

Occupational Balance in a Client Recovering from a Trauma Suffered while Intoxicated – a Case Study

Rodová, Z.^{1,2}, Jandáč, T.¹, Jarošová, Z.², Gašparová, P.², Veselková, E.², Kiss-Szemán, B.²

1 | Charles University, First Faculty of Medicine, and General University Hospital in Prague, Department of Addictology, Prague, Czech Republic

2 | Charles University, First Faculty of Medicine, and General University Hospital in Prague, Department of Rehabilitation Medicine, Prague, Czech Republic

Citation | RODOVÁ, Z., JANDÁČ, T., JAROŠOVÁ, Z., GAŠPAROVÁ, P., VESELKOVÁ, E., KISS-SZEMÁN, B. Rovnováha aktivit u klienta po pádu v ebrietě – kazuistická studie. *Adiktol. prevent. léčeb. praxi.* 2021; **4**(1), 22–27; doi: 10.35198/APLP/2021-001-0002.

Summary | The goal of occupational therapy is the maximum possible self-sufficiency and independence of a client in his or her activities, or “occupations”, which include self-care, work, and leisure activities. It is necessary that the individual activities are in balance and the client has a balanced daily routine. Occupational imbalance affects human health. The aim of the article is to explore the topic of occupational balance. For better understanding, the article is written as a case report of a client, a young man who

suffered a traumatic brain injury while intoxicated. The individual phases of this client’s two-year rehabilitation are described and changes in his daily routine and the occupational balance of the activities he performed are shown. Alcohol affected the client’s functioning in everyday life and the injury and the treatment. Unfortunately, there was no addiction-specific intervention during the two years of rehabilitation. The article seeks to show the need for greater liaison between different disciplines.

Keywords | Occupational balance – Alcohol – Traumatic brain injury – Substance use

Submitted | 10 October 2020

Accepted | 9 February 2021

Grant affiliation | The article was written as part of Specific University Research, Grant No. 260500. This article was supported by the institutional support programme Progres No. Q06/LF1.

Correspondence address | Zuzana Rodová, MSc, Charles University, First Faculty of Medicine, and General University Hospital in Prague, Department of Rehabilitation Medicine, Albertov 7, 128 00 Prague 2, Czech Republic

zuzana.rodova@lf1.cuni.cz

Rovnováha aktivit u klienta po pádu v ebrietě – kazuistická studie

Rodová, Z.^{1,2}, Jandáč, T.¹, Jarošová, Z.², Gašparová, P.², Veselková, E.², Kiss-Szemán, B.²

1 | Univerzita Karlova a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze, 1. Lékařská fakulta, Klinika adiktologie

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

Citace | RODOVÁ, Z., JANDÁČ, T., JAROŠOVÁ, Z., GAŠPAROVÁ, P., VESELKOVÁ, E., KISS-SZEMÁN, B. Rovnováha aktivit u klienta po pádu v ebrietě – kazuistická studie. *Adiktol. prevent. léčeb. praxi.* 2021; **4**(1), 22–27; doi: 10.35198/APLP/2021-001-0002.

Souhrn | Cílem ergoterapie je maximální možná soběstačnost a nezávislost klienta v jeho aktivitách neboli zaměstnávání (occupation), do kterých patří sebeobsluha, práce a volnočasové aktivity. Je potřeba, aby jednotlivé aktivity byly v rovnováze a klient měl vyvážený denní režim. Nerovnováha aktivit má vliv na lidské zdraví. Cílem článku je seznámit s tématem rovnováhy aktivit. Pro názornější pochopení problematiky je článek zpracován ve formě kazuistiky klienta, mladého muže, který si v ebrietě

způsobil traumatické poškození mozku. Jsou popsány jednotlivé fáze rehabilitace tohoto klienta po dobu dvou let a je ukázáno, jak se měnil jeho denní režim a rovnováha aktivit, které prováděl. Alkohol měl vliv na fungování klienta v běžném životě, na úraz i na průběh terapií. Během dvou let rehabilitace bohužel nedošlo k adiktologické intervenci. Článek se snaží ukázat na nutnost větší propojenosti oborů.

