

**Univerzita Karlova
1. lékařská fakulta**

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví
Studijní obor: NMgr. ergoterapie



Bc. Petr Kohuř

Model lidského zaměstnávání: překlad a adaptace nástroje „The Role checklist“ a jeho využití v práci s lidmi s psychotickým onemocněním.

The Model of Human Occupation: translation and adaptation of the tool „The Role checklist“ and its use in working with people psychotic disease.

Diplomová práce

Vedoucí závěrečné práce: Mgr. Jana Pluhaříková - Pomajzlová

Praha, 2023

PODĚKOVÁNÍ

Chtěl bych poděkovat vedoucí diplomové práce, paní Mgr. Janě Pluhaříkové - Pomajzlové za vedení, cenné poznámky, odborné připomínky a podněty.

Dále bych chtěl poděkovat ergoterapeutce, Mgr. Jitce Suché která mi umožnila absolvovat odbornou praxi na pracovišti NÚDZ a své znalosti si prakticky ověřit.

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracoval samostatně a že jsem řádně uvedl a citoval všechny použité literární zdroje. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 31. 7. 2023

Petr Kohuš

Podpis studenta

ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Autor: Bc. Petr Kohuš

Vedoucí práce: Mgr. Jana Pluhaříková – Pomajzlová

Název diplomové práce:

Model lidského zaměstnávání: překlad a adaptace nástroje „The Role checklist“ a jeho využití v práci s lidmi s psychotickým onemocněním.

Abstrakt:

Tato práce se zabývá využití nástroje The Role Checklist, version 3. (RCV3) a jeho využití při práci s lidmi s psychotickým onemocněním. Cílem práce je převést dotazník a část manuálu RCV3 do českého jazyka a ověřit jeho srozumitelnost u pacientů s psychotickým onemocněním. Práce má poukázat na důležitost účasti v sociálních rolích u pacientů s duševním onemocněním. Práce se snaží uvést do základní problematiky psychotické onemocnění, dopad na výkon sociálních rolí, jejich hodnocení a vztah problematiky k ergoterapii.

Diplomová práce je předvýzkumem nástroje RCV3 využívající kvantitativního zpracování dat s využitím analýzy kategoriálních dat (deskriptivní statistiky). Hlavní metodou práce je proces převodu dotazníku, který zahrnuje zpětný překlad.

Analýza dat přináší pohled na administraci nástroje vzorkem respondentů a následnou syntézou nabízí přehled participaci pacientů v jednotlivých rolích, spokojenost pacientů v rolích nebo mírou potřeby participace. Dále nabízí reakce respondentů na RCV3 a jejich návrhy na úpravu některých položek.

Klíčová slova:

psychotické onemocnění

sociální role

dotazník rolí

hodnocení

ergoterapie

ABSTRACT

Author: Bc. Petr Kohuš

Supervisor: Mgr. Jana Pluhaříková – Pomajzlová

Title:

The Model of Human Occupation: translation and adaptation of the tool „The Role checklist“ and its use in working with people psychotic disease.

Abstract:

This thesis explores the use of The Role Checklist, version 3 (RCV3) and its use in working with people with psychotic illness. The aim of the work is to translate the questionnaire and part of the RCV3 manual into Czech language and to test its comprehensibility with patients with psychotic illness.

The thesis is intended to highlight the importance of participation in social roles in patients with mental illness. The thesis seeks to introduce the basic issues of psychotic illness, the impact on the performance of social roles, their assessment and the relationship of the issues to occupational therapy.

The thesis is a pre-research of the RCV3 tool using quantitative data processing with categorical data analysis (descriptive statistics). The main method of the thesis is a questionnaire conversion process that involves back-translation.

Data analysis provides insight into the administration of the instrument by a sample of respondents and subsequent synthesis offers an overview of patient participation in each role, patient satisfaction in the roles or the level of need for participation. It also offers respondents' reactions to the RCV3 and their suggestions for modifying certain items.

Key words:

psychotic disease

social role

role checklist

assessment

occupational therapy

Identifikační záznam:

KOHUŠ, Petr. *Model lidského zaměstnávání: překlad a adaptace nástroje „The Role checklist“ a jeho využití v práci s lidmi s psychotickým onemocněním. [The Model of Human Occupation: translation and adaptation of the tool „The Role checklist“ and its use in working with people psychotic disease]*. Praha, 2023, 62 stran, 5 příloh. Diplomová práce. Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika rehabilitačního lékařství. Mgr. Jana Pluhaříková - Pomajzlová

OBSAH

ÚVOD	10
1 Teoretická část.....	12
1.1 Model lidského zaměstnávání (Model of Human Occupation, MOHO).....	12
1.1.1 MOHO a jeho vývoj	12
1.1.2 Zaměstnávání (Occupation)	13
1.1.3 Základní součásti MOHO a jejich obsah.....	14
1.1.4 Subsystemy modelu MOHO	16
1.1.5 MOHO a Evidence Based Practise.....	19
1.1.6 MOHO a Ergoterapie	20
1.2 Role.....	21
1.2.1 Standardizovaný nástroj „The Role Checklist“.....	23
1.3 Psychotická onemocnění	29
1.3.1 Schizofrenie.....	29
1.3.2 Ergoterapie v psychiatrii a její specifika	31
2 Praktická část.....	35
2.1 Cíle a výzkumná otázka.....	35
2.2 Metodologie.....	35
2.2.1 Metody tvorby dat	36
2.2.2 Výzkumný soubor	37
2.2.3 Metody analýzy dat	38
2.2.4 Praktický průběh realizace	39
Etické aspekty výzkumu.....	40
2.3 Výsledky.....	41
2.3.1 Základní demografické prvky výzkumného souboru.....	41
2.3.4 Terciální cíle.....	43
3 Diskuze.....	47

4	Závěr.....	53
5	Seznam použité literatury	54
6	Seznam obrázků, grafů a tabulek	61
7	Přílohy	62

ÚVOD

Ve své diplomové práci jsem se rozhodl věnovat problematice ergoterapie u klientů s psychotickým onemocněním a především možnostmi vyšetření a hodnocení pomocí nástroje Dotazník rolí (The Role checklist, version 3.) Tento nástroj, který vychází z Modelu lidského zaměstnávání, zatím nebyl oficiálně přeložen do českého jazyka a adaptován do českého prostředí.

Cílem ergoterapie je podpora účasti a výkonu zaměstnávání, stejně tak rozvíjení aktivity a pracovního výkonu. S tímto tématem souvisí participace na sociálních rolích, které denně vykonáváme a role samotné mají vnitřní vliv na naše chování, výkonnost, kreativitu a aktivitu během života. Zároveň dochází k interakci role a vnějšího prostředí, kdy jsme konfrontováni s reakcemi okolí, které nás zároveň mohou upevňovat v roli a očekávat od nás konkrétní chování. Jednotlivé sociální role také vyžadují určitou míru soběstačnosti, potřebnou k účasti a skrze vykonávané role mohou zlepšit člověku kvalitu života. Ergoterapeuti k tomu využívají psychosociální přístupy, ve kterých se s rolemi a zapojení do nich pracuje, ať v cílené ergoterapeutické intervenci, tak i jen využitím některých prvků během terapie.

Samotné hodnocení sociálních rolí je pro ergoterapeuty důležité, jelikož na základě získaných informací mohou zvolit vhodné cíle terapie a správné terapeutické přístupy, aby mohli zvýšit efektivnost terapie a následkem toho zlepšit kvalitu života klienta.

Téma ergoterapie u osob s psychotickým onemocněním jsem si vybral, protože dlouhodobě pracuji s lidmi v této oblasti onemocnění. Jsou to především duševně nemocní klienti, kteří ztrácí vlivem svého onemocnění pevnou oporu v podobě sociálních rolí, ať v domácím, pracovním, studijním prostředí nebo v zájmových oblastech. Jeví se tedy jako vhodné nástroj adaptovat právě na tomto vzorku respondentů. Domnívám se, že v České republice není mnoho hodnotících nástrojů pro sociální role a není tak možnost využívat tyto informace v dalších ergoterapeutických intervencích a terapiích. V zahraničí se již několik desítek let používají nástroje vycházející z Modelu lidského zaměstnávání, které se až s oborovým rozvojem ergoterapie v České republice překládají a zapojují do praktického využívání. Proto jsem se rozhodl přeložit nástroj Dotazník rolí (RCv3), do českého jazyka.

