou spásy v Karlových Varech, poskytuje každodenní ambulantní setkávání pro klienty se závislostí. Tato zařízení byla vybrána z důvodu zjištění míry aplikovatelnosti u hospitalizovaných a ambulantních klientů.

Při výběru respondentů pro bakalářskou práci jsme postupovali podle předem stanovených kritérií. Hlavní podmínkou u jednotlivých respondentů byla diagnóza závislosti na návykových látkách. Dalším kritériem pro výběr bylo opakující se léčení ze závislosti. Posledním kritériem, byla dobrovolnost a chuť spolupráce ze strany respondentů.

Soubor respondentů tvořilo 7 mužů. U všech respondentů bylo splněné kritérium závislosti na návykových látkách, jejich diagnózy se liší pouze druhem užívané látky. Čtyřem respondentům byl diagnostikován syndrom závislosti s poruchami vyvolanými účinkem alkoholu F10.2. Dvěma respondentům byl diagnostikován syndrom závislosti s poruchami vyvolanými účinkem několika látek nebo jiných psychoaktivních látek F19.2. Poslední respondent má diagnostikovaný syndrom závislosti s poruchami vyvolanými

účinkem opiátů F11.2. Počet hospitalizací se u respondentů lišil, všichni však splňují vyšší počet léčení.

Souhlas pracoviště je součástí příloh této bakalářské práce. Souhlas klientů se spoluprací na této bakalářské práci je uložen u autora práce.

9 METODIKA PRÁCE

Pro účely bakalářské práce byly použity metody standardizovaných a nestandardizovaných testů. Práce se v praktické části opírá o výzkum, který nám umožnil studovat procesy v jejich přirozeném prostředí. V průběhu několika týdnů na oddělení pro léčbu závislostí na alkoholu v Psychiatrické nemocnici v Dobřanech, jsme hledali příčinné souvislosti mezi vytvořenými podmínkami pro práci ergoterapeuta a aplikovatelnost vybraných vyšetřovacích metod. Z výše uvedených důvodů aplikovatelnost vyšetřovacích metod u ambulantních klientů nebyla zjištěna. Naší snahou bylo získat komplexní náhled na předmět studie a odpovědět na otázku, jaká je aplikovatelnost námi zvolených vyšetřovacích metod u pacientů se závislostí na návykových látkách v klinické praxi.

9.1 Postup sběru dat

Data pro praktickou část bakalářské práce, byla sbírána v průběhu několika týdnů, v následujících krocích. Nejprve bylo nutné stanovit sledované oblasti a načerpat teoretické znalosti o ergoterapeutických vyšetřovacích metodách používaných u klientů se závislostí s jejich následnou selekcí. Ergoterapie je široký obor, výjimkou tomu není ani v oblasti závislosti, kdy ergoterapeut v rámci své intervence řeší mnohdy více postižených oblastí současně, proto jsme se v bakalářské práci zaměřili na aplikovatelnost vyšetřovacích metod ve více oblastech. Úkolem práce tedy bylo zjistit, jaká je aplikovatelnost námi zvolených vyšetřovacích metod u klientů se závislostí na návykových látkách. Sběr dat probíhal na přelomu roku 2019/2020 v Psychiatrické nemocnici v Dobřanech na oddělení č. 25, kde nám byl umožněn sběr dat. Na ženském oddělení č. 24. nám toto umožněno nebylo, překážkou byla absence ergoterapeuta na oddělení. Následný sběr dat v centu sociálních služeb z výše uvedeného neproběhl.

Během získávání podkladů pro bakalářskou práci nám byla umožněna přítomnost na každodenních ranních komunitách a na skupinové terapii, díky čemuž jsme mohli lépe porozumět pocitům klientů a nahlédnout tak na situaci z jejich pohledu. Na oddělení se individuální terapie neprovádějí, přesto nám bylo umožněno realizovat individuální sezení a získat tím potřebná data. Ergoterapeutka zde pracuje spíše jako aktivizační pracovník, s klienty tedy pracuje primárně ve skupině. V neposlední řadě bylo nutné analyzovat získaná data a odpovědět na výzkumnou otázku.

9.2 Etické hledisko

Pro sběr dat v Psychiatrické nemocnici v Dobřanech byl nutný souhlas vedení nemocnice. Po jeho udělení byla nutná konzultace s hlavní sestrou, se kterou byly probrány jednotlivé nástroje pro hodnocení a postup sběru dat. Před samotným prováděním standardizovaných i nestandardizovaných testů nám byl poskytnut ústní souhlas a také podpis informovaného souhlasu.

9.3 Metody získání a zpracování dat

Výběr vhodných vyšetřovacích metod pro individuální sezení byl proveden s cílem zjistit u respondentů jejich funkční stav ve třech oblastech. Soběstačnosti, kognitivní schopnosti a sebepojetí. Další oblastí, kde by bylo jistě zajímavé zjistit funkční stav respondentů je hodnocení povolání, avšak jak uvádí Gloria Rojo-Mota et al., (2017) je nutné pro tuto cílovou skupinu testy validizovat, protože v současné době je jediným východiskem ergodiagnostika. Na základě těchto faktů, jsme se rozhodli, zjistit jaká je aplikovatelnost právě u výše zvolených oblastí.

Pro objektivnější hodnocení míry aplikovatelnosti námi zvolených nástrojů pro hodnocení výše uvedených oblastí jsme před zahájením sběru dat klientům položili otázku, zda pociťují v námi sledovaných oblastech nějaká omezení.

9.3.1 Hodnocení soběstačnosti

V naší i zahraniční literatuře jsou popsány k vyšetřování této oblasti následující testy: Barthel index (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2018), Škála instrumentálních běžných všedních podle Lawtona (Jelínková, 2009), Assessment of motor and process skills (Ayres, 2015), Executive function performance test (Bickel, 2012). Pro hodnocení soběstačnosti u klientů se závislostí na návykových látkách byla vybrána škála instrumentálních všedních činností podle Lawtona, která je u nás v České republice volně dostupná. Jelínková (2009) uvádí, že test může detekovat problém v oblasti IADL u všech klientů s fyzickým či kognitivním deficitem, což bylo důvodem pro výběr testu. Stejně tak je tomu u Barthel indexu, který hodnotí soběstačnost v personálních všedních denních činnostech (dále jen „PADL“). Zmíněný test je využitelný v případě, že kognitivní deficit způsobený nadužíváním návykových látek bude tak rozsáhlý, že by klienta omezoval v PADL. S tím jsme se ale na oddělení nesetkali.

9.3.2 Hodnocení kognitivních funkcí

Další oblastí, která je v práci zpracována, jsou kognitivní funkce. V literatuře se v souvislosti s touto problematikou zmiňují následující nástroje: Cognitive Linguistic Quick Test (Helm-Estabrooks, 2001), Montrealské kognitivní hodnocení (Bartoš, Orliková, 2012), Loewenstein Occupational Therapy Cognitive Assessment (Rojo-Mota et al., 2017). Podle Copersina (2009), je Montrealské kognitivní hodnocení rychlý a vhodný nástroj pro zachycení mírné kognitivní poruchy u klientů se závislostí na návykových látkách. Oficiální stránka mocatest.org s tímto tvrzením souhlasí. Pro hodnocení kognitivního deficitu u pacientů se závislostí na návykových látkách jsme se rozhodli Montrealské kognitivní hodnocení využít. V Česku je toto hodnocení dostupné společně s Loewenstein Occupational Therapy Cognitive Assessment. U tohoto hodnocení však neexistují žádná relevantní data o využitelnosti nástroje u adiktologických klientů.

9.3.3 Sebehodnotící dotazníky

Poslední oblastí, kterou se v bakalářské práci zabýváme, je sebehodnocení a sebezpečení klienta. V teoretické části jsem popisovala následující dotazníky: Rosenberg Self-Esteem Scale (Rosenberg, 2006), Volitional Questionnaire (Chern, 1996) a The General Self-Efficacy Scale (Schwarzer, Jerusalem, 1995).

V praxi jsme využili dotazník Rosenberg Self-Esteem Scale. Jako jediný se z výše uvedených zaměřuje na sebezpečení a umožňuje tak terapeutovi nahlédnout do vnitřní motivace klienta, což může hrát významnou roli v problematice prevence relapsu.

10 VÝSLEDKY

10.1 Škála instrumentálních všedních činností podle Lawtona

Cílem tohoto testu je zjistit nezávislost klientů v oblasti instrumentálních všedních činností.

Telefonování

Cílem první oblasti bylo zjistit nezávislost při použití telefonu. Pouze dva respondenti uvedli, že jsou nezávislí, čtyři respondenti si pamatují několik čísel a jsou schopni odpovědět na zavolání a jeden respondent uvedl, že telefon nedokáže použít.