Klíčová slova | Rovnováha zaměstnávání – Ergoterapie – Alkohol – Traumatické poškození mozku – Užívání látek

Došlo do redakce | 10. října 2020

Přijato k tisku | 9. února 2021

Grantová podpora | Článek byl sepsán v rámci Specifického vysokoškolského výzkumu, č. grantu: 260500. Tento článek byl podpořen institucionálním programem podpory Progres č. Q06/LF1.

Korespondenční adresa | Bc. Zuzana Rodová, M.Sc., Univerzita Karlova a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika rehabilitačního lékařství, Albertov 7, 128 00 Praha 2

zuzana.rodova@lf1.cuni.cz

1 TEORETICKÁ VÝCHODISKA A ÚVOD

Rovnováhu režimu dne u klientů řeší ergoterapeut (v angl. occupational therapist), který by se dle Kielhofnera (2009) neměl zaměřit jen na postižení, ale na to, jaký mají vliv na provádění jednotlivých aktivit. Cílem ergoterapie je u klienta jakéhokoliv věku nebo postižení dosáhnout co největší soběstačnosti a díky tomu kvality života. Prostředkem terapie je smysluplná činnost neboli zaměstnávání (ang. occupation). Zaměstnáváním je myšlena „skupina činností, která má individuální a sociokulturní význam, podporuje participaci ve společnosti a má v dané kultuře svůj smysl a označení. Zaměstnávání je možné rozdělit na tři oblasti: soběstačnost, produktivitu a volný čas“ (Česká asociace ergoterapeutů, 2009). Užívání návykových látek má dle Kiepekové (2016) na provádění těchto aktivit velký vliv. Například v sebeobsluze se jedná o opomíjení osobní hygieny nebo přípravy jídla. U práce jsou to absence v práci, snížení pozornosti a energie, snížení produktivity, zvýšení rizik úrazu. Užívání látek probíhá často v době volnočasových aktivit, podporuje inkluzi do některých sociálních skupin a mění zájem o jiné činnosti.

Jednotlivé aktivity by měly být v **rovnováze** (occupational balance). Existují různé definice a pohledy na to, co je to rovnováha. Důležitý je rytmus, harmonie, proměnlivost, pořadí a organizace (Krivošíková, 2011). Aktivit je potřeba mít správné množství a správnou variaci dle schopností, zájmů, věku, pohlaví a role klienta. Za rovnováhu se považuje stav, kdy se vnímáme jako zdraví, bez stresu.

Dle Radomski et al. (2014) lze aktivity dělit podle stráveného času, náročnosti a podle smyslu. Pro rovnováhu je nutná kombinace fyzických, psychických, sociálních a odpočinkových aktivit. U rozložení aktivit potřebujeme naplnit základní potřeby, vztah s ostatními, cítit se být zapojeni, mít výzvy a cítit se kompetentní, tvořit smysl a vlastní identitu.

U závislého člověka mohou aktivity, spojené s opatrováním prostředků na pořízení návykových látek nebo s vlastním pořizováním návykových látek vyplnit většinu nebo veškerý jeho čas. Naopak se mu často snižuje počet ostatních aktivit, a je tedy naplněn jeden ze znaků syndromu závislosti, kdy je prioritou v užívání drogy před ostatními aktivitami a závazky (Hoxmark et al., 2012).

Velmi jednoduše se dá říct, jak uvádí Sadlo (2018), že běžná populace má příliš mnoho sezení, jedení, práce, alkoholu, tabáku, pobytu uvnitř budovy a technologií, a naopak málo stání, cvičení, zábavy, pití vody, pobytu venku a tvoření, umění. Rovnováha aktivit je daleko komplexnější a složitější. Je pro každého jedince individuální a mění se v průběhu života.