V teoretické části práce nejprve představuji nejdůležitější části Modelu lidského zaměstnávání a subsystemy, s kterými ergoterapeuti pracují. Zmiňuji jeho využívání v praxi založenou na důkazech = Evidence-based practise. Zaměřuji se nejvíce na proces participace a pojetí rolí ve spojitosti s výkonem zaměstnávání. V další kapitole představuji role ze

sociologického pohledu a přecházím k nástroji Dotazník rolí (RCv3), hovořím o historii, vývoji, opět o využití v praxi a zmiňuji studie a články sdělující jeho psychometrické vlastnosti, adaptace a překlady z anglického jazyka do dalších cizojazyčných verzí. V poslední kapitole teoretické části pak popisují psychotické onemocnění, psychózu, schizofrenii a její příznaky. V této části je zahrnuta také vztah ergoterapie k lidem s psychotickým onemocněním a využití psychosociálních přístupů při práci a terapii.

Cílem praktické části je vytvořit překlad nástroje Dotazník rolí (RCv3), do českého jazyka podrobně popsanou metodou a následně zhodnotit jeho použitelnost v praxi. Použitelnost překladu nástroje Dotazník rolí (RCv3), v ergoterapeutické praxi je hodnocena metodou tzv. pilotního testování, kterého se zúčastnilo 50 respondentů s psychotickým onemocněním. Jejich úkolem bylo nejprve administrovat nástroj Dotazník rolí (RCv3), a po té vyplnit dotazník hodnotící srozumitelnost a použitelnost přeloženého nástroje. Celý proces administrace byl sledován a korigován autorem diplomové práce s ohledem na co nejpřesnější informovanost klientů a zároveň mít možnost vyslechnout jejich verbální připomínky, které byly autorem zaznamenány, a vyjadřuje se k nim v diskuzi diplomové práce.

1 TEORETICKÁ ČÁST

1.1 Model lidského zaměstnávání (Model of Human Occupation, MOHO)

1.1.1 MOHO a jeho vývoj

Základy modelu zaměstnávání jsou popsány v magisterské práci amerického psychologa a ergoterapeuta Garyho Kielhofnera a obsahují získané zkušenosti z praxe z období sedmdesátých let. Práce byla zveřejněna v roce 1975 a popisuje teoretické základy modelu. Podkladem a inspirací se stala práce doktorky Mary Reillyové, zabývající se vlivem činnosti na komplexní zdravotní stav jedince a na tzv. teorií otevřených systémů (**Open Systems Theory**) a fakticky z něj model zaměstnávání vychází. V roce 1980 pak Gary Kielhofner se svými kolegyněmi vydal sérii článků pro *American Journal of Occupational Therapy* (Kielhofner, 1980a, 1980b; Kielhofner and Burke, 1980; Kielhofner, Burke and Heard, 1980) v kterých je model MOHO popsán a jak Kielhofner (2008) popisuje, vychází ze snahy tří odborníků v oboru ergoterapie propojit v konečném výsledku nejvíce používané koncepty používané v praxi.

Z výše zmíněných odborných studií pak následně vznikla po pěti letech ucelená knižní publikace, která nese název Model lidského zaměstnávání: teorie a aplikace (**A Model of Human Occupation: Theory and Application**) a v rámci obsahu je možné seznámit se s teoretickým rámcem, který se opírá o klinické poznatky a zkušenosti autorů přímo z praxe, jak model popisuje Jenkins (2009). V současné době máme k dispozici již pátou edici této publikace, vydanou v roce 2017 a v jejím obsahu lze nalézt nejnovější poznatky týkající se teoretické části modelu samotného. Dále pak části o aplikaci a využití modelu přímo v praktické oblasti a v neposlední řadě také zkušenosti vycházející z výzkumu a případových studií, které nám osvětlují, jak může model MOHO řešit problémy přímo v reálném životě.

MOHO je založen na teorii, že člověk je otevřený dynamický systém, který je permanentně v interakci s vnějším prostředím, ovlivňuje ho svou přítomností a zároveň je jím měněn. „*Prostřednictvím této interakce může plynule prostředí měnit a zároveň formuje své chování a vytváří si svou identitu.*“ (Krivošíková, 2011, s. 95)

1.1.2 Zaměstnávání (Occupation)

MOHO je konceptuální praktický model ergoterapie, který je zaměřen na klienta a na zaměstnávání. MOHO byl speciálně vytvořen za účelem zacílení na teoretické koncepty, praktické aplikace a výzkumné úsilí výkonu zaměstnávání. MOHO nám vysvětluje vznik participace na zaměstnávání v důsledku neustále propojeného vztahu mezi osobními a environmentálními pracovními faktory a jak dále popisuje Kielhofner, et al. (2003), osobní faktory obsahují chtění, motivaci k zaměstnávání, habituaci nebo vzorce, ve kterých organizujeme naše konání. Ať se jedná o subjektivní výkonnostní kapacitu, která představuje živé tělo a zajisté i objektivní výkonnostní kapacitu, která vychází z interakce našich vnitřních tělesných systémů. Dynamika účasti na zaměstnávání se odráží v probíhajícím procesu zaměstnání výslednou změnou, která postupem času vyústí v jedinečný průběh profesní adaptace vyplývající z interakce profesní identity, profesní kompetence a identity zaměstnávání každého člověka, včetně vnějších charakteristik. „*Model lidského zaměstnávání je považován za jeden z prvních modelů založených na zaměstnávání, který zdůraznil interaktivní a cyklický charakter vztahů mezi člověkem a prostředím.*“ (Jelínková, 2009, s. 44)

Pro člověka je velmi důležitý vlastní pocit spojený s příjemnými prožitky, který může zažít skrze vykonávanou aktivitu adekvátního zaměstnávání. Je však podstatné, aby schopnosti či dovednosti reagující osoby byly v rovnováze s nároky a požadavky dané aktivity, a až po splnění těchto podmínek můžeme očekávat odpovídající výkon zaměstnávání. Jelínková (2009) upozorňuje, že důležité je také charakteristické prostředí, kde je konkrétní aktivita prováděna a na jedince má své konkrétní nároky. Obecně jednoduchým příkladem může být strach jedince z činnosti v daném prostředí, kterému se vyhýbá a záměrně se tak izoluje, čímž sabotuje provedení činnosti a v konečném důsledku dochází k ještě většímu oslabení.

U zaměstnávání rozlišujeme jeho výkon a v ergoterapii ho považujeme za náš hlavní odborný profesní zájem. Jedná se o schopnost volby dále organizovat a následně smysluplně provádět zaměstnávání, které vychází z konkrétní kultury a z dalších mnoha aspektů. Odborněji řečeno: „*Jednání související s výkonem zaměstnávání je výstupem dynamického procesu, který nás pomáhá formovat a organizovat jako lidskou bytost.*“ (Jelínková, 2009, s. 44)

Velká variabilita jedinců a prostředí, ve kterém je prováděn určitý výkon zaměstnávání, vytváří vždy unikátní kombinaci a ergoterapie k ní přispívá svým jedinečným přístupem.

1.1.3 Základní součásti MOHO a jejich obsah

Model MOHO je založen na poznatcích z praxe, které navíc zdůrazňují potřebu zapojit terapeuty a také uživatele do výzkumu. V rámci čehož je vítané sdílení zkušeností s jednotlivými nástroji vycházejících z MOHO a s nimi související získané informace z přímé praxe, od klientů i od terapeutů. Na těchto informacích lze následně postavit další soustavné zlepšování nástrojů a také zdokonalování jejich relevantnosti. Validitu nástrojů MOHO a jejich spolehlivost podporují nepopíratelně publikované studie v anglickém jazyce, kterých je v současnosti více než sto (Kielhofner, 2008).

Model je také zaměřený přímo na činnosti a soustředí se především na uchopení jednotlivých činností a jejich organizaci do vzorců každého dne. Zohledňuje vliv vnějšího prostředí a motivaci klienta k aktivitám a činnostem. Zaměřuje se na příčiny vzniku problémů, které jsou v kontextu s vykonávanou aktivitou a s tím související vliv ergoterapie, která je schopna zprostředkovat klientům participaci na vykonávané aktivitě či činnosti (Kielhofner, 2008).