Transport

Cílem druhé oblasti bylo zjistit, zda je klient schopný samostatně cestovat dopravním prostředkem. Dva respondenti odpověděli, že nepocítují žádný problém, zbývajících pět vyžaduje pomoc druhé osoby ve formě doprovodu.

Nakupování

Cílem třetí oblasti bylo zjistit, zda je klient schopný samostatně nakoupit či vyžaduje doprovod a radu druhé osoby, nebo není schopen bez výrazné pomoci tuto činnost provést. Čtyři respondenti jsou soběstační, jeden vyžaduje doprovod a radu, zbývajících dva klienti uvedli, že nejsou schopni činnost provést.

Vaření

Cílem čtvrté oblasti bylo prověřit soběstačnost při vaření. Respondent má odpovědět, zda je schopný uvařit celé jídlo samostatně, či je schopný ho pouze ohřát, nebo mu musí být připraveno druhou osobou. Dva respondenti odpověděli, že jsou schopni si uvařit sami, další dva si jídlo ohřejí a třem respondentům musí být jídlo připraveno druhou osobou.

Domácí práce

Cílem páté oblasti bylo zjistit, zda je respondent schopný postarat se o chod domácnosti. Dva respondenti odpověděli, že jsou schopni se o domácnost postarat s výjimkou těžkých prací. Další dva provedou pouze lehčí práce, ale nejsou schopni udržet čistotu, zbývajících tři se práce v domácnosti neúčastní.

Práce kolem domu

Cílem šesté oblasti bylo zjistit samostatnost při práci kolem domu. Pouze jeden respondent odpověděl, že činnost provádí samostatně a pravidelně. Čtyři respondenti provedou činnosti spojené s pracemi kolem domu s dohledem a dva vyžadují pomoc, nebo činnosti neprovedou vůbec.

Užívání léků

Cílem sedmé oblasti bylo zjištění samoobslužnosti při užívání medikamentů, včetně jejich znalosti. Rovněž zde pouze jeden respondent odpověděl, že je samostatný, zbývajících šest léky užívá, pokud jsou připraveny druhou osobou a připomenuty.

Finance

Cílem poslední osmé oblasti je zjištění soběstačnosti ve vztahu k financím, tedy schopnosti manipulace s penězi. Jeden respondent odpověděl, že je plně soběstačný, čtyři odpověděli, že zvládnou drobnější výdaje, ale potřebují pomoc se složitějšími operacemi a dva nejsou schopni zacházet s penězi bez cizí pomoci.

Tabulka 2 Škála instrumentálních všedních činností

Škála instrumentálních všedních činností								
	Telefonování	Transport	Nakupování	Vaření	Domácí práce	Práce kolem domu	Užívání léků	Finance
Respondent č. 1	10	10	10	10	10	10	10	10
Respondent č. 2	5	5	10	5	5	5	5	0
Respondent č. 3	5	5	5	5	0	5	5	5
Respondent č. 4	5	5	0	0	0	0	5	0
Respondent č. 5	5	5	10	10	10	5	5	5
Respondent č. 6	10	10	10	0	0	0	5	5
Respondent č. 7	0	5	0	0	0	5	5	5

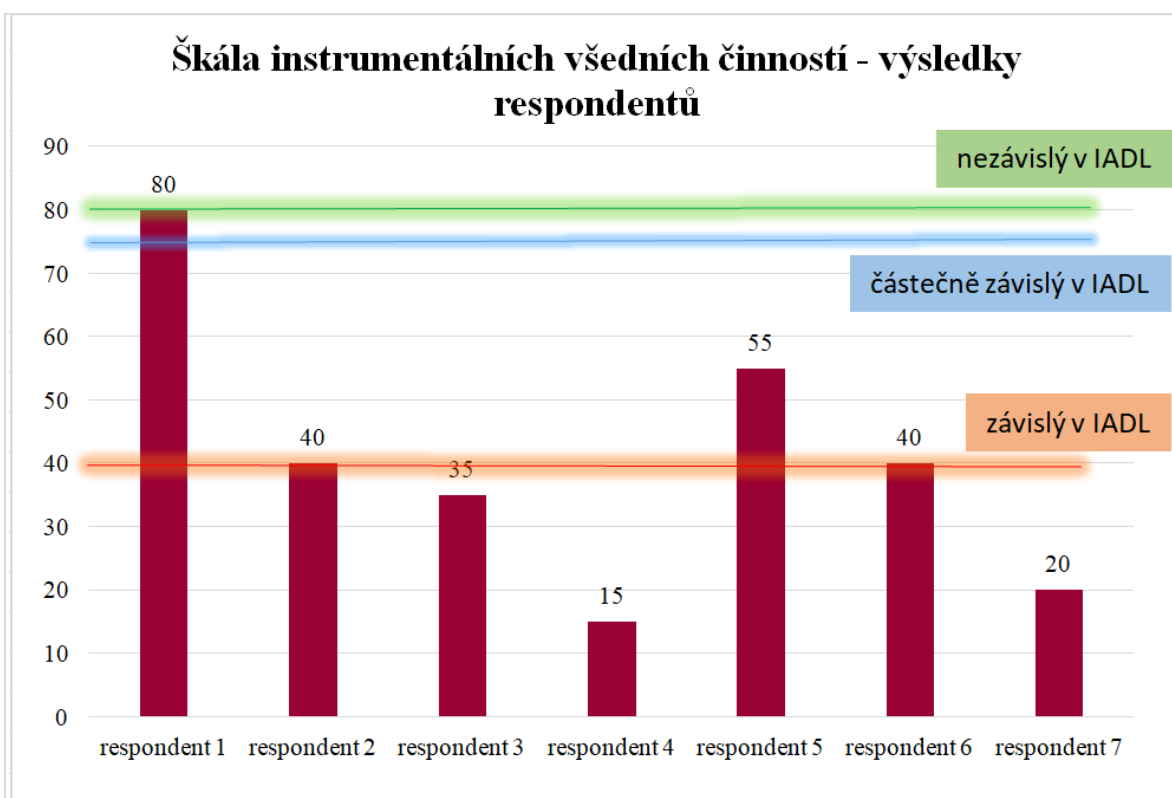
Zdroj: vlastní

V celkovém součtu získaných bodů pouze první respondent získal maximální počet bodů tj. 80 bodů, což vypovídá o nezávislosti klienta v oblasti IADL. Respondent č. 5 s počtem 55 bodů vykazuje známky částečné závislosti v oblasti IADL. Zbýlý počet

respondentů spadá do bodového skóre závislosti v IADL. Z výsledku tedy vyplývá, že většina respondentů má v oblasti IADL problémy. Největší oslabení respondenti vykazují v oblasti domácí práce. Nejsilnější položkou je nakupování. Překvapivých výsledků respondenti dosahovali v oblastech domácí práce, oslabení bychom očekávali spíše v oblastech užívání léků, financí či nakupování, kde si respondenti nedosahovali špatných výsledků.

Dle očekávání u tohoto testu lze říci, že citlivost tohoto testu je nižší.

Obrázek 1 Graf Škála instrumentálních všedních činností – výsledky respondentů



Zdroj: vlastní

10.2 Montrealské kognitivní hodnocení

Cílem tohoto testu je detekce mírného kognitivního deficitu s lokalizací problémové kognitivní domény.

Zrakově-prostorové a exekutivní úlohy

První oblastí jsou zrakově prostorové a exekutivní úlohy, skládají se ze tří úkolů tj. zkrácený test cesty, obkreslování krychle a test kreslení hodin. Maximální skór činí 6

bodů, tohoto skóre dosáhl pouze jeden respondent, 4 bodů dosáhli tři respondenti, zbylí tři získali 2 body. Respondentům činila největší obtíže položka zkrácený test cesty, nezvládli spojit v požadovaném sledu zároveň písmena i číslice. Lepších výsledků dosahovali při testu obkreslování krychle.

Pojmenování

Druhá oblast tohoto testu respondentům nečinila velké obtíže, nakreslená zvířata dokázali pojmenovat. Pouze respondenti č. 2 a 7 u položky chybovali.

Pozornost

Třetí oblastí byla pozornost, která se opět skládá ze tří úkolů. Opakování čísel, vyřukávání písmene A a odečítání sedmiček. Tři respondenti získali maximální počet bodů tedy 6. Další dva ztratili 1 bod, jeden získal 4 body a jeden pouze 2 body. Nejhůře dopadl úkol vyřukávání písmene. Zde získali bod pouze čtyři respondenti ze sedmi. Nejlépe pak dopadlo opakování čísel.

Řeč

Čtvrtou oblastí je řeč skládající se ze dvou úkolů, a to opakování vět a slovní produkce na písmeno K. V této oblasti lze získat maximálně 3 body. Maximální skóre dosáhl pouze jeden respondent, tři respondenti dosáhli na 2 body, další dva získali 1 bod a dva respondenti vyšli na prázdko. Z obou úkolů dopadla hůře slovní produkce, pouze dva respondenti byli schopni splnit minimální počet slov pro udělení bodu.