Pokud nejsme schopni zvládnout aktivity, které jsou pro nás naplňující a umožňují nám plnit své role, dochází k **nerovnováze aktivit** (occupational imbalance), která má vliv na celkové zdraví a kvalitu života. Dle toho, jak je nerovnováha velká, dochází k **nedostatku zaměstná-**

vání (occupational deprivation). Příkladem je zapomenutí pracovních návyků při pobytu ve vězení. Také je sem možné zařadit např. obezitu způsobenou nevhodným stravováním, vertebrogenní obtíže způsobené sedavým zaměstnáním. Důsledkem nedostatku zaměstnávání může být i závislost. Zároveň během závislosti dochází k omezení kapacity pro vykonávání dalších aktivit.

Během provádění aktivit probíhá odměňování pomocí vlastních hormonů v centru odměny v mozku (např. při běhání se vyplavuje dopamin a serotonin). Návykovými látkami lze jednoduše toto nahradit uměle bez nutnosti aktivitu vykonat. Dále se jedná o **odcizení se od zaměstnávání** (occupational alienation), stav kdy člověk nevidí v aktivitách smysl a nenaplní ho. Jednotlivými aspekty zaměstnávání a jeho vlivem na lidské zdraví se zabývá **věda o zaměstnávání** (occupational science).

1. 1 Terapie zaměřená na rovnováhu aktivit

Vyšetření probíhá nejčastěji formou rozhovoru o denním režimu (popis celého dne) a o jednotlivých aktivitách. Lze využít dotazník Struktura dne, kreslení kruhového grafu ohledně rozdělení aktivit během 24 hodin. Dále existují dotazníky jako je Occupational Balance Questionnaire, Occupational Questionnaire, Occupational Performance History Interview a další.

Na základě rozhovoru a dotazníku zjišťují ergoterapeuti, jaké aktivity klient provádí, které ho baví a jaké by si přál provádět. Dále čas jimi strávený, problémy v rovnováze aktivit, zda má klient prázdná místa, nebo naopak přeplněnost jeho dne, zda některé aktivity chybí, jak je se svým denním režimem spokojený, jaký to má vliv na jeho zdraví a pohodu (well being), zda chce klient něco měnit. Na základě toho se ergoterapeut snaží, aby klient postupně prováděl změny režimu dne.

Toto potvrzuje i Stoffelová a Moyersová (2004), že jednou z možností práce ergoterapeuta u uživatelů návykových látek je zjistit jejich denní režim, jaké užívají látky a jaký to má vliv na provádění jejich každodenních aktivit, rovnováhu aktivit a tím kvalitu života. V adiktologických službách využíváme přístupů kognitivně behaviorální terapie a zejména behaviorální terapie. Obdobné principy bychom mohli nacházet například v nástrojích režimových opatření a rozvrhu dne v lůžkové a rezidenční formě péče, v nácviku relaxačních technik, v zátěžových aktivitách, apod. (Kalina, 2015).

2 KAZUISTIKA

Pro názornější pochopení problematiky rovnováhy aktivit je článek zpracován ve formě kazuistiky klienta, mladého muže, který si v ebrietě způsobil traumatické poškození mozku. Jsou ukázány jednotlivé fáze jeho rehabilitace a jak se během nich měnila náplň terapie, jeho denní režim a rovnováha aktivit.

Případ je tvořen pomocí záznamů z dokumentace klienta (ze zápisů lékaře, ergoterapeuta, psychologa a fyzioterapeuta), který docházel na terapii na Klinikou rehabilitačního lékařství 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice (dále jen KRL). S klientem pracoval celý multidisciplinární tým, kromě zmíněných profesí s klientem pracoval logoped, speciální pedagog a protetik.

Etický aspekt: aby byla zachována anonymita klienta, byly některé informace změněny tak, aby nedošlo k možnosti identifikovat klienta. Změněná data nezkrusují výstup a cíl článku. Klient při vstupním vyšetření na KRL podepsal informovaný souhlas ohledně použití anonymizovaných dat.