MOHO také cílí na klienta samotného a to především v kontextu kooperace s ergoterapeutem, kdy terapeut musí chápat, respektovat a podporovat klientovy hodnoty, dále pak vnímání klientových kapacit a účinnosti jeho role, zvyky, pracovní zkušenosti a prostředí. Pro ergoterapeutický proces a jeho průběh jsou důležitá klientova rozhodnutí a jeho pocity, které ho po celou dobu provázejí a ovlivňují (Kielhofner, 2008).

Model lidského zaměstnávání vnímá lidskou bytost komplexně, uceleně a **holisticky**. Primárně se snaží distancovat od rozdělení lidské bytosti na tělesnou a mentální součást, naopak pohlíží na tělo a mysl jako na úzce spojené součásti jedné lidské osobnosti. Dále je vhodné zmínit propojení oblasti výkonu a motivace, které však nepatří do stejného a běžného teoretického rámce. (Tzn. do tělesných součástí je řazen výkon a do mentálních součástí pak motivace). Ale obě zmíněné položky se vzájemně ovlivňují a mají výsledný efekt na konečném provedení úkolu (Kielhofner, 2008).

Samotný model byl navržený jako **doplněk k dalším modelům a teoriím**. MOHO vznikl v období, kdy téměř většina modelů v ergoterapii soustředila svůj pohled především na poruchu a až následkem změny úhlu pohledu, došlo k opětovnému nalezení velké důležitosti zaměstnávání. Jmenovaný model byl vnímán jako náhrada za tradiční zaměření na patologii

klienta, naopak vnímat klienta jako takového, porozumět jeho motivaci, životnímu stylu a prostředí, ve kterém žije svůj život. Kielhofner (2008) také zmiňuje, že v rámci vytvoření modelu již počítal s možností propojení v kombinaci s jinými modely, ať spojení s biomechanickým nebo neurovývojovým přístupem.

MOHO je systém, založen na procesu cirkulace pracující se systémem, který rozdělujeme na čtyři fáze:

- **Intake / Input (do)** – jedná se o vstup energie nebo informací do systému
- **Throughput (skrz)** – souvisí s přeměnou energie a informací a odkazuje na zpracování vstupu směrem **(do)**.
- **Output (ven)** – označuje výstup z otevřeného systému a chování jedince v kontextu zaměstnávání = Occupational Behaviour.
- **Feedback (zpětná vazba)** – zpětná vazba reaguje na výstup a jedná se o zpětné předání informací o konsekvencích chování nazpět do systému.

Skrze proces otevřeného systému vysvětluje MOHO propojení dysfunkce, změny a chování jedince v kontextu se zaměstnáváním. Výstupem je považováno tzv. činnostní chování spojené se zaměstnáváním a dle toho usuzujeme, že člověk komunikuje s vnějším prostředím prostřednictvím svého chování (Kielhofner, 1992).

MOHO také specifikuje vzájemné vztahy mezi jednotlivými konstrukty, které jsou pro terapeuty přínosné, a to ve smyslu pochopení adaptace lidského zaměstnávání. Vzniká tak dynamická interakce mezi složkou vůle, habituace a kapacitou výkonu zaměstnávání.

Hodnocení zaměstnávání zahrnuje opatření jednoho nebo více aspektů dovednosti, výkonu a účasti na zaměstnávání. Dovednost zaměstnávání je základní složkou a umožňuje výkon zaměstnávání.

MOHO rozděluje výkon zaměstnávání do tří rovin:

Participace – jedná se o aktivity pracovního nebo herního charakteru a dále také běžné denní aktivity. Součástí všech činností je také prostředí jedince, ve kterém je aktivita vykonávána. A v neposlední řadě je důležité zapojení jedince v těchto činnostech pro zlepšení kvality života a tzv. well beingu. (Jelínková, 2009) Participace je často přijímána jako lidské právo a determinant zdraví. (Pereira, et al., 2020) Konkrétně účast na zaměstnávání zahrnuje vykonávání smysluplných činností, které jsou součástí sociokulturního kontextu. A tyto činnosti ovlivňuje osobní kapacita výkonu, zvyky, role, systém vůle a podmínky prostředí.

(Raya-Ruiz, et al., 2022) Participace (účast) na zaměstnávání je cesta jednotlivců nalézajících se v životních situacích, prostřednictvím výkonu zaměstnávání, která jsou pro ně důležitá, a to typicky ve formě internalizovaných rolí. „*Hlavním cílem ergoterapie v této problematice je zavedení nebo obnovení účasti na zaměstnávání.*“ (Kielhofner, 2008, s. 1)

Dovednosti – účelně volené postupy nebo jednání, které jedinci využívají pro výkon zaměstnávání.

Provádění činnosti – zapojení do činnosti je spojené s kroky výkonu a vedou ke konkrétnímu vykonávání druhu aktivity. Pro příklad můžeme uvést plánování a nakupování potravin, přípravu a zhotovení pokrmu, servírování, stravování a následný úklid po jídle. Tyto činnosti vykonávané společně se pak mohou promítnout do role domácí práce, a pokud se opravdu promítnou, vytváří se tak účast na zaměstnávání. Schopnost provedení dovednosti nebo souboru dovedností je ale pro participaci na zaměstnávání nedostatečná. Jednotlivec se musí s účastí především ztotožnit. „*Výkon zaměstnávání v roli a účast na zaměstnávání spolu souvisí, ale zdá se, že se jedná o samostatné konstrukty a neměly by být použity synonymně.*“ (Kielhofner, 2008, s. 10)

Model MOHO byl speciálně vyvinut, aby se soustředil na teoretické koncepty, praktické aplikace a výzkumné úsilí výkonu zaměstnávání. Dále vysvětluje vznik participace na zaměstnávání v důsledku neustále propojeného vztahu mezi osobními a environmentálními pracovními faktory. Osobní faktory zahrnují chtění nebo motivaci k zaměstnávání, habituaci nebo vzorce, ve kterých organizujeme naše konání – subjektivní výkonnostní kapacity (živé tělo) a objektivní výkonnostní kapacitu (kapacita, která vychází z interakce našich vnitřních tělesných systémů). Dynamika účasti na zaměstnávání se odráží v probíhajícím procesu zaměstnání změnou, která postupem času vyústí v jedinečný průběh profesní adaptace vyplývající z interakce profesní identity, profesní kompetence a identity zaměstnávání každého člověka a vnějších charakteristik. (Kielhofner, et al., 2003)

1.1.4 Subsystémy modelu MOHO

MOHO se skládá ze tří subsystémů, které popisuje Kielhofner (2008), jež spolu kooperují na tvorbě daného chování. Patří mezi ně, subsystém zvyklostí (Habituation subsystem), subsystém vůle (Volition subsystem) a subsystém výkonu (Mind-Brain-Body performance subsystem). Celý systém je řízen situací, ve které se daný jedinec nachází a především nároky, která tato situace na jedince klade. V různých situacích je konkrétní chování přímým projevem a výsledkem motivace, vycházející ze subsystému vůle. V jiných situacích

se může jednat o chování, které je převzaté z naučeného zvyku, v tomto případě můžeme hovořit o subsystému zvyklostí. A v neposlední řadě můžeme chování zahrnout do subsystému výkonu, pokud je v obvyklém případě determinováno požadavkem provedení činnosti jedince. Abychom komplexně porozuměli všem zmíněným subsystémům, musíme zvážit jejich vliv na jedincovo chování v dané situaci.

1.1.4.1 Volitional subsystem = Subsystém Vůle

U každého jedince je vůle jiná a je ovlivněna vnitřními pochody člověka, jeho biologickými předpoklady, temperamentem nebo úrovní pozornosti. Vlivem může být i disabilita daného jedince. Zmíněné faktory pak ovlivňují, zda se u člověka vyvinou schopnosti a jaké to konkrétně budou. Příčinou vytváření vůle je zkušenost.

Během svého života každý přijde na to, které činnosti může vykonávat lehce a snadno, zároveň zjišťuje, které jsou pro něj obtížné či těžké (**osobní příčiny**, dle Krivošíkové (2011) označené jako **osobní dispozice člověka**). Po určité době je také schopen určit, které činnosti vykonává s oblibou (**zájmy**). A také přichází k uvědomění, co je pro něj důležité a významné (**hodnoty**) (Kielhofner, 2008).