Abstrakce

Pátou oblastí byla abstrakce, tato položka opět respondentům nečinila značné obtíže, pouze dva nezískali maximální počet bodů.

Paměť

Cílem šesté oblasti bylo prověřit paměť, k čemuž sloužilo pět slov, které si měli respondenti zapamatovat a následně vybavit. Žádný z respondentů si nedokázal vybavit všechna slova. Dva si vybavili tři z pěti slov, jeden dvě slova a zbytek v tomto úkolu selhal.

Orientace

Poslední oblastí byla orientace, kde respondenti dosahovali vyšší úspěšnosti. Čtyři z nich dosáhli maximálního počtu 6 bodů. Jeden respondent získal 5 bodů, dva pak získali 3 body.

Tabulka 3 Montrealské kognitivní hodnocení

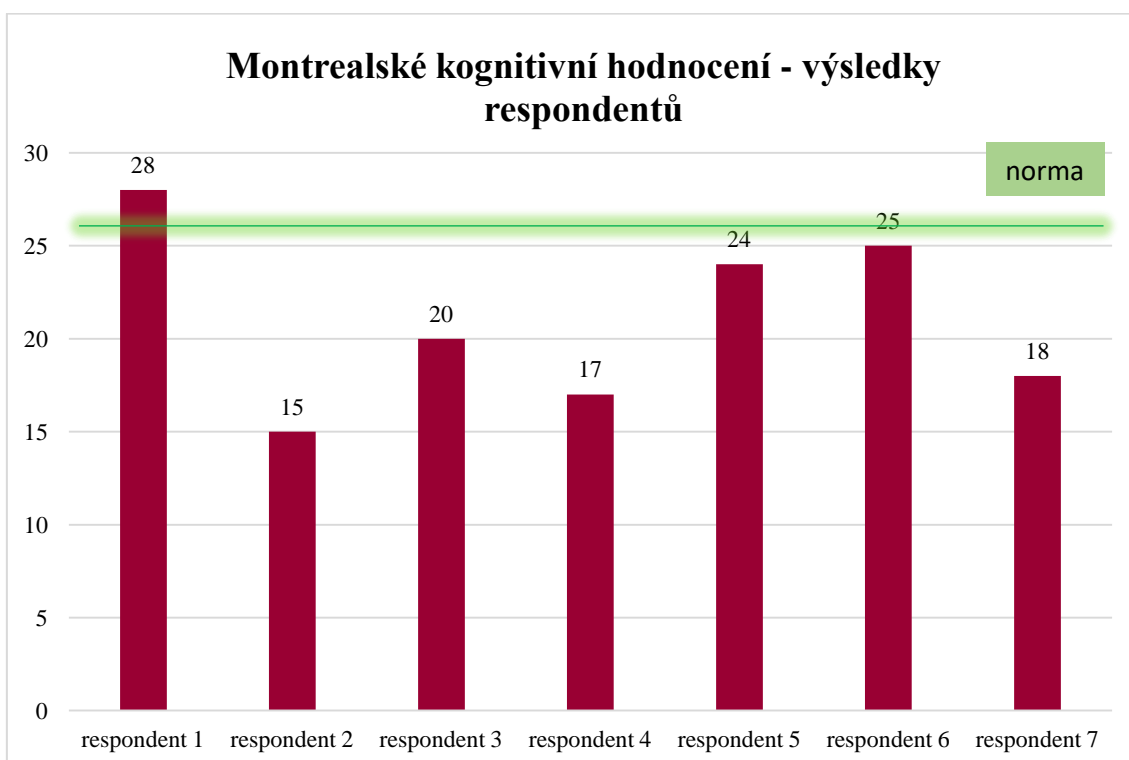
Montrealské kognitivní hodnocení													
	Test cesty		Zrakové vnímání		Pojmenování		Pozornost		Řeč		Abstrakce	Paměť	Orientace
	Obkreslování krychle	Test hodin			Opakování číslíc	Vyřukávání "A"	Odečítání sedmiček	Opakování vět	Slovní produkce				
Respondent č. 1	1	1	3	3	2	1	3	2	1	2	3	6	
Respondent č. 2	0	0	2	2	2	0	0	0	0	1	0	6	
Respondent č. 3	1	1	2	3	2	1	3	2	0	2	0	3	
Respondent č. 4	0	0	2	3	2	1	2	0	0	2	0	3	
Respondent č. 5	1	1	2	3	1	0	3	0	1	2	3	6	
Respondent č. 6	1	1	2	3	2	1	3	1	0	2	2	6	
Respondent č. 7	0	1	1	2	2	0	3	2	0	1	0	5	

Zdroj: vlastní

Celkové hodnocení Montrealského kognitivního testu u jednotlivých respondentů detekuje mírné oslabení v kognitivních oblastech, vyjma jednoho z respondentů, který dosáhl 28 bodového skóre, které spadá do pásu normy. Na základě zjištěných výsledků se lze domnívat, že závislost na návykových látkách koreluje s neurokognitivním deficitem.

Montrealské hodnocení je v praxi využitelný nástroj pro zachycení kognitivní poruchy. Překvapivé zjištění bylo v oblasti zrakově – prostorové a exekutivní úlohy ve zkráceném testu cesty. Klienti měli v rámci operace problémy s propojením řady písmen a číslíc.

Obrázek 2 Graf Montrealské kognitivní hodnocení – výsledky respondentů



Zdroj: vlastní

10.3 Rosenberg Self-Esteem Scale

Cílem tohoto dotazníku je zjistit úroveň klientova sebevědomí.

Tabulka 4 Rosenberg Self-Esteem Scale

Rosenberg Self-Esteem Scale										
	otázka 1	otázka 2	otázka 3	otázka 4	otázka 5	otázka 6	otázka 7	otázka 8	otázka 9	otázka 10
Respondent č. 1	1	1	0	2	2	0	0	0	1	1
Respondent č. 2	2	2	1	1	1	2	2	2	1	2
Respondent č. 3	1	1	0	2	1	1	0	1	0	1
Respondent č. 4	1	2	0	1	1	0	0	1	0	0
Respondent č. 5	2	1	1	2	1	1	1	1	2	1
Respondent č. 6	0	0	1	1	1	1	2	2	2	1
Respondent č. 7	2	2	1	1	2	1	1	2	1	1

Zdroj: vlastní

Tabulka 5 Znění otázek dotazníku Rosenberg Self-Esteem Scale

Otázka č. 1	Cítím se jako člověk, který za něco stojí (alespoň ve stejné rovině jako ostatní).
Otázka č. 2	Mám pocit, že mám řadu dobrých kvalit.
Otázka č. 3	Mám sklon cítit, že jsem selhal.
Otázka č. 4	Dokážu dělat věci, stejně dobře jako ostatní.
Otázka č. 5	Cítím, že nemám být na co hrdý.
Otázka č. 6	Zaujímám vůči sobě pozitivní postoj.
Otázka č. 7	Celkově jsem se sebou spokojený.
Otázka č. 8	Přál bych si, abych se více respektoval.
Otázka č. 9	Většinu času si přijdu k ničemu.
Otázka č. 10	Někdy si myslím, že na mně není nic dobrého.

Zdroj: vlastní

Z výsledků vyplývá, že ani v jedné z deseti otázek nezískali respondenti maximální počet bodů. Nejvyšší počet bodů získal respondent č. 2, který získal 15 bodů, což je hodnota na hranici normy. Nejlepší výsledky byly dosaženy u otázek číslo 1, 2, 5 a 8. Absolutně nejhorší výsledek respondenti získali u otázky č. 3, čímž vlastně podtrhli výsledek celého testu. Vnímají, že selhali, což se odráží i v nízkém sebevědomí.

Nevýhodou tohoto testu se ukázalo znění jednotlivých otázek, klienti obtížně rozuměli některým formulacím a bylo potřeba některé otázky vysvětlit.