4/2018: mladý muž (39 let), utrpěl kraniotrauma, úraz se stal v ebrietě (vypadl z balkonu v baru). Alkohol: 3,3 promile (10 piv). Po odvozu do nemocnice nejdřív jeho stav odpovídal konzumaci. Postupně zhoršení stavu. Měl hematom, který byl evakuován z kraniotomie. Vznikla centrální hemiparéza levostranná s větším postižením horní končetiny, paréza lícního nervu.

FA: antiepileptika: Keppra 500 mg 1-0-1 (11/2018 měl jediný epileptický záchvat, byl sledován).

Toxikologická anamnéza: nikdy nekouřil, občas pivo, drogy 0.

Osobní anamnéza: operace – 2016 poranění obličejového skeletu při autonehodě, provedena rekonstrukce obličeje.

Sociální anamnéza: Rodinný stav: svobodný, děti: 0.

Školní anamnéza: vystudoval jen tři roky střední školy, studium tedy nedokončil; měl jen základní vzdělání.

Pracovní anamnéza: pracoval jako technolog 7 let, poslední zaměstnání: kácení stromů v zahraničí (10 let).

Smysly: používal brýle na astigmatismus; slyšel dobře.

Po stabilizaci stavu ještě jako ležící pacient převezen do lůžkového rehabilitačního ústavu. Při propouštění chodil s vycházkovou holí. Snížené kognitivní funkce, neměl náhled na situaci. Měl intenzivní kognitivní trénink. Terapie zaměřená na chůzi, funkci levé horní končetiny a soběstačnost. Dále pobyt v dalších dvou lůžkových rehabilitačních zařízeních.

Denní režim byl přizpůsobený chodu lůžkových zařízení. Díky tomu byl pravidelný. Absolvoval jednotlivé terapie. Odpoledne a večer volno. Omezení možností vykonávat běžné volnočasové aktivity, své koníčky.

1/2019 vyšetření na KRL a zahájení ambulantních terapií (individuální terapie 1x týdně). Částečně soběstačný, chodil do práce – pracoval jako administrátor, čekal na výměr invalidního důchodu 1. stupně. Díky předchozí

práci v zahraničí se řešilo, který stát má důchod vyplácet. Začal rehabilitační pobyt, ukončil práci. Pacient byl bez finančních prostředků, podporovala ho rodina. Žil s přítelkyní u jejího otce v bytě.

5/2019 Denní stacionář KRL (celodenní intenzivní program 5x týdně) – měsíc, dále ambulantní terapie. Terapie zaměřená na chůzi, funkci levé horní končetiny (mírné zlepšení hybnosti v ramenním kloubu), soběstačnost, trénink kognitivních funkcí. Došlo k lepšímu náhledu klienta na situaci. Celkový kognitivní výkon se pohyboval v pásmu průměru. Dle psychologického vyšetření přestal pít alkohol. Díky ambulantnímu docházení na terapii měl možnost být doma. Měl větší prostor pro vykonávání běžných aktivit, starat se o domácnost (uklizení, vaření, atd.)

9/2019 pobyt na lůžkové rehabilitaci.

Podzim 2019 – 3 měsíce ambulantní docházení do rehabilitačního centra do denního stacionáře, kde dále pokračoval. S cílem funkční trénink levé horní končetiny a návrat do práce. Současně docházel na aplikace botulinumtoxinu do levé horní končetiny do centra pro léčbu spasticity.

2/2020 Vyšetření na KRL a zahájení ambulantního docházení – chůze se zlepšila, chodil bez hole, s ortézou pro lepší dorziflexi levé dolní končetiny. Cirkumdukce levé dolní končetiny, chůze bez pomůcek při vynaložení zvýšeného úsilí.

Sociální anamnéza: měl invalidní důchod 1. stupně; odebrán statut OZP (osoby se zdravotním postižením) a průkazu ZTP (zvláště tělesně postižený), měl zažádáno o příspěvek na bydlení a na péči.

Toxikologická anamnéza: nikdy nekouřil, občas pivo, drogy 0.

Bytová situace: přítelkyni neměl. Bydlel u kamaráda v hotelu, využíval pokojové služby – úklid, praní.