1.1.4.2 Habitation subsystém = Subsystém Zvyklostí

Subsystém zvyklostí můžeme popsat jako repetitivní vzorce chování, vycházející z lidského systému, které se odehrávají v závislosti na vnitřním třízení informací.

Můžeme je rozdělit:

1) Zvyky

Zvyky upevňujeme ve svém životě opakováním konkrétní činnosti, kterou jsme již vykonávali dříve. „Většinou fungují na podvědomé úrovni a ovlivňují široké spektrum chování v přirozeném a známém prostředí.“ (Krivošíková, 2011, s. 98) Lidské chování je ovlivněno činnostmi vycházející ze zvyku, a to konkrétně pravidelností a repetitivními vzorci. Z nich si následně vytváříme denní režim a zvyklosti, které jsou zanesené v časové rutině a jsou podmíněné daným vzorcem chování.

2) Role

Identita každého člověka je úzce spojená s tím, co konkrétní jedinec vykonává nebo jakým věcem se věnuje a následkem toho můžeme hovořit o rolích. Role můžeme dělit na několik druhů, právě s ohledem na situace, v kterých se krátkodobě nebo dlouhodobě nalézáme. Dané role mají také své vzorce chování a očekává se, že dle těchto kritérií podstatu role naplňujeme. Vytváří se, ale pouze za předpokladu, že se s konkrétní rolí neidentifikujeme pouze my sami, ale jsme tak vnímáni i vnějším světem a okolím. *„Role ovlivňují způsob a obsah interakcí jedince s ostatními, lokalizují člověka v lidském světě sociálních vztahů.“* (Krivošíková, 2011, s. 99)

Není nic neobvyklého, když se jedinec ocitá jednu chvíli ve více rolích. Například je pracujícím, rodinným příslušníkem, zároveň pečuje o potomka a ve volných chvílích vykonává zájmovou činnost. Během celého života dochází ke změnám rolí a pro představu, role pečujícího může být směrem k dítěti a zároveň i o stárnoucí rodiče. Při přesunu z jedné role do druhé, se touto změnou ovlivňuje i chování, způsob vyjádření řeči, jak jednáme s jinými lidmi a také samotné činnosti, které vykonáváme (Kielhofner, 2008). Jak také uvádí Raya-Ruiz, at al. (2022), identita zaměstnávání je pojem označující, jak se člověk sám vnímá a kým se chce stát a s ním související kompetence zaměstnávání označuje vzor účasti, který je shodný s identitou a přímo souvisí s výkonem role.

Jelínková (2009) popisuje jednotlivé komponenty, které úzce souvisejí s rolemi:

Osoba - je popisována jako komplexní bytost složená z fyzických komponentů, tak i z duševních. Podstatnou roli hraje také jedinečná charakteristika jedince, složená z různých částí. Každá osoba také vykonává určitou roli a to především v závislosti na bodu životního vývoje a také na vlivech a tlaku prostředí, skrze určitý čas.

Zaměstnávání – pokládáme za aktivitu, která má kromě významu pro konečný výsledek, také zpětně definovat vykonávajícího do určité role v souvislosti s činností. Například pokud člověk pomáhá nezištně ostatním osobám, můžeme ho identifikovat jako dobrovolníka.

Prostředí – je velmi významné pro výkon zaměstnávání, může mít pozitivní účinek a usnadňovat průběh aktivity, na druhé straně ztěžovat podmínky a zvyšovat tak náročnost dané činnosti. Obojí lze upravit a modifikovat dle schopností jedince a je to právě ergoterapeut, který podporuje výkon využívající prostředí a analyzuje dané souvislosti.

V rámci MOHO jsou zvyky a role teoretizovány tak, aby utvářely mnohé z toho, co děláme v kontextu našeho sociálního a fyzického prostředí. Mediert, et al. (2016) zmiňuje, že model MOHO podporuje obecné přesvědčení, že jednotlivé role strukturují výkon, který umožňuje jednotlivci účast ve společnosti. Prostřednictvím interakce v rámci sociálního prostředí jedinec získává a učí se identitu a chování spojené s libovolným počtem rolí. Lidé reagují předvídatelně a vhodným způsobem, když sdílejí společnou představu o tom, jaké chování role předepisují. „*Role usnadňují vhodné akce a interakce*“. (Dickerson. 2008 s. 252 s.)

Kielhofner (2008) rozděluje role na další skupiny:

Occupational forms of roles – Zabývající se výběrem činností a určitých úkolů, které s rolemi souvisí.

Temporal order of roles – Popisuje výkon v souvislosti se zaměstnáváním v konkrétních rolích a v časových cyklech, které jsou také velmi často pravidelné.

Style of action – Rozebírá, jak mají role dopady na styl a způsob chování, dále také na obsah sdělení při komunikaci s vnějším okolím.

1.1.4.3 Mind-Brain-Body performance subsystem = Subsystém Výkon Mysl-Mozek-Tělo

Subsystém, představující kapacitu výkonu a odrážejí ho fyzické a psychické schopnosti, a dále zkušenosti, které souvisí s požadovaným výkonem zaměstnávání.

1.1.5 MOHO a Evidence Based Practise

Prior, et al. (2020) uvádí ve své studii, že díky pomoci teoretických principů modelu lidského zaměstnávání byl vytvořen vylepšený program IPS a to i vzhledem k prediktivní povaze psychosociálních proměnných.

Ergoterapie je profese, která si klade za cíl pomoci člověku stát se tím, čím se stát chce prostřednictvím smysluplné činnosti zasazené do denní rutiny a hraní rolí, vysvětluje Raya-Ruiz, et al. (2022) Dále se věnuje podpoře zdraví a pohody prostřednictvím zaměstnávání, čímž usnadňuje účast lidí na činnostech každodenního života. Intervence se zaměřuje na zotavení jedince ve formě smysluplné činnosti, zaměstnávání a hledání nové a vyvážené účasti, tak jak je možná. MOHO je v ergoterapii na světě nejpoužívanější model zaměřující se na zaměstnávání. Konkrétní důkazy doporučují použití MOHO v intervencích v oblasti duševního zdraví. Další studie potvrzuje, že MOHO a nástroj The Role Checklist, version 2 (RCV2), který z něj vychází, je kompatibilní s částí MKF, kapitolou účasti. Tento článek popisuje slovy autora

Scotta (2014), jak RCV2 měří výkon zaměstnávání a doplňuje oblast účasti, která je komponentem konstruktů MKF. Vyzdvihováno bylo na nástroji RCV2 především to, že odběr informací probíhá velmi rychle a samotná administrace je flexibilní. Ve studii jejímž autorem je Lee, et al. (2012), se zaměřuje především na používání modelu MOHO v praxi, převažoval podíl žen (85,5%) s různým rozsahem zkušeností. Většina pracovala v komunitní nebo ústavní péči duševního zdraví – 92,1% odpovědělo, že jako svůj primární model používají MOHO. Thompson, Broome (2021) dokonce představují studii, která se zabývá rozhraním mezi sociálním cirkusem a ergoterapií. Sociální cirkus je odvětví cirkusu, který se primárně zaměřuje na osobní komunitní rozvoj, spíše než na profesionální elitní umění požadovaného od tradičního cirkusu. Cílem této studie je zkoumat existující příklady sociálního cirkusu pro lidi s disabilitou (prostřednictvím videí na YouTube) objektivem MOHO. Oba autoři vyzdvihují to, že vysoká úroveň flexibility, dostupnost a přizpůsobivost umělecké formy nabízená lidem s disabilitou přináší jedinečné příležitosti, které obvykle nejsou poskytovány prostřednictvím jiných uměleckých, fyzických, volnočasových nebo rekreačních aktivit.