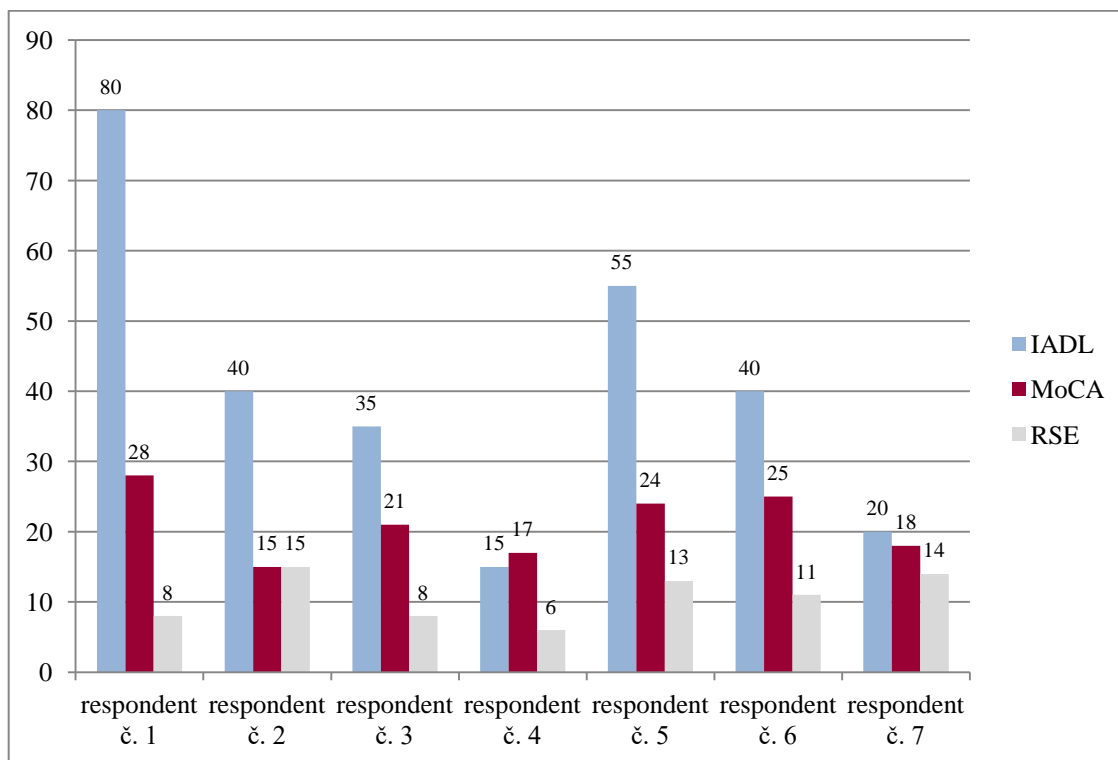
Obrázek 3 Graf Rosengerg Self-Esteem Scale – výsledky respondentů



Zdroj: vlastní

Sumarizační graf poskytuje celkový pohled na úspěšnost respondentů v hodnocených oblastech.

Obrázek 4 Sumarizační graf respondentů



Zdroj: vlastní

Respondenti vykazovali největší problémy v oblasti sebehodnocení, což odráží přístup pracoviště k problematice adiktologických pacientů. Výsledky naznačují možný směr terapie. Pro eliminaci rizika relapsu bychom se měli v terapii zaměřit na sebehodnocení klientů.

Výsledky poukázaly u respondentů na oslabení ve sledovaných oblastech, převážně pak u sebevědomí. Subjektivní hodnocení klientů se shodovala s výsledky šetření. Domnívám se, že nastavená skupinová terapie z ergoterapeutického hlediska dostatečně nereflektuje individuální potřeby klientů, které díky tomu nejsou řešeny. Vyšetřovací metody mohou v rámci sestavení individuálního plánu zásadně pomoci v detekci problémové oblasti a pomoci tak určit, jednak směr terapie a jednak poskytnou výstupní data o její účinnosti. Spolupráce s psychologem nepochybně nabízí i možnost sestavení skupinových terapií v menších skupinách u klientů s podobným deficitem. Například trénink kognitivních funkcí, kdy vyšetřovací metody mohou pomoci se sestavením skupiny

klientů. Individuální přístup umožní lépe definovat potřeby klienta nejen pro individuální terapii, ale i pro skupinovou.

Zvolené vyšetřovací metody se jeví jako aplikovatelné s připomínkami, což bude blíže specifikováno v závěrečné diskuzi.

11 DISKUZE

V bakalářské práci jsme se zaměřili na použitelnost vyšetřovacích metod u osob se závislostí na návykových látkách. V minulosti ergoterapeuti pracovali s touto skupinou lidí v rámci psychiatrické intervence, např. váleční veteráni. Vzhledem k absenci státního financování ergoterapie při výše uvedené intervenci se tato profese postupně přeorientovala do jiných zdravotnických oblastí. V současné době v zahraničí preferovaný trend návratu ergoterapie do léčby psychiatrických pacientů považujeme za správný (Engman, 2017). Ergoterapeut by neměl při práci s psychiatrickými pacienty plnit pouze úlohu aktivizačního pracovníka, nýbrž by se měl plně soustředit na jeho celkovou rehabilitaci, včetně ergoterapeutických vyšetřovacích metod, jak tvrdí Brouwn (2012). Právě vyšetřovací metody ergoterapeutovi umožňují zaměřit se v následné rehabilitaci na klienta při zachování individuálního přístupu, nikoliv univerzálního. Právě v terapii je stěžejní najít pro klienta smysluplné aktivity, které mu pomohou se sociální integrací do života, jak tvrdí Engman (2017).

Škála instrumentálních všedních činností dle Lowtona

V testu, vyjma jednoho respondenta, všichni vykazovali výrazné oslabení v oblasti instrumentálních všedních činností. V souladu s tvrzením Jelínkové (2009) se ukázalo, že je škála aplikovatelná u klientů s podezřením na oslabení soběstačnosti v IADL v důsledku kognitivního deficitu. Avšak slabinou IADL škály je forma sběru dat, výpovědi klienta nemusí vždy odpovídat realitě. Někteří jsou hospitalizováni v zařízení delší dobu, díky čemuž ztrácejí reálnou představu o jejich schopnostech v dotazovaných oblastech. Svůj podíl rovněž sehrává nízká motivovanost dotazovaných. Osobní zkušenost s klienty při provádění vyšetření a předpoklad jejich výsledků byl odlišný se zjištěnou skutečností, z tohoto důvodu se kloníme k poznatkům Fisherové (2007), dotazníkové šetření by bylo vhodné doplnit o zpřesňující, respektive citlivější vyšetření prostřednictvím APMS, kde klient dané činnosti zkouší a ergoterapeut ho při provádění pozoruje a vyhodnocuje situaci na základě vlastního pozorování. Může tak dojít například k situaci, kdy klienti nakupování vyhodnotí jako bezproblémové, reálné provedení daného úkolu však může poukázat na určité nedostatky. Věříme, že i samotné provádění činnosti může být pro klienty zajímavější, než pouhé pasivní odpovídání na otázky, neboť dosáhneme jejich aktivního zapojení a navíc získají i okamžitou zpětnou vazbu o jejich funkčním stavu. Test APMS je samozřejmě náročnější na časovou dotaci a zdravotnické pracoviště zároveň musí

disponovat vhodně vybavenými prostory, např. kuchyňkou. Věříme však, že pro klinickou praxi má více než opodstatněný přínos.

Montrealské kognitivní hodnocení

Vyhodnocení testu MoCA poukázalo na mírný kognitivní deficit respondentů. Podle Copersina (2009) ve studii zaměřené na využití tohoto hodnocení u klientů se závislostí, je MoCA rychlý a vhodný nástroj pro zachycení mírné kognitivní poruchy u této skupiny klientů. Oficiální stránka mocatest.org s tímto tvrzením souhlasí. Naopak Bruijen et. al. (2018) hovoří v závěru své práce o nižší citlivosti tohoto nástroje, a proto doporučuje doplnit hodnocení ještě podrobnějším šetřením. Na základě zjištěných skutečností, lze konstatovat, že MoCA je rychlý test jehož provedení nečinilo klientům obtíže a zároveň detekoval kognitivní deficit. Pro přesnější určení míry kognitivního deficitu je však důležitá a zároveň opodstatněná spolupráce s psychologem.

S ohledem na prostředí, v němž jsou klienti hospitalizováni, a rozsahem používané intervence ze strany personálu se domníváme, že klienti mají nedostatečné stimuly. Příkladem může být klient se špatnou orientací v čase a prostoru, který nemá na oddělení k dispozici kalendář, jako základní pomůcku anebo alespoň informaci na nástěnce o aktuálním datu.

Domníváme se, že hodnocení kognitivních funkcí by mělo být součástí ergoterapeutického vyšetření, protože kognitivní deficit ovlivňuje klienta ve všech oblastech lidského života. V případě pozitivního zjištění kognitivního deficitu je namístě i následné intervence. Kulišťák (2011) zmiňuje rehabilitaci kognitivních funkcí jako velmi perspektivní z důvodu plasticity mozku. Rehabilitaci vnímáme v této problematice jako zásadní, ergoterapeut může spolupracovat s psychologem a vzájemně se v terapii doplňovat.

Rosengerg Self-Esteem Scale

Doménou terapie by dle našeho názoru měly být sebehodnotící dotazníky a dotazníky detekující motivaci a zájmy klientů. V diskusi k testu MoCA jsem zmiňovala v rámci intervence potřebu individuálního přístupu, byť se pracuje s kolektivem. Idea individuálních terapií s přístupem zaměřeným na klienta je v boji se závislostí zásadní,

neboť díky ní můžeme posilovat jeho sebevědomí. To se pozitivně projevuje na jednání a motivaci klienta něco změnit.