Režim dne: pravidelnost: 2 dny v týdnu chodil do rehabilitačního centra 8:30–14:00, 3 dny byl na hotelu a cvičil, procházel se. Spal dobře.

Zájmové činnosti: dříve sporty, poté procházky, posilování. Měl cíl dát se nejdřív dohromady, pak se vrátit ke koníčkům.

Pracovní anamnéza: vracel se do zahraničí. Měl domluveno, že začne pracovat ve firmě, kde dříve pracoval – kácení stromů, pouze bude mít změněnou pracovní náplň. Bude řídit skupinu lidí, rozdělovat práci, starat se o bezpečnost, nebude řídit auto (ve skupině bude řídit někdo jiný), pracovat s přístrojem upraveným pro jednu ruku.

Cíl pacienta: „dát ruku do pořádku – zvládnout otevřít dveře, vrátit se do práce“.

Anamnéza bolesti: pouze při protahování levé horní končetiny.

Kognitivní, psychosociální funkce a komunikace: subjektivní obtíže neměl, prý již bylo vše v pořádku. V průběhu vyšetření: pozornost udržel, psychomotorické tempo přiměřené. Expresí i porozumění bez patologického nálezu.

Soběstačnost: personální ADL (ADL – activity of daily living – běžné denní činnosti: sebesycení, oblékání, osobní hygiena, WC, přesuny) – zvládl vše sám, pomalejší tempo, používal pouze pravou horní končetinu (používal elastické tkaničky do bot, jídlo si vybíral to, které jde sníst jednou rukou). Instrumentální ADL – na většinu využíval služby (úklid – pokojová služba, prádelna, stravuje se v jídelně), neřídil, sám cestoval MHD, platil kartou, na počítači pracoval pouze pravou horní končetinou (používal klávesové zkratky).

Funkční hodnocení levé horní končetiny: spastická levostranná hemiparéza, omezené pohyby v rameni i lokti, akrom ve spastickém postavení, prsty byly obtížně uvolnitelné, bez aktivního úchopu.

3 SHRUTÍ – ZMĚNY V ROVNOVÁZE AKTIVIT KLIENTA V PRŮBĚHU DVOU LET

Co se týče rozložení aktivit v průběhu času, ze začátku byl klient dlouhodobě hospitalizovaný v lůžkových rehabilitačních ústavech, kde se jeho aktivity plně řídily režimem zařízení. Kvůli jeho fyzickému stavu (na začátku byl ležící pacient) mu veškeré sebeobslužné činnosti zabraly daleko více času. Neměl možnost vykonávat své volnočasové aktivity, a to nejen kvůli režimu zařízení, ale i fyzickému postižení.

Během docházení na rehabilitaci ambulantní formou (byl již chodící) se dostal do domácího prostředí, kde prováděl sebeobslužné aktivity, ve kterých se už více zdokonalil. Částečně se staral o domácnost, měl možnost zapojit se do volnočasových aktivit. Díky tomu jeho aktivity byly daleko více v rovnováze, i když pracovní aktivity nebyly zastoupené.

Při dalším ambulantním docházení (2/2019) se jeho aktivity změnily. Začal bydlet v hotelu, využíval hotelových služeb. Kvůli tomu mu zůstaly pouze sebeobslužné aktivity. Většinu dne trávil cvičením (jak na rehabilitaci, tak doma). Volnočasovým aktivitám se příliš nevěnoval. Pracovní aktivity neměl žádné. Rovnováha jeho aktivit se výrazně snížila.

Na konci byl návrat do zahraničí a do práce. Klient stále potřeboval cvičit levostranné končetiny, takže cvičení mu stále zabralo část dne. Sporty, které vykonával dříve, zatím vykonávat nemůže. Vhodné by bylo najít nějakou jinou náplň volného času. Jeho denní režim by mohl být díky docházení do práce a návratu k normálnímu životu daleko více vyvážený.