1.1.6 MOHO a Ergoterapie

MOHO je široce používaná teorie zaměřená na zaměstnávání, která podporuje participaci a zapojení do smysluplných činností pro adaptaci na zaměstnávání, udává Bowyer (2008). Ergoterapeuti se mohou pohybovat mezi kroky nelineárním způsobem. Terapeut se může například dozvědět nové informace o zájmech klienta v průběhu léčby a revidovat budoucí léčbu tak, aby klienta motivovala k participaci. „*Participace je zapojení se do životní situace.*“ (Thompson, Broome, 2021, s. 26)

Ergoterapie hraje klíčovou roli v poskytování podpory zdraví, zotavení a nezávislosti pacientů prostřednictvím účasti na zaměstnávání a rozvíjení dovedností. To má zvláštní význam vzhledem k tomu, že dlouhodobé omezující podmínky prostředí mohou vést ke ztrátám dovedností pacientů, nezbytných pro život po návratu do komunity, jak uvádí Taylor, Mynard, Farnworth (2022). Použití MOHO je spojené s lepším pochopením a hodnotou ergoterapie v multidisciplinárním týmu. Schopnost MOHO usnadňuje sofistikovanou na pacienta zaměřenou terapii a holistický pohled na fungování pacienta, které se připisuje lepším schopnostem terapeutů porozumět pacientům, upřednostňovat potřeby pacientů a rozpoznat pokroky pacienta dle použití teoretických znalostí. „*Používání MOHO je také spojeno se zvýšenou spokojeností pacientů s poskytovanou léčbou, zlepšení profesní důvěry a identity mezi terapeuty.*“ (Taylor, Mynard, Farnworth, 2022, s. 3)

Bowyer (2008) hovoří o použití MOHO v praktickém využití a vyzdvihuje tento model tím, že podporuje participaci a zapojení do smysluplných činností pro adaptaci na zaměstnávání. Ergoterapeuti se tak mohou pohybovat mezi kroky nelineárním způsobem. Terapeut se může například dozvědět nové informace o zájmech klienta v průběhu léčby a revidovat budoucí léčbu tak, aby klienta motivovala k participaci. „*Místo toho, abych se soustředil pouze na ADL (všední denní činnosti), rozšiřuji je o role a poté zjišťuji, jak klientům pomoci tyto role zapojit.*“ (Bowyer, 2008, s. 190)

1.2 Role

Sociální život můžeme popsat jako divadelní scénu, na které lidé vstupují do vzájemných interakcí. Dokonce můžeme mluvit o mnoha scénách, protože lidské jednání je určeno všemi rolemi, které lidé v daném okamžiku hrají. Mají přitom úmysl ovlivňovat obraz, který o nich mají druzí, a vynutit si požadovanou reakci, jak popisuje Jandourek (2003) a dále hovoří o tom, že vzorec chování, který je vlastní určitému postavení ve společnosti, nazýváme rolí. Role bývá také někdy definována jako očekávané jednání a ve společnosti lidem do značné míry usnadňuje život. Vlastnost role je to, že by se nemělo nic podstatně měnit, když bude vyměněna konkrétní osoba, která roli zastává.

Velmi podobně téma komentuje Urban (2008) a označuje role jako očekávaný způsob chování člověka vyplývající z jeho společenské pozice v sociální struktuře. Svět sociálních rolí je světem vzájemných očekávání a individuálních životních zkušeností. Čím víc se jedinec pohybuje ve strukturách makrosvěta, tím precizněji jsou sociální role vymezeny a naopak. V čím intimnějších oblastech světa člověka jsme, s tím více rozvolněnými rolovými předpisy jsme konfrontováni.

„*Ve svém společenském životě na sebe bereme úlohy, které nám předepisují, jak se máme chovat k druhým lidem. Hrajeme své role a druzí hrají zase své.*“ (Hayesová, 2009, s. 10)
Obecně by se dalo říci, že každá role má svou náplň chování, kterou obsahuje nebo se od ní určité konkrétní chování žádá.

Je zajímavé, že role, kterou vykonáváme poprvé, pro nás bývá nepřírozená a do jisté míry obtěžující až nepříjemná, poukazuje Hayesová (2009), nicméně pokud se daná role stává součástí našeho každodenního společenského života, postupně se internalizuje, a nakonec se stává stálým prvkem našeho já, tedy nedílnou součástí osobnosti a také našeho sebepjetí. Tuto roli pak hrajeme automaticky a kdykoliv tomu odpovídá sociální kontext, vplouváme do

konkrétní role. Šmídová (2008) popisuje ve své práci souvislost s tím, že role jedince vzniká až za předpokladu, že je s ní identifikován nejen on sám, ale je v ní viděn i lidmi okolo něj.

Každá sociální role má normativní charakter a ve svém základu je pro všechny stejná. Protože každý člověk je jiný, může jedinec pojetí role pozměnit, emancipovat se od ní, nebo prosadit své vlastní pojetí. Máme základní informace o tom, jak konkrétní role má vypadat, ale souběžně s tím má každý, v rámci své osobnosti, možnost modifikovat roli individuálním projevem. Vše je usměrňováno socializací a sociální kontrolou.

Jak si člověk hledá postupně místo ve společnosti, archiv jeho rolí se rozšiřuje a různé formy „já“ se kultivují a rozvíjejí a jak uvádí dále Goffman (2018), sebepojetí se podobá kostce s mnoha stěnami, kdy každá stěna je určitá součást osobnosti a ta, která je aktuálně nahoře, přísluší momentální činnosti nebo situaci, kterou člověk právě prožívá. A dále rozvíjí pojetí role a říká, že bez ohledu na to, zda ji nějaký člověk chce zaujmout, už zjišťuje, že roli zaujal. Stryker (1968) a další představitelé symbolického interakcionismu definovali „self“ jako hierarchickou soustavu internalizovaných rolí, přičemž tyto role označoval jako identity. Dále také předpovídá spojení mezi identitou a chováním v roli = výběr role a výkon role. Identita ovlivňuje chování v roli a naopak. „*Vnímání svého chování v různých situacích lze potom využít k vytváření závěrů o tom, kdo a čím jsme.*“ (Výrost, Slaměník, 2008, s. 117)

Dle Rogerse (2000) by bylo vhodné také zohlednit, jak pozitivní přijetí nebo nepřijetí jedince v dětství dále ovlivňuje dlouhodobé fungování a zda se jedinci chovají přirozeně, tak, jak sami chtějí nebo právě jen za účelem přijetí společností, tzn. internalizují podmínky vlastní hodnoty odvozené z reakce druhých a určují, jaké jsou vhodné typy chování či naopak nevhodné typy chování.

Jandourek (2003) také zmiňuje tzv. křížení rolí, pojem, který označuje přenesení vzorce chování z jedné role na jinou, takže vzniká nová role. Může to vést i ke konfliktu rolí, která se vyznačuje rozdílnými požadavky, jejichž naplnění okolí od vykonavatele role očekává. Konflikt uvnitř role pramení z jejího nejasného obsahu nebo vágně vymezeného obsahu.

Mezinárodní klasifikace zdraví (MKF) také zohledňuje sociální roli. „*MKF vychází z předpokladu, že každý člověk může mít v určitém směru nějakou poruchu. Závažnost poruchy je však hodnocena podle toho, jak dalece způsobuje omezení aktivit, ovlivnění životního stylu či sociální role osoby.*“ (Jelínková, 2009, s. 56)

1.2.1 Standardizovaný nástroj „The Role Checklist“

1.2.1.1 Obecní informace o nástroji RcV3

Koncept rolí vychází z několika vědních oborů, jmenovitě sociologie, sociální psychologie a antropologie, jak zmiňuje Krivošíková (2011). The Role checklist, 3. verze (dále RCv3) je standardizovaný nástroj vycházející z modelu lidského zaměstnávání používaný v zahraničí, hodnotí sociální role, které jedinec vykonává nebo vykonávat nemůže vlivem limitace nemoci či aktuální životní situací. *„RCv3 je jednostránkový nástroj, který zkoumá klientem vnímanou roli, spokojenost s aktuálně vykonávanou rolí a to, jak je role žádoucí jako součást života klienta.“* (Scott, et al., 2019, s. 14)

V publikaci o modelu lidského zaměstnávání (MOHO) zmiňuje Kielhofner (1980) potřebnost nástroje pro terapeuty k měření participace klienta, v kterém se odráží aspekty zapojení v činnostech, naplňující individuální potřeby klienta a současně podporují jeho individuální touhy. Dále odrážejí zájmy klienta, podporují jeho hodnoty a zároveň se zabývají faktory prostředí jedince. *„Lidé se vzájemně identifikují právě pomocí rolí spojených s činností, které provádějí, a tím se začleňují do svého osobního identifikačního systému.“* (Krivošíková, 2011, s. 39)

The Role checklist, 1. verze, vyvinutá v roce 1981 poskytla základ k hodnocení deseti rolí: student, pracující, dobrovolník, pečující, domácí práce, kamarád, rodinný příslušník / partner, praktikující věřící, amatér a účastník organizace, kdy každá role je opatřena stručnou definicí, jak uvádí Scott, et al. (2017) a pokračuje, respondent dále uvádí, zda je v konkrétních rolích zapojen, v minulosti byl nebo by chtěl roli v budoucnu vykonávat. Následuje část, v které účastník uvede, jakou míru důležitosti role pro respondenta má. V roce 2014 došlo k revizi nástroje a vznikl The Role checklist, 2. verze, (RCV2) kdy k dotazníku byla přidána další část, kde respondenti měli možnost ohodnotit kvalitu jejich výkonu v konkrétní roli. Přidání způsobilo, že nástroj byl mnohem citlivější na změny, popisuje Scott, et al. (2014).