Vyhodnocení dotazníků v praktické části ukázalo velmi nízké sebevědomí u všech respondentů, a to i u respondenta, který nevykazoval oslabení v kognitivní oblasti či soběstačnosti. Na základě uvedené skutečnosti se domníváme, že oblast sebevědomí je v ergoterapii u klientů se závislostí nedostatečně postižena, což považujeme za nedostatek, který je nutné do budoucna odstranit. Sebevědomí je možné posilovat i v rámci skupinové terapie, proto doporučujeme závěry šetření využít jako podklad pro ergoterapeutickou intervenci.

Slabinou dotazníku pro sebehodnocení byla formulace některých otázek, z tohoto důvodu doporučujeme u klientů s kognitivním deficitem sběr dat uskutečnit jinou formou, např. nestrukturovaným rozhovorem.

Bakalářská práce poukazuje, že dotčené pracoviště nedisponuje vhodnými vyšetřovacími metodami ani nástroji pro navazující terapii. Praxe ukázala, že pozice ergoterapeuta je zde zúžená na pozici aktivizačního pracovníka, což potvrdilo tvrzení jedné z pracovnic působících na oddělení. Pracovnice se pozastavila nad obsahem výuky. Dle jejího profesního názoru by studenti ergoterapie měli ve vzdělávacím procesu posilovat dovednosti kreativních technik na úkor odborných předmětů, jako je neurologie. Výsledky bakalářské práce však potvrzují aplikovatelnost zvolených vyšetřovacích metod s připomínkami v této práci uvedenými. Mohou výrazně přispět k nastavení terapie. Za nedostačující považujeme absenci vhodně vybavených prostor pro terapii, malou časovou dotaci ergoterapeuta na rehabilitaci a v tomto důsledku i absenci individuálního přístupu, který odborníci např. Engman (2017) považují za nezbytný.

Na téma ergoterapie v adiktologii bylo již napsáno několik prací, kde se problematikou adiktologických pacientů autorky zabývají z různých perspektiv. Iroušková (2014) klade důraz na zvyšování soběstačnosti a tím i spojenou sebejistotu a sebevědomí. Hálová (2008) naopak klade důraz na sestavení denního režimu se spoluúčastí klienta a na jeho dodržování. Rybářová (2019) se zabývá obecně rolí ergoterapeuta na konkrétním oddělení a navrhuje vstupní ergoterapeutické vyšetření u lidí se závislostí. Z výše uvedeného plyne, že ergoterapie v adiktologii má široké uplatnění.

Práce se zabývá ergoterapeutickými vyšetřovacími metodami v adiktologii. Ztotožňujeme se s Rybárovou (2019) na vstupním ergoterapeutickém vyšetření u lidí se závislostí na návykových látkách, které navrhla pro klienty ženského lůžkového oddělení, ale vzhledem k vyšetřením, která jsme prováděli na mužském lůžkovém oddělení, bychom její návrh rozšířili o dotazníky zaměřující se na klientovo sebevědomí, neboť tuto oblast považujeme za stěžejní.

ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývá aplikovatelností ergoterapeutických vyšetřovacích metod na úrovni instrumentálních všedních činností, kognitivních funkcí a sebehodnocení pro praxi v oblasti adiktologie. V České republice ergoterapeut není běžnou součástí adiktologických klinik, tudíž ani vyšetřovací metody, používané v rámci ergoterapie, nejsou u klientů se závislostí na návykových látkách hojně využívány. Vzhledem k tomuto faktu, sběr dat pro praktickou část proběhl v Psychiatrické léčebně v Dobřanech, kde ergoterapeut na oddělení pro závislost působí.

Teoretická část práce se zaměřuje na problematiku závislosti na návykových látkách z pohledu ergoterapie. Stručně jsou popsána diagnostická kritéria, typy závislosti, dále je definována úloha ergoterapeuta v multidisciplinárním týmu a jeho obecná role v boji se závislostí. Zaměřili jsme se převážně na oblasti, které často bývají u této cílové skupiny ohroženy, tj. soběstačnost, kognitivní funkce a v neposlední řadě prevence relapsu, kde má ergoterapeut jistě svou opodstatněnou roli. Z výše uvedeného vychází i vytvořený přehled možných vyšetřovacích metod, které by mohly být využívány v rámci vyšetření klienta se závislostí na návykových látkách.

Cílem praktické části, bylo zjistit, jaká je aplikovatelnost zvolených vyšetřovacích metod u klientů se závislostí na návykových látkách. V této části bakalářské práce je objasněn výběr vyšetřovacích metod a následně vyhodnoceny výsledky jednotlivých šetření. Analýza získaných dat poukazuje, na důležitost přítomnosti ergoterapeuta v multidisciplinárním týmu, který pracuje s klienty se závislostí na návykových látkách. Stejně tak by měl mít možnost provádět s klienty testy a dotazníky, které mu umožní vhléd do slabých a silných stránek klienta, díky čemuž získá představu o jeho potřebách a motivaci. Osobně se domníváme, že využitím vyšetřovacích metod v rámci vstupních vyšetření na oddělení se zvýší efektivita práce ergoterapeuta a dojde k důležitému posunu v přístupu k terapii. U této cílové skupiny je třeba dbát na individualitu klientů a zaujímat k nim různé přístupy. Stěžejním prvkem práce ergoterapeuta by neměla být skupinová terapie a aktivizační činnosti, ale individuální práce s klienty. Ergoterapie má široké uplatnění a výjimkou není ani obor adiktologie. Bylo zajímavé v této bakalářské práci zjistit úskalí aplikovatelnosti vybraných ergoterapeutických vyšetřovacích metod.

Pro větší výpovědní hodnotu by bylo jistě zajímavé provést testování u většího vzorku respondentů v rámci více pracovišť s větší časovou dotací. Věříme, že by tato práce mohla být podnětem pro další studie, například v rámci diplomové práce.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

AYRES, Helen a PANICKACHERIL, Alexander. The Assessment of Motor and Process Skills as a measure of ADL ability in schizophrenia. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* [online]. 2015, [cit. 2020-03-08]. DOI: 10.3109/11038128.2015.1061050. ISSN 1103-8128. Dostupné z: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/11038128.2015.1061050>

Barthelové test–ÚZIS ČR. Úvod – ÚZIS ČR [online] [cit.2020-02-29]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/index.php?pg=registry-sber-dat--klasifikace--barthelove-test>

BATES, Marsha, E, BUCKMAN, Jennifer, F, NGUYEN, Tam, T. A Role for Cognitive Rehabilitation in Increasing the Effectiveness of Treatment for Alcohol Use Disorders. *Neuropsychology Review* [online]. 2013, 23(1), 27-47 [cit. 2019-06-12]. DOI: 10.1007/s11065-013-9228-3. ISSN 1040-7308. Dostupné z: <http://link.springer.com/10.1007/s11065-013-9228-3>

BICKEL, W.K., JARMOLOWICZ, D.P., MULLER, E.T. *et al.* Are executive function and impulsivity antipodes? A conceptual reconstruction with special reference to addiction. *Psychopharmacology* 221, 361–387 (2012). <https://doi.org/10.1007/s00213-012-2689-x>

BRUIJNEN, Carolien J. W. H., Mandy JANSEN, Boukje A. G. DIJKSTRA, Serge J. W. WALVOORT, Selma LUGTMEIJER, Wiebren MARKUS, Cor A. J. DE JONG a Roy P. C. KESSELS. The Montreal Cognitive Assessment (MoCA) as a cognitive screen in addiction health care: A validation study for clinical practice. *Journal of Substance Use* [online]. 2018, 24(1), 47-54 [cit. 2020-03-08]. DOI: 10.1080/14659891.2018.1497102. ISSN 1465-9891. Dostupné z: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/14659891.2018.1497102>

BRYANT, Wendy, Jon FIELDHOUSE, Katrina BANNIGAN, Jennifer CREEK a Lesley LOUGHER. *Creek's occupational therapy and mental health*. 5th edition. Edinburgh: Churchill Livingstone/Elsevier, 2014. ISBN 07-020-4589-6.

COPERSINO M. L., *et al.* Rapid Cognitive Screening of Patients with Substance Use Disorders, *Experimental and clinical psychopharmacology*. 2009, 17(5), 337-344. doi: 10.1037/a0017260. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19803633>

FEIN, G, BACHMAN, L, FISHER, S. Davenport L. *Cognitive impairments in abstinent alcoholics*. *West J Med*. 1990 May;152(5):531-7. PubMed PMID: 2190421; PubMed Central PMCID: PMC1002406.