4 DISKUZE

Jedná se o kazuistiku vybraného klienta, který si v ebrietě způsobil traumatické poškození mozku s následnou hemiparézou. Kvůli tomu se mu ze dne na den zcela změnil nejen život, ale i denní režim. Během různých fází rehabilitace se tento režim různě přizpůsoboval daným programům v rehabilitačních zařízeních. Nejvíce k tomu docházelo v době hospitalizace. Těmito zařízeními prochází více klientů se stejnou diagnózou a částečně se může zdát, že je jejich režim dne podobný, ale není tomu tak. Ukázkou tohoto klienta nemůžeme generalizovat na další. V rámci ergoterapie je vždy nutné zjišťovat jejich denní režim a rozložení aktivit a zaměřit na ně individuálně terapii.

Jedná se o kazuistiku klienta od jeho úrazu 4/2018 končící odjezdem do zahraničí 5/2020. Otázkou je, jak se mu povedl návrat do práce a k dalším aktivitám. Klient byl pro návrat do práce v zahraničí velmi motivovaný.

Při vyšetření rehabilitačního lékaře a ergoterapeuta je toxikologická anamnéza odebírána pouze krátkým dotazem. Kvůli tomu se získávají pouze velmi orientační informace. Většina klientů uvádí pravdivé informace ohledně kouření. Co se týče užívání alkoholu, klienti uvádějí často pouze občasnou konzumaci. O ostatních návykových látkách se většinou nevyjadřují.

Z adiktologického hlediska bychom mohli uvažovat o splnění kritérií rizikového, resp. škodlivého užití alkoholu, neboť užití látky vedlo k poruše zdraví. Bohužel dokumentace neobsahuje více podrobností o užívání a dalších příznacích případné závislosti. Sám klient udával občasnou pití alkoholu, zároveň neměl pocit, že by s užíváním alkoholu měl problém. O předchozí nehodě (z roku 2016) udává, že se jednalo o mikrospánek při řízení (alkohol popírá). V 5/2019 udával, že přestal pít. 2/2020 udává občasnou konzumaci alkoholu. V tomto ohledu bychom měli být obezřetní, zda se nejedná o návrat ke starému způsobu chování, který by mohl být zapříčiněn v nedostatečné práci na změně životního stylu, trávení volného času a zvládnání každodenních stresových situací.

Citliví bychom měli být na informaci o farmakoterapii epileptických paroxysmů, kde není jasná jejich etiologie. Zda jsou způsobeny kraniotraumatem nebo jsou důsledkem nadměrného užívání alkoholu. Pokud bychom mohli uvažovat o etylické etiologii, bylo by velmi důležité mluvit s klientem o jeho skutečném užívání alkoholu. Výskyt paroxysmů by mohl poukazovat na dlouhodobé a pravidelné pití alkoholu ve větších dávkách.

Pro efektivnější progres v rámci rehabilitace by bylo vhodné, pokud by se u klientů řešila i adiktologická problematika. U klienta z kazuistiky byla jeho konzumace řešena pouze dotazem. V rámci jednoho setkání s psychologem bylo řešeno, zda se klient rozhodne přestat pít. Dále to však již řešeno nebylo a klient se ke konzumaci alkoholu vrátil.

U klientů, u kterých se v rámci dotazu objeví užívání návykových látek, by bylo vhodné zařadit některé ze screeningových hodnocení ohledně jejich spotřeby a frekvence užívání. Z výsledků hodnocení by mohl adiktolog stanovit vhodné a příslušné intervence, např. posilování motivace ke změně životního stylu, nástroje prevence relapsu, práce s cravingem apod. V případě potřeby by mohl být stanoven vhodný matching pro další léčbu (porovnávání služby s potřebami klienta). Ideální by bylo adiktologické konzilium nebo využití pozice adiktologa u lůžka, jejíž zřízení se v některých nemocnicích zvažuje.