Z poslední verze nástroje, tedy RCv3, byla odstraněna položka vykonávání role v minulosti a zabývá se pouze aktuálním výkonem role, nebo potřebou respondenta roli vykonávat ihned nebo v budoucnu. Scott (2012) poukazuje na to, že byl přidán prvek, který se u této verze zaměřuje spíše na výkon než na účast role. U každé role je respondent požádán, aby uvedl, zda v současné době roli vykonává. Pokud uvede, že ano, je vyzván k ohodnocení pomocí míry spokojeností s vykonávanou rolí. Pokud respondent uvede, že ne, je požádán, aby vyjádřil svůj zájem o účast v roli, upřesňuje Scott, et al. (2019) a vyzdvihuje, že nová verze získává informace, které umožňují lékařům či ergoterapeutům poskytnout vhled do problematiky při

tvorbě individuálního plánu, realizaci cílů a sledování pokroků klienta. A zároveň tato studie vysvětluje důvod, proč vzniká nová verze tohoto nástroje. Hlavním důvodem bylo sjednocení termínu participace v MOHO v závislosti na částí MKF, kterou je participace a pro soulad tohoto termínu byla stanovena jasná kritéria. Na stejnou problematiku poukazoval Meidert, et al. (2016), kdy jeho studie proveditelnosti posuzovala u nástroje RCV2 zapojení osob v rolích na úrovni participace i výkonu zaměstnávání a zároveň měřila participaci na úrovni MKF.

Zároveň Scott, et al. (2017) uvádí, že ačkoliv několik studií podpořilo psychometrické vlastnosti The Role checklist, nástroj stále nedosáhl úroveň psychometrických důkazů k zařazení mezi MOHO hodnocení. Jelikož byl nástroj upravován a revidován, jedinou konzistentní funkcí ve všech třech verzích je deset rolí. I tak mají všechny verze vynikající výsledky a mezikulturní reprodukovatelnost. Stále je ale potřeba testovat proveditelnost, užitečnost a spolehlivost nástroje. V jiné studii Scott, et al. (2017) dodává, že ke standardizaci nástroje by přispěli především testy ohledně spolehlivosti, zejména pomocí metody re-testu. Výhodou nástroje v praxi je rychlá administrace, řádově 10 – 15 minut.

1.2.1.2 Popis záznamového listu RCv3 a jeho administrace

Nástroj RCv3 je složen z deseti sociálních rolí, kdy každá z rolí je popsána konkrétní definicí, která by měla respondentovi přiblížit, co je třeba splnit nebo vykonávat k účasti na konkrétní roli. Klient by měl být na začátku seznámen, k čemu se dotazník používá a dále také, co se považuje pod slovem role, příkladem může být: „*Role jsou věci, co děláme, které určují, jak trávíme čas. Je to způsob, jak na sebe poukazujeme nebo jak ostatní poukazují na nás.*“ (Scott, 2019) Respondent pak určí, zda se role účastní a pokud ano, následně hodnotí, jak se v dané roli cítí spokojený nebo nespokojený. Pokud odpovídá negativně, tedy, že se neúčastní dané role, zhodnocuje svou potřebu roli vykonávat, aktuálně, výhledově nebo o účast v této roli nejeví zájem. Respondent takto pokračuje po jednotlivých rolích.

Tabulka 1.1 – Dotazník rolí (RCv3) – Role

PRACUJÍCÍ: zaměstnaný na plný nebo částečný placený úvazek.	ANO	Velmi nespokojený	Spíše nespokojený	Spíše spokojený	Velmi spokojený
	NE	TEĎ bych to chtěl dělat	V BUDOUCNOSTI bych to chtěl dělat	NEZAJÍMÁM se o to	

(Scott, 2019)

Administrace může být vykonána svépomocí klientem v papírové formě, ale v dnešní době se volí i varianta vyplnění v elektronické podobě. U předchozí verze Role Checklist V2 (RCV2) byla vypracována studie, která přinesla data o řadách výhod při elektronické administraci dotazníku, kdy dochází k téměř dokonalé shodě spolehlivosti ověřené re-testem a Scott, et al. (2014) dále vyzdvihuje výhody jako je větší pohodlí, soukromí, snížení nákladů nebo i časovou nákladnost při vyplňování nástroje. Na podobné výsledky upozorňuje studie, která srovnává dva nástroje RCV2 a OCAIRS V4, kdy opět Scott et al. (2017) dochází k stanoviskům, že RCV2 je nejen časově efektivnější, ale může být předáván nejen elektronicky, poštou, ale dokonce i telefonicky. Při osobní přítomnosti klienta, je terapeut po celou dobu administrace přítomen v místnosti s klientem a je vždy nápomocen, pokud si proband není jistý v odpovědi. Pokud se klient již na začátku rozhodne vyplnit záznamový list přímo s terapeutem, probíhá administrace strukturovaným rozhovorem, při kterém si terapeut dělá poznámky přímo do záznamového listu a při nejistotě probanda v odpovědi, vysvětluje ihned možnou účast v dané roli.

1.2.1.3 Vyhodnocení nástroje RCv3

Po administraci záznamového listu, ať svépomocí nebo společně s terapeutem je v záznamovém listu viditelné, které role jsou třeba řešit ve smyslu návratu participace role nebo zkvalitnění účasti, v již vykonávané roli. Nízká spokojenost může být předzvěst zahájení terapeutické intervence, jak zmiňuje Scott, et al. (2017) v části manuálu, důležitou pro administraci nástroje. A dále pokračuje a doporučuje krátkodobou nebo střednědobou potřebu terapeutické intervence při potřebě probanda podílet se na účasti v dané roli aktuálně nebo v brzké době. Pokud proband hovoří o potřebě v souvislosti s budoucností, následující rozhovory během terapeutické intervence, které jsou zaměřeny na konkrétní cíle klienta a zohledňují možné překážky a naproti tomu i konkrétní příležitosti, které mohou vést k úspěchu. Bonsaken, Scott (2015) na základě své studie u klientů s duševním onemocněním zmiňují výhody nástroje, ať se jedná o zapojení klienta do diskuze a tlumočení výsledků hodnocení, čímž se zvětšuje motivace k tvorbě změny stavu, vytyčení výchozího bodu ke stanovení priority jednotlivých cílů nebo skrze nástroj umožnit jedinci hodnotit spokojenost a identifikovat svou účast v roli.

Jak Scott, et al. (2017) v souvislosti s hodnocením sděluje, nástroj RCv3 vytváří ucelený obrázek o aktuálním a požadovaném výkonu budoucí role. Sebraná data a výsledky připravují půdu pro následnou péči zaměřenou na klientovi dovednosti zaměstnávání a výkonu zaměstnávání, které jsou požadované k zapojení k hodnotné účasti na zaměstnávání.

Ve zkratce můžeme říct, že nástroj hodnotí klienta tzv. shora dolů a identifikuje požadované výsledky, které vedou k dalšímu vyšetření dovedností nebo nedostatkům výkonu.

1.2.1.4 Použití nástroje Dotazník rolí v praxi

RCV je nástroj klinického hodnocení, používaný ergoterapeuty při identifikaci výkonu zaměstnávání pacientů prostřednictvím identifikace rolí a hodnotou těchto rolí, jak udává Dickerson (2008) a navazuje, že celkovým cílem ergoterapie je pomáhat jednotlivcům v každodenním zapojení do životních činností, které jsou smysluplné a účelné. V dané studii byla nalezena souvislost mezi vykonáváním rolí a životní spokojenosti u mladých i starších jedinců. Oproti tomu u seniorů popsali souvislost ztráty role s životní nespokojeností.