FISHER, A. G., & Bernspång, B. (2007). Response to: A critique of the Assessment of Motor and Process Skills (AMPS) in mental health practice. *Mental Health Occupational Therapy*, 12, 10–11. Dostupné z: <http://www.ampsintl.com/documents/MHOT%20March%202007.pdf>

GUTMAN, S. A. Why Addiction Has a Chronic, Relapsing Course. The Neurobiology of Addiction. *Occupational Therapy in Mental Health* [online]. 2006, 22(2), 1-29 [cit. 2020-03-06]. doi:10.1300/J004v22n02_01.

HÁLOVÁ, I. Možnosti využití ergoterapie v léčbě lidí se syndromem závislosti na alkoholu: Na lůžkovém oddělení-ženy; oddělení pro léčbu závislostí Všeobecné fakultní nemocnice [online]. Praha, 2008 [cit. 2019-03-12]. Bakalářská práce. Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Klinika rehabilitačního lékařství. Vedoucí práce Mgr. Martin Prokeš.

HELM-ESTABROOKS, Nancy. Cognitiv Linguistic Quit Test (CLQT). [online]. Copyright ©2020 NSC Peardon, Inc. [cit.2020-03-08] Dostupné z: <https://www.pearsonclinical.ca/en/products/product-master/item-191.html>

CHERN, Jen-Suh, KIELHOFNER, Gary, HERAS, Carmen, MAGALHAES, Livia, The Volitional Questionnaire: Psychometric Development and Practical Use *American Journal of Occupational Therapy*, 1996,. [online]. [cit.2020-03-08] Dostupné z: <https://doi.org/10.5014/ajot.50.7.516>

Informační systém [online]. Copyright ©K [cit.2020-02-16] Dostupné z: <https://is.muni.cz/el/med/podzim2014/VLGE091/52638747/53150101/53150194/53275858/AMoCa-CZ1-formular.pdf>

IROUŠKOVÁ, Darina. Navrácení soběstačnosti u klientů se závislostí z pohledu ergoterapie. Plzeň, 2014. bakalářská práce (Bc.). ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI. Fakulta zdravotnických studií

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

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

KATZ, N., ITZKOVICH, M., AVERBUCH, S., ELAZAR, B. Loewenstein Occupational Therapy Cognitive Assessment (LOTCA) Battery for Brain-Injured Patients: Reliability and Validity American. *Journal of Occupational Therapy*, [online]. [cit.2020-03-08] Dostupné z: <https://doi.org/10.5014/ajot.43.3.184>

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

Kraj Vysočina. Titulní stránka [online]. Copyright ©K [cit.2020-02-16] Dostupné z: https://www.kr-vysocina.cz/assets/File.ashx?id_org=450008&id_dokumenty=4065345

KRIVOŠÍKOVÁ, Mária. *Úvod do ergoterapie*. Praha: Grada, 2011. ISBN978-80-247-2699-1.

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

NEŠPOR, Karel. *Adiktologie pro všeobecné praktické lékaře*. 1. vyd. Praha. Nakladatelství Dr. Josef Raabe s.r.o. ISBN 978-80-7496-410-7

NOVÁKOVÁ, Hana, 2012.wikiknihovna. *Závislost* [online]. [cit.2020-02-16] Dostupné z: <http://wiki.knihovna.cz/index.php?title=Z%C3%A1vislost>

HRADECKÁ, Lenka, Ošetrování pasienta s polymorfni závislostí – Zdrví.Euro.cz. Zdravotnictví a medicína - Zdraví.Euro.cz [online]. [cit.2020-03-31]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/osestrovani-pacienta-s-polymorfni-zavislosti-458232>

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

RIDLEY, Nicole, J, DRAPER Brian, WITHALL Adrienne. Alcohol-related dementia: an update of the evidence. *Neuropsychology Review* [online]. 2013, 5(1), 249-280 [cit. 2019-06-12]. DOI: 10.1186/alzrt157. ISSN 1758-9193. Dostupné z: <http://alzres.biomedcentral.com/articles/10.1186/alzrt157>

ROJO-MOTA, Gloria, Eduardo, J., PEDRERO-PÉREZ, José, M., RUIZ-SÁNCHEZ DE LEÓN, Irene, LEÓN-FRADE, Patricia, ALDEA-POYO, Marina, ALONSO-RODRÍGUEZ, Jara, PEDRERO-AGUILAR a Sara, MORALES-ALONSO. Loewenstein Occupational Therapy Cognitive Assessment to Evaluate People with Addictions. *Occupational Therapy International* [online]. 2017, 1-7 [cit. 2020-03-08]. DOI: 10.1155/2017/2750328. ISSN 0966-7903. Dostupné z: <https://www.hindawi.com/journals/oti/2017/2750328/>

SOLOMON, A, David, MALLOY, Paul, F. Alcohol, head injury, and neuropsychological function. *Neuropsychology Review* [online]. 1992, 3(3), 249-280 [cit. 2019-06-12]. DOI: 10.1007/BF01109050. ISSN 1040-7308. Dostupné z: <http://link.springer.com/10.1007/BF01109050>

SCHWARZER, R., & JERUSALEM, M. (1995). Generalized Self-Efficacy scale. In J. Weinman, S. Wright, & M. Johnston, *Measures in health psychology: A user's portfolio. Causal and control beliefs* (pp. 35-37). Windsor, UK: NFER-NELSON.

STEINER, Andy. Occupational therapy for addiction? Experts say it's back / MinnPost [online]. [cit.2020-04-01] Dostupné z: <https://www.minnpost.com/mental-health-addiction/2017/03/occupational-therapy-addiction-experts-say-it-s-back/>

The Fetzer Institute. [online]. [cit.2020-02-16] Dostupné z: https://fetzer.org/sites/default/files/images/stories/pdf/selfmeasures/Self_Measures_for_Self-Esteem_ROSENBERG_SELF-ESTEEM.pdf

THOMAS, J., Gould. Addiction and Cognition. In. *Addiction Science & Clinical Practice*. 2010. Č. 5. (2); s. 4 - 14. PMC3120118

VÁLKOVÁ, Lenka. *Rehabilitace kognitivních funkcí v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, 2015. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5571-7.

YÜCEL, Murat, LUBMAN, Dan, I, SOLOWIJ, Nadia, BREWER, Warrick, J. *Understanding Drug Addiction: A Neuropsychological Perspective* [online]. 2016, 41(12), 957-968 [cit. 2019-06-12]. DOI: 10.1080/00048670701689444. ISSN 0004-8674. Dostupné z: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1080/00048670701689444>

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 Informovaný souhlas pracoviště

Příloha 2 Test instrumentálních všedních činností

Příloha 3 Montrealské kognitivní hodnocení

Příloha 4 Rosenberg Self-Esteem Scale

PŘÍLOHY

Příloha 1 Informovaný souhlas pracoviště

Informovaný souhlas pracoviště

Pro výzkumný projekt: Bakalářská práce – Ergoterapie v adiktologii – vyšetřovací metody

Období realizace: prosinec 2019

Řešitelé projektu: Markéta Vlasáková

Vážený pane,

obracím se na Vás se žádostí o spolupráci na výzkumném projektu, jehož cílem je zjistit na základě rozhovorů s pacienty mužského lůžkového oddělení č. 25 v psychiatrické nemocnici v Dobřanech, jak mohou vyšetřovací metody přispět k sestavení individuálního ergoterapeutického plánu. Sběr dat pro potřeby výzkumu bakalářské práce je realizován formou přibližně hodinového rozhovoru, který je anonymní a jehož obsah bude použit pouze ke studijním a vědeckým účelům. Dokumentace bude přístupná pouze komisi u obhajoby bakalářské práce. Z účasti na studii pro Vás nevyplývají žádná rizika. Pokud s účastí na projektu souhlasíte, připojte podpis, kterým vyslovujete souhlas s níže uvedeným prohlášením.

Prohlášení

Prohlašuji, že souhlasím s účastí na výše uvedeném projektu. Řešitelka projektu mne informovala o podstatě výzkumu a seznámila mne s cíli a metodami a postupy, které budou při výzkumu používány, podobně jako s výhodami a riziky, které pro mne z účasti na projektu vyplývají. Souhlasím s tím, že všechny získané údaje budou použity jen pro účely výzkumu a že výsledky výzkumu mohou být anonymně publikovány.

Měl jsem možnost vše si řádně, v klidu a v dostatečně poskytnutém čase zvážit, měl jsem možnost se řešitelky zeptat na vše, co jsem považoval za pro mne podstatné a potřebné vědět. Na tyto mé dotazy jsem dostal jasnou a srozumitelnou odpověď. Jsem informován, že mám možnost kdykoliv od spolupráce na projektu odstoupit, a to i bez udání důvodu.

Tento informovaný souhlas je vyhotoven ve dvou stejnopisech, každý s platností originálu, z nichž jeden obdrží moje osoba a druhý řešitel projektu.

Jméno, příjmení a podpis řešitele.....
V..... dne:.....