Ideální by bylo zapojení ergoterapeuta do multidisciplinárního týmu adiktologických zařízení, kde by u klientů řešil soběstačnost, práci a volnočasové aktivity. Na rozdíl od pracovního terapeuta by používal standardizované hodnocení, analýzu aktivit a modelové činnosti. Díky tomu, by ostatní členové týmu získávali strukturované zápisy z jednotlivých terapií včetně vstupních a výstupních vyšetření. Velkou výhodou zařazení ergoterapeuta by byl i jeho individuální přístup ke klientovi a využití smysluplných aktivit.

V ergoterapeutické praxi v České republice je nejčastěji používaným způsobem pro vyšetření rovnováhy aktivit a denního režimu klienta rozhovor. Ten byl použit i v této kazuistice. Pro kvalitnější představení problematiky by bylo vhodnější, kdyby byl u klienta doplněn i použitím dotazníku, který má díky grafickému znázornění lepší vizualizaci.

5 ZÁVĚR

Cílem sdělení bylo vykreslit důležitost rovnováhy aktivit a režimu dne klienta. Dále ukázat, jakým způsobem ergoterapeut pracuje s klientem v rámci terapie. Rovnováha aktivit je velmi individuální a je nutné brát v úvahu i to, jak se v průběhu života mění. Jakékoliv změny v režimu dne, které se klient rozhodne udělat, jsou velmi pomalé a trvá dlouho, než se je povede ho jeho struktury dne zavést. Díky provedeným změnám se může zlepšit jeho zdraví a kvalita života.

Užívání alkoholu mělo na klienta a jeho fungování v rámci svých aktivit velký vliv, jak na vlastní úraz, kdy z člověka, který pracoval a velmi aktivně sportoval, se stal ležící pacient, tak na rehabilitaci (dodržování zásad, progres). V rámci rehabilitace byla adiktologická problematika řešena pouze minimálně, proto je i v článku popsána velmi málo. Článek se snaží ukázat, že pro kvalitnější intervenci při práci s klienty by bylo vhodné, pokud by došlo k větší propojenosti oborů.

Role autora | První autor pracoval na sběru dat pro článek a zpracoval data do podoby článku. Druhý autor článek revidoval a doplňoval adiktologický pohled. Ostatní autoři se podíleli na rešerši literatury pro článek. Všichni autoři schválili konečnou podobu manuskriptu.

Konflikt zájmů | Bez konfliktu zájmů.

LITERATURA / REFERENCES

ČESKÁ ASOCIACE ERGOTERAPEUTŮ. *CONSENSUS DEFINITIONS – ODSOUHLAŠENÉ DEFINICE*. 2009. Dostupné také z: <http://ergoterapie.cz/ramcovedokumenty/terminologie/>.

HOXMARK, Ellen, Trude Nydal WYNN a Rolf WYNN. Loss of activities and its effect on the well-being of substance abusers. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* [online]. 2012, **19**(1), 78–83 [cit. 2020-08-20]. ISSN 1103-8128. Dostupné z: doi:10.3109/11038128.2011.552120.

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

KIEPEK, Niki. *Licit, illicit, prescribed: Substance use and occupational therapy*. CAOT Publications ACE, 2016, 352 s.

KIELHOFNER, Gary. *Conceptual foundations of occupational therapy practice*. 4th ed. 1. Philadelphia: F. A. Davis Company, 2009. ISBN 978-0-8036-2070-4.

KRIVOŠÍKOVÁ, Mária. *Úvod do ergoterapie*. Praha: Grada, 2011, 364 s. ISBN 978-80-247-2699-1.

RADOMSKI, Mary Vining a Catherine A. Trombly LATHAM, eds. *Occupational therapy for physical dysfunction*. 7th ed. Baltimore: Wiley, 2014. International Edition. ISBN 978-1-4511-8921-6.

SADLO, Gaynor. *Materiály z výuky occupational balance a occupational science na 1. LF UK*. 2018.

STOFFEL, Virginia C. a Penelope A. MOYERS. An evidence-based and occupational perspective of interventions for persons with substance-use disorders. *The American Journal of Occupational Therapy* [online]. 2004, **58**(5), 570–586 [cit. 2020-08-20]. Dostupné z: <https://doi.org/10.5014/ajot.58.5.570>.