Řešení dysfunkce rolí je již dlouho považován za vhodný úkol pro ergoterapeuty. Nejen, že se (lidé) musí vypořádat s okamžitou změnou výkonnostních kapacit, ale náhlá ztráta jedné nebo více rolí, které tvoří důležitou složku sebeobrazu, musí být také řešena. Jednotlivci mohou ztratit sebe sama, když zažijí ztrátu role a může dojít k podkopání sebedůvěry, což může dokonce vést k depresím, nedostatku motivace, zhoršení sebevědomí a nakonec i zablokovat proces rehabilitace.

RCv3 je pohodlný a snadně hodnotící nástroj ke shromažďování počátečních informací o výkonu role. Nejdůležitější je, že vyplněním RCv3 může vzniknout mezi terapeutem a klientem dialog o problémech, které existují a normálně je obtížné je formulovat a definovat.

Právě ergoterapeut, člověk, který se ve svém oboru zabývá nácvikem činností pacienta, hodnotí v závislosti na daném handicapu či nemoci, role, které klient ztratil nebo vykonává dosud, a zda je možnost pomocí odborného ergoterapeutického přístupu dosáhnout zařazení specifické role zpět do klientova života. U duševně nemocných je přínos ergoterapie/psychiatrické rehabilitace významný v konkrétních oblastech, ať už se jedná o pracovní rehabilitaci, pracovní dílny, přechodné a podporované zaměstnání, dále podporované bydlení nebo podporované vzdělávání, jak uvádí Probstová (2014). Hospitalizovaný nebo duševně nemocný klient v komunitě je stupňovanými činnostmi ergoterapie připravován nejen na konkrétní pracovní roli zaměstnance, kterou ve společnosti může opět vykonávat, ale například i roli v rámci své soběstačnosti v domácích činnostech či zájmových činnostech.

1.2.1.5 *RcV3 a Evidence-Base Practise*

Nejdůležitější studie chronologicky uvádí Scott, et al. (2019) a ve všech třech verzích The Role Checklist jsou role vzájemně nezávislé a není možné je škálovat. Například ten kdo pracuje v domácnosti, nemusí být spojeno s tím, že vykonává roli kamaráda, stejně tak, že pokud je někdo v roli dobrovolníka, nemusí být praktikující věřící.

Ve studii Scott (2014) používá The Role checklist 2. verze u 100 účastníků, kdy byl záznamový list vyplněn nejen papírově, ale i elektronicky. V této studii je také použita sekce dotazníku, kde respondent může identifikovat roli, která není zmíněna v deseti hlavních.

Jak zmiňuje Avrech Bar, et al. (2013), nástroj RCV2 poskytuje informace o kontinuitě zatížení role, a jak vypadá role ve třech časových obdobích: minulost, přítomnost a budoucnost. Tyto informace jsou v ergoterapii, jako takové zásadní a poskytují nám jedinečnou perspektivu při zkoumání role člověka a pomáhá nám budovat lepší terapeutický plán, přizpůsobený potřebám jednotlivce.

Mezi druhou a třetí verzí nástroje The Role checklist došlo také ke změně účasti v šesti z deseti rolí z „alespoň 1x týdně“ na „pravidelně“. Bylo zjištěno, že docházelo k limitaci identifikace s danou rolí, s kterou by se respondent v jiném případě identifikoval.

U chronologicky poslední publikované studie The Role checklist je použita jeho třetí a zatím poslední verze, kde Scott, et al. (2019) v krátkém časovém období nástroj testuje na 114ti respondentech, kteří jsou z řad studentů ergoterapie, ergoterapeuté a lékaři. Účastníci studie z 91% považují nástroj důležitý pro plánování léčby a 75% z nich doporučují 3 verzi The Role checklist oproti původním verzím. Administrace záznamového listu byla provedena elektronicky pomocí programu REDCap a 97% studentů a 94% lékařů označilo tento způsob bodování za poněkud nebo velmi žádoucí pro jeho proveditelnost.

Studie se odlišují různými změnami jednotlivých verzí nástroje a také způsobu administrace záznamového listu. Následkem může být nespolehlivost nástroje vlivem nepochopení definice dané role. Proto je žádoucí administraci nástroje procházet společně s pacientem, odpovídat na jeho otázky a při nejistotě upřesnit danou roli příkladem, který je pacientovi srozumitelný.

RCV, nástroj odvozený z modelu lidského zaměstnávání, byl modifikován pro použití u pacientů s mnohačetnou poruchou osobnosti a bylo zjištěno, že je prospěšný při identifikaci společných cílů zastávaných většinou lidí, jak vystihuje článek od Siepol, Froehlich (1990).

Nástroj je již celosvětově rozšířen, potvrzuje to studie autorů Meidert, Bonsaken, Scott (2018), kteří shromáždili data z Japonska, Norska, Švédska, Švýcarska, Spojeného království a USA. Přicházejí se závěrem, že nástroj RCV a jeho nabídka rolí je velmi dobře participována v kategoriích souvisejících s MKF, disabilitou a zdravím. Scott (2012) informuje ve své studii o postupných překladech napříč celým světem a uvádí jednotlivé autory překladů původní verze do nových jazykových podob. Jedná se o jazyk arabský, čínský, holandský, francouzský, německý, hebrejský, japonský, portugalský, slovinský, španělský, švédský a anglický.

S překladem do nových jazykových podob je úzce spojena i adaptace na různé kulturní rozdíly konkrétních zemí. Tomuto problému se věnuje Bonsaken, et al. (2015) a popisuje úskalí a možnost rozdílného vnímání stejné věci, kdy výkon zaměstnávání zahrnuje provádění činností, jako je například plánování jídel, nakupování potravin, příprava jídel, výdej, zřízení zkušenosti civilního stravování a také úklidu. Tyto činnosti vykonávané společně se pak mohou promítnout do role domácí práce, a pokud ano, vytváří se tak účast na zaměstnávání. Schopnost provedení dovednosti nebo souboru dovedností je pro účast na zaměstnávání nedostatečné, jelikož podmínkou je, že jednotlivec se musí s účastí (participací) ztotožnit. Participace na zaměstnávání v důležitých životních situacích, pomocí výkonu zaměstnávání, jedinci projevují typicky pak formě internalizovaných rolí. Autor dále popisuje úskalí nástroje: Zvnitřněné role nejzřetelněji souvisí, s úrovní participace na zaměstnávání v rolích student, zaměstnanec, dobrovolník a člen organizace. Naopak internalizované role častěji spojované s úrovní výkonu zaměstnávání úzce souvisí s intimitou (člen rodiny) a blízkostí (přítel) spíše než ve větší společnosti nebo společenské skupině. Další příklad internalizované role, kterou může vykonávat jedna osoba o samotě (domácí práce) a pro vlastní osobní potěšení (amatér/hobby) byly častěji klasifikovány jako výkon zaměstnávání. Vztah se zdá být složitější, než se původně očekávalo. Internalizované role spojené s produktivitou a s veřejným životem se společností mají tendenci úzce souviset s participací na zaměstnávání, zatímco internalizovaná role spojená s rodinným životem, intimními vztahy a s individuálním zaměstnáváním, mají blíže k úrovni výkonu zaměstnávání.

Konečným důsledkem pro terapeuty je, že provádění činností je pro klienta užitečné pouze, když mu to pomáhá se identifikovat se s vyjádřenou hodnotou role. V norském překladu byli respondenti například vedeni k poskytování odpovědí souvisejících s výkonem, zatímco původní anglická verze byla v tomto ohledu neutrální. Tyto rozdíly omezují platnost výsledků, zejména pokud jde o interpretaci rozdílů mezi zeměmi. Nicméně relativně velká velikost vzorku, velký soubor dat a použitá dostatečná analýza slouží ke zpevnění výsledků.