Jméno, příjmení účastníka projektu.....
V..... dne:.....

Zdroj: vlastní

Příloha 2 Test instrumentálních všedních činností

TEST INSTRUMENTÁLNÍCH VŠEDNÍCH ČINNOSTÍ (IADL)

Činnost:	Hodnocení:	Bodové skóre:
1. telefonování	vyhledá samostatně číslo, vytočí je zná několik čísel, odpovídá na zavolání nedokáže použít telefon	10 5 0
2. transport	cestuje samostatně dopravním prostředkem cestuje, je-li doprovázen vyžaduje pomoc druhé osoby, speciálně upravený vůz apod.	10 5 0
3. nakupování	dojde samostatně nakoupit nakoupí s doprovodem a radou druhé osoby neschopen bez podstatné pomoci	10 5 0
4. vaření	uvaří samostatně celé jídlo jídlo ohřeje jídlo musí být připraveno druhou osobou	10 5 0
5. domácí práce	udržuje domácnost s výjimkou těžkých prací provede pouze lehčí práce nebo neudrží přiměřenou čistotu potřebuje pomoc při většině prací nebo se práce v domácnosti neúčastní	10 5 0
6. práce kolem domu	provádí samostatně a pravidelně provede pod dohledem vyžaduje pomoc, neprovede	10 5 0
7. užívání léků	samostatně v určenou dobu správnou dávku, zná názvy léků užívá, jsou-li připraveny a připomenuty léky musí být podány druhou osobou	10 5 0
8. finance	spravuje samostatně, platí účty, zná příjmy a výdaje zvládne drobné výdaje, potřebuje pomoc se složitějšími operacemi neschopen bez pomoci zacházet s penězi	10 5 0
Celkové skóre:		

Hodnocení stupně závislosti v instrumentálních všedních činnostech:

0 - 40 bodů	závislý v IADL
45 - 75 bodů	částečně závislý v IADL
80 bodů	nezávislý v IADL

Podle: Lawton, M. P., Brody, E. M.: Gerontologist, 1969, s. 179-185.

Lawton, M. P.: Psychopharm. Bull., 24, 1988, s. 609-614.

Topinková, E., Neuwirth, J.: Geriatrie pro praktického lékaře. Grade, Praha 1995.

Zdroj: www.kr-vysocina.cz

Příloha 3 Montrealské kognitivní hodnocení

Identifikační číslo osoby: _____

Administrátor: _____

MONTREALSKÝ KOGNITIVNÍ TEST MoCA-CZ1

Jméno a příjmení: _____ **Datum narození:** _____

Datum vyšetření: _____ **Dominance (kroužkujte):** 1 – pravák, 2 – levák, 3 – ambidexter

Vzdělání (kroužkujte): 1 – ZŠ, 2 – SŠ bez maturity, 3 – SŠ s maturitou, 4 – VŠ **Počet let vzdělání:** _____

INSTRUKCE	HODNOCENÍ	Nepovinný * skór	MoCA skór																					
ZRAKOVĚ-PROSTOROVÉ A EXEKUTIVNÍ ÚLOHY																								
1. Zkrácený test cesty „Spojte postupně čarou číslice a písmena. Začněte od čísla 1 směrem k A, pak od A ke 2 a tak dále a skončete u E.“	1 bod náleží správně propojeným číslicím a písmenům 1–A–2–B–3–C–4–D–5–E. Čáry se nesmí křížit. Bod může být přiznán i při chybném propojení, jen když se vyšetřovaný/a sám okamžitě opraví.		/1																					
2. Obkreslování krychle „Okopírujte tuto kresbu co nej přesněji na volné místo vedle ní.“	1 bod náleží přesné kopii krychle. Kresba musí být trojrozměrná. Žádné čáry nesmí chybět ani přebývat. Čáry by měly být rovnoběžné, přibližně stejné délky. Lze uznat kresbu kvádry. Pokud kresba nevyhovuje těmto požadavkům, bod se neudělí.		/1																					
3. Test kreslení hodin „Nakreslete hodiny. Na ciferník umístěte všechna čísla a vyznačte čas 11 hodin 10 minut.“	Kontura _____ Čísla _____ Ručičky _____ 1 bod náleží za ciferník nakreslený jako kruh. Lze uznat drobné odchylky - např. ne zcela přesné spojení kružnice.	1 bod se přidělí, pokud žádná čísla nechybí ani nepřebývají. Čísla musí být uvedena ve správném pořadí a ve správných kvadrantech ciferníku. Akceptují se i římské číslice. Čísla mohou být umístěna vně kontury kruhu.	1 bod náleží za několika podmínek: Musí být zakresleny dvě ručičky ukazující správný čas. Ručičky musí vycházet ze středu ciferníku a poblíž středu ciferníku musí být spojeny. Hodinová ručička musí být zřetelně kratší než minutová.																					
4. POJMENOVÁNÍ „Pojmenujte tato zvířata.“	Lev _____ Nosorožec _____ Velbloud _____ 1 bod se přidělí za každé správně pojmenované zvíře. Místo ‚velbloud‘ lze uznat i ‚dromedár‘.		/3																					
5. PAMĚŤ – vštípení 1. „Nyní vyzkoušíme Vaši paměť. Přečtu Vám seznam slov, která si máte teď zapamatovat a pak si na ně později vzpomenout. Poslouchejte pozorně. Až skončím, snažte si vzpomenout na co nejvíce slov. Na pořadí nezáleží.“ 2. „Přečtu Vám stejný seznam slov ještě jednou. Snažte si zapamatovat co nejvíce slov a poté mi je vyjmenujte, včetně těch, která jste jmenoval/a poprvé.“ „Na konci testu Vás požádám, abyste si na tato slova znovu vzpomněl/a.“	Čtete rychlostí 1 slovo za sekundu.	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>TVÁŘ</th> <th>SAMET</th> <th>KOSTEL</th> <th>KOPRETINA</th> <th>ČERVENÁ</th> <th>správně vybaveno (body)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. pokus</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>*</td> </tr> <tr> <td>2. pokus</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>*</td> </tr> </tbody> </table>		TVÁŘ	SAMET	KOSTEL	KOPRETINA	ČERVENÁ	správně vybaveno (body)	1. pokus						*	2. pokus						*	Zde neudě- lujte žádné body
	TVÁŘ	SAMET	KOSTEL	KOPRETINA	ČERVENÁ	správně vybaveno (body)																		
1. pokus						*																		
2. pokus						*																		
Za každé správně vybavené slovo udělte 1 nepovinný bod.																								
6. POZORNOST																								
A. Opakování číslic																								
1. „Řeknu Vám řadu číslic. Až skončím, opakujte je ve stejném pořadí, v jakém jste je slyšel/a.“	2 1 8 5 4 _____	2. „Nyní Vám řeknu další řadu číslic. Až skončím, opakujte je v opačném pořadí, než jste je slyšel/a.“	7 4 2 _____																					
Čtete rychlostí 1 číslice za sekundu.	1 bod za správné zopakování všech číslic.	Čtete rychlostí 1 číslice za sekundu.	1 bod za správné zopakování všech číslic pozpátku.																					
/2																								