Další mezikulturní překlady RCv3 byly implementovány z anglického do španělského jazyka (Colón, Haertlein, 2002) a zároveň autoři provedli měření spolehlivosti na základě provedeného re-testů v intervalu dvou týdnů, u čtrnácti studentů, kteří hovoří oběma jazyky. A výsledkem byla obsahově validní a spolehlivá španělská verze RCv3. Podobně postupoval Cordeiro, et al. (2007), který představil výsledky mezikulturní reprodukovatelnosti a studie spolehlivost pomocí test-retest brazilské verze RCV. Anglická verze byla přeložena a kulturně implementována do brazilské portugalské, poté podána ve dvou týdenním intervalu skupině dvacetipěti klinicky stabilních jedinců s chronickou obstrukční nemocí (CHOPN). Mezikulturní adaptace vedla k úpravám některých termínů použitých v RCV. Brazilská portugalská verze RCV byla shledána jako validní a spolehlivá pro osoby s CHOPN a pravděpodobně i v obecném měřítku pro brazilskou populaci.

1.3 Psychotická onemocnění

V této kapitole je důležité popsat základní informace o duševně nemocných klientech, s kterými se běžně během ergoterapeutické praxe můžeme setkat. V následujících podkapitolách se budeme zabývat především diagnózou schizofrenie a jejími nejběžnějšími projevy. V následující části popíšeme nejběžnější psychosociální přístupy, které při práci s duševně nemocnými používáme a následně navážeme rozbohem specifickým přístupem v ergoterapii u této skupiny osob.

Vymezení pojmu „psychóza“

V psychiatrické terminologii existuje řada poruch, které spadají pod odborný pojem „psychózy“. Jedná se o skupinu onemocnění, které se liší v projevených symptomech, ale všechny jsou spojeny faktem, že člověk jistým způsobem nevnímá realitu jako většina ostatních lidí. Psychóza je odborné označení skupiny onemocnění, které se různě odlišuje v symptomech, ale všechny spojuje skutečnost, že jedinec jistým způsobem odlišně vnímá realitu, na rozdíl od většiny ostatních lidí.

1.3.1 Schizofrenie

Nejčastějším a zároveň nejzávažnějším psychotickým onemocněním je považována schizofrenie. Samotný název je odvozen z řeckých slov „schizo“ a „phren“, což znamená „štěpit“ a „rozum/myšlení“. Již z tohoto pojmu vyplývá, že schizofrenie je onemocnění projevující se výraznou poruchou myšlení a vnímání. Mimo těchto oblastí jsou zasaženy i city a chování. Klienti často nerozlišují mezi realitou a jejich subjektivním vnímáním prostředí. (Praško, 2005)

Nejběžnějšími typy schizofrenie jsou paranoidní, hebefrenní, katatonní a simplexní typ. U paranoidní schizofrenie převládají poruchy myšlení a poruchy vnímání, často ze skupiny pozitivních a negativních příznaků schizofrenie, uvedených níže. Hebefrenní typ schizofrenie se projevuje již v době raného dospívání. Vyznačuje se nevhodným až necitlivým chováním vůči ostatním lidem, nepřiměřenými emocemi, nepředvídatelným, bezcílým chováním, nespojitou, nelogickou řečí a sklonem k samotářství. Na druhou stranu typ simplexní schizofrenie probíhá nenápadně a plíživě bez dramatických příznaků, bez výrazných bludů a halucinací, onemocnění se vyvíjí skrytě a má často dlouhodobý průběh. Nemocní se vyznačují bizarním chováním, neschopností čelit sociálním tlakům a následnou uzavřeností. Tento typ schizofrenie se vyskytuje velmi vzácně. Další méně obvyklou formou schizofrenie je katatonní typ. Ten se vyznačuje poruchou psychomotorické aktivity, a to buď ve smyslu snížení (zpomalení chování klienta, setrvávání v navozených polohách), nebo zvýšení (násilná motorická aktivita, neklidnost, agitovanost). (Zvolský, et al., 1996)

Příznaky prvního řádu – příznaky, které jsou určující pro stanovení diagnózy schizofrenie = bludné představy o manipulaci s myšlenkami vnějším světem, dále halucinace projevující se komentáři v podobě hlasů, které jsou reakční na činnost nebo myšlenky. Jedná se fakticky o narušenou schopnost třízení informací vnitřního a vnějšího světa = tv. ALOPSYCHISMY. „*Schizofrenie patří mezi závažné psychické poruchy a je charakterizována poruchami myšlení, vnímání a osobnosti.*“ (Dušek, Večeřová-Procházková, 2021, s. 224)

Pozitivní příznaky jsou hodnoceny tak, že nezapadají do normálních lidských zkušeností a jsou možné regulovat psychofarmaky. Na rozdíl od negativních příznaků, které hůře reagují na psychiatrickou medikaci a projevují se především vymizením běžných emočních reakcí nebo myšlenkových procesů. Dle Mezinárodní klasifikace nemocí je k určení diagnózy schizofrenie nutné alespoň jednou za měsíc stanovit přítomnost jednoho charakteristického příznaku nebo také stanovit přítomnost minimálně dvou méně charakteristických příznaků.

Často jsou také přítomny tzv. strukturální deformace, kterou popisují Dušek, Večeřová-Procházková (2021) jako premorbidní strukturu osobnosti, která má reaktivně trvalý charakter a tato struktura se může projevit jak po formální, tak obsahové stránce v jednotlivých příznacích a dává jim trvale svůj ráz.

Konkrétní příčiny nemoci nejsou dosud plně objasněny a v odborných publikacích jsou uváděny jako multifaktoriální. Jedná se tedy o kombinaci genetických a biologických příčin, na které má také vliv vnější prostředí.

Zásady rozhovoru se schizofreniky považujeme za klíčové a řadíme mezi ně dostatek empatie, usměrňování rozhovoru zpět k hlavnímu tématu, pokládání otevřených otázek, používat motivační a pozitivní komentáře a v neposlední řadě také hlavně respektovat názory klienta. Největší chybou terapeutů bývá poučování a pouze udílení rad bez dostatečné míry pochopení. V obecné rovině se také bohužel projevuje i v pomocných povoláních stigmatizace klientů, jak upozorňuje Probstová, Pěč (2014).

1.3.2 Ergoterapie v psychiatrii a její specifika

V psychiatrii se kromě klasických a běžně využívaných medicínských přístupů využívá v obecné rovině také rehabilitace klienta. Kromě fyzikální terapie, fyzioterapie a léčebně tělesné výchovy je nedílnou součástí také ergoterapie a to ve formě zaměstnávání, ať k nácviku nebo udržení pravidelného denního režimu, k náplni volného času smysluplnou a zábavnou formou, a především k udržení dobré fyzické i psychické kondice. „*Vlastní rehabilitace spočívá v činnosti (pracovní terapie, ergoterapie), která by měla být rozmanitá a taková, aby svou náročností odpovídala možnostem nemocného.*“ (Dušek, Večeřová-Procházková 2021, s. 592) Součástí aktivit může být také cílená ergoterapie, zaměřená na deficity funkcí klienta, zejména se jedná o narušené kognitivní a exekutivní funkce. Tato produktivní činnost může sloužit jako předpracovní příprava do chráněného zaměstnání nebo na pozici na volném trhu práce. S tímto tématem také úzce souvisí sociální rehabilitace, návrat do společnosti a do života, ve které figurují sociální služby jako chráněné bydlení, komunitní péče, zkušební nebo rekondiční pobyty a další programy zejména terénních služeb zabývající se péčí o duševně nemocné. Při opětovné integraci duševně nemocných zpět do komunity, jsou přítomny významné deficity a jejich specifické a zásadní dopady na každodenní život, což má za následek pokles účasti, jak ve smysluplných činnostech, výkonu role, socializace nebo kvality života, dodává Raya-Ruiz, et al. (2020). Hlavními cíli v ergoterapii, jak je zmiňuje Klusoňová (2011) řadíme, udržení nebo obnovení ztracených funkcí, postupné zvyšování pracovní zdatnosti, obnovení soběstačných aktivit, docílení maximálně možné resocializace, obnovení sociálních kontaktů a korekce chování. Ergoterapie může za tímto účelem využívat rozmanité techniky či přístupy, kterými se velmi často protíná se spolupracujícími profesemi v rámci multidisciplinarity, jako je například psychoterapie.

1.3.2.1 Psychosociální přístupy

V ergoterapii se při práci s klienty psychickou diagnózou využívají nejčastěji psychosociální přístupy. Jak popisuje Praško (2005), cílem těchto