B. Vytukávání písmene A „Přečtu Vám řadu písmen. Pokaždé, když řeknu písmeno A, ťukněte rukou o stůl. Když řeknu jiné písmeno, netukněte.“		F B A C M N A A J K L B A F A K D E A A A J A M O F A A B	Jako chyba se počítá, když testovaný ťukne při jiném písmenu, nebo netukne při písmenu A. Přidělte 1 bod, pokud testovaný neudělá chybu, nebo se splete <u>pouze 1krát</u> .	/1															
C. Odečítání sedmiček „Odečtěte od čísla 100 číslo 7 a pak pokračujte v odečítání 7, dokud Vás nezastavím.“		93 86 79 72 65	Počítá se každé správné odečtení 7. Každý odečet se hodnotí odděleně. Skórujte 4–5 správných odečtů = 3 body, 2-3 správných = 2 body, 1 správný = 1 bod, 0 správných = 0 bodů.	/3															
ŘEČ 7. Opakování vět „Přečtu Vám větu. Vy ji po mně zopakujete přesně tak, jak jsem ji řekl/a.“ „Nyní Vám přečtu další větu. Oopakujte ji po mně přesně tak, jak jsem ji řekl/a.“		Pouze vím, že je to Jan, kdo má dnes pomáhat. _____ Když jsou v místnosti psi, kočka se vždy schová pod gauč. _____ 1 bod za každou správně opakovanou větu. Odpověď musí být přesná. Nelze uznat vynechání, nahrazení nebo přidání slova.		/2															
8. Slovní produkce na počáteční písmeno „K“ „Vaším úkolem bude vyjmenovat co nejvíce slov, která začínají určitým písmenem. Můžete vyjmenovávat jakákoliv slova. Nesmíte však říkat vlastní jména a názvy (např. Barbora, Bratislava) a slova, která se liší pouze koncovkou (např. malba, malíř, malovat). Po 1 minutě Vás zastavím. Jste připraven/a? (pauza) Vyjmenujte co nejvíce slov, která začínají písmenem K. Teď.“ (Po uplynutí 60 sekund.) „Stop.“ Slova můžete zaznamenávat na zadní stranu listu pro pacienta.		Počet všech slov: _____ Počet správných slov: _____	Přidělte 1 bod, pokud vyšetřovaný vyjmenuje 11 a více slov během 1 minuty.	/1															
9. ABSTRAKCE Nácvik „Řekněte mi, co mají společného pomeranč a banán.“ Po špatné odpovědi se zeptejte max. 1x: „Co mají ještě jiného společného?“ Pokud vyšetřovaný neodpoví správně, řekněte: „Ano, ale obojí je také ovoce.“		1. „Nyní mi řekněte, co mají společného vlak a bicykl.“	2. „Nyní mi řekněte, co mají společného hodinky a pravitko.“	Správná odpověď (obojí je ovoce) se nebuduje. 1 bod za odpověď: dopravní prostředky, způsoby cestování, oběma můžete jet na výlet. Jiné odpovědi jsou špatné. 1 bod za odpověď: nástroje na měření, používají se k měření. Jiné odpovědi jsou špatné.	/2														
10. PAMĚŤ – oddálené vybavení „Před několika minutami jsem Vám přečetl/a seznam slov. Řekněte mi co nejvíce slov, která si z něj pamatujete.“		Přidělte 1 bod za každé správně vybavené slovo pouze bez nápovědy .		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%;"></th> <th style="width: 10%;">TVÁŘ</th> <th style="width: 10%;">SAMET</th> <th style="width: 10%;">KOSTEL</th> <th style="width: 10%;">KOPRETINA</th> <th style="width: 10%;">ČERVENÁ</th> <th style="width: 10%;">vybaveno slov</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">Bez nápovědy</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		TVÁŘ	SAMET	KOSTEL	KOPRETINA	ČERVENÁ	vybaveno slov	Bez nápovědy							/5
	TVÁŘ	SAMET	KOSTEL	KOPRETINA	ČERVENÁ	vybaveno slov													
Bez nápovědy																			
Oddálené vybavení bez nápovědy lze doplnit vybavením s nápovědou. Ke každému slovu, které vyšetřovaný nevybavil, poskytněte kategoriální nápovědu. Pokud ani tak slovo nevybaví, poskytněte nápovědu výběrem ze 3 možností.		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%;">Kategoriální nápověda</th> <th style="width: 10%;">část těla</th> <th style="width: 10%;">druh tkaniny</th> <th style="width: 10%;">typ stavby</th> <th style="width: 10%;">druh květiny</th> <th style="width: 10%;">barva</th> <th style="width: 10%;">vybaveno slov</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">Nápověda výběrem</td> <td>nos tvář ruka</td> <td>pytlovina bavlna samet</td> <td>kostel škola nemocnice</td> <td>růže kopretina tulipán</td> <td>červená modrá zelená</td> <td style="text-align: center;">*</td> </tr> </tbody> </table>		Kategoriální nápověda	část těla	druh tkaniny	typ stavby	druh květiny	barva	vybaveno slov	Nápověda výběrem	nos tvář ruka	pytlovina bavlna samet	kostel škola nemocnice	růže kopretina tulipán	červená modrá zelená	*	Nepriděluje žádný bod do skóru MoCA!	/6
Kategoriální nápověda	část těla	druh tkaniny	typ stavby	druh květiny	barva	vybaveno slov													
Nápověda výběrem	nos tvář ruka	pytlovina bavlna samet	kostel škola nemocnice	růže kopretina tulipán	červená modrá zelená	*													
11. ORIENTACE „Kolikátého je dnes?“ datum _____ rok _____ místo _____ město _____ měsíc _____ den v týdnu _____ Pokud zkoušený neuvede celou odpověď, zeptáme se doplňujícími otázkami. „Řekněte mi, jaké je dnes přesné datum, měsíc, rok, den v týdnu?“ Nelze uznat odchylku 1 dne.		„Nyní mi řekněte přesný název tohoto místa a město, ve kterém jsme.“ 1 bod za každou správnou odpověď. Odpovědi musí být přesné - přesný název nemocnice či kliniky.		/6															
Převod do češtiny a graf. úprava: Doc. MUDr. A. Bartoš, PhD, Bc. H. Orlíková, 2012. Původní zdroj: MOCA 7.1, © Z. Nasreddine MD, www.mocatest.org.			+1b těm, kteří mají 10-12 let vzdělání, +2b těm, kteří mají 4-9let vzdělání; norma ≥26/30	CELKEM	/30														

ZÁZNAMOVÝ ARCH SLOVNÍ PRODUKCE

Počet	K	Počet	K
1		21	
2		22	
3		23	
4		24	
5		25	
6		26	
7		27	
8		28	
9		29	
10		30	
11		31	
12		32	
13		33	
14		34	
15		35	
16		36	
17		37	
18		38	
19		39	
20		40	

Opakování si můžete zvýraznit přeškrnutím čísla vlevo a písmenem „O“ vpravo od slova (např. ~~kyvadlo~~ O).

Slova mimo podmínky si můžete zvýraznit přeškrnutím čísla.

Celkem správně	
Opakování	
Mimo podmínky	



Převod do češtiny a grafické zpracování tréninkové verze: Doc. MUDr. Aleš BARTOŠ, Ph.D., Bc. Hana ORLÍKOVÁ. Ke stažení z www.pcp.lf3.cuni.cz/adcentrum. Převod a úpravy byly schváleny kontrolou zpětného překladu do angličtiny původním autorem Dr. Nasreddine.

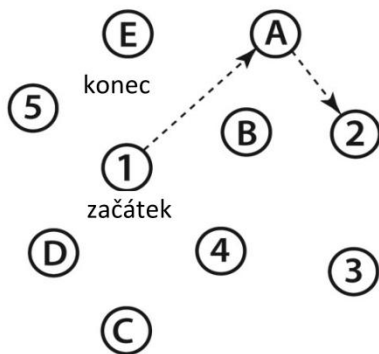
Zdroj původní české verze: Reban J. Montrealský kognitivní test (MoCA): přínos k diagnostice predmencí. Čes Ger Revue 2006; 4: 224-229.

Původní zdroj: Nasreddine ZS, Phillips NA, Bedirian, V, Charboneau S, Whitehead V, Collin I et al. The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. J. Am. Geriatr Soc 2005; 53(4): 695-699.

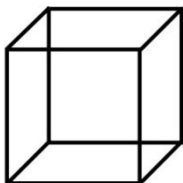
Příjmení nebo identifikační číslo osoby: _____

LIST PRO VYŠETŘOVANÉHO

Test cesty

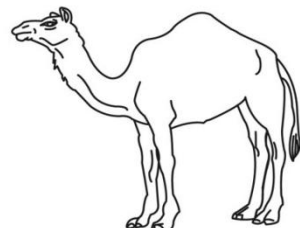
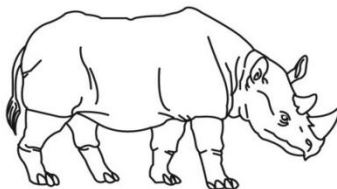
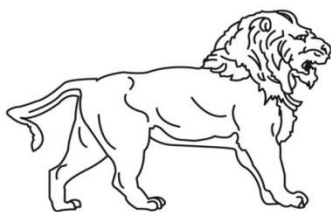


Okopírujte krychli.



Nakreslete hodiny, které ukazují jedenáct hodin deset minut.

Pojmenování



Příloha 4 Rosenberg Self-Esteem Scale

Rosenberg Self-Esteem Scale

Identifikační číslo osoby: _____

Datum vyšetření: _____

RSE		1	2	3	4
		ROZHODNĚ SOUHLASÍM	SOUHLASÍM	ROZHODNĚ NESOUHLASÍM	NESOUHLASÍM
1	Cítím se jako člověk, který za něco stojí (alespoň ve stejné rovině jako ostatní)				
2	Mám pocit, že mám řadu dobrých kvalit				
3	Mám sklon cítit, že jsem selhal				
4	Dokážu dělat věci, stejně dobře jako ostatní				
5	Cítím, že nemám být na co hrdý				
6	Zaujímám vůči sobě pozitivní postoj				
7	Celkově jsem se sebou spokojený				
8	Přál bych si, abych se více respektoval				
9	Většinu času si přijdu k ničemu				
10	Někdy si myslím, že na mě není nic dobrého				

Dostupné z: https://fetzer.org/sites/default/files/images/stories/pdf/selfmeasures/Self_Measures_for_Self-Esteem_ROSENBERG_SELF-ESTEEM.pdf

Zdroj: www.fetzer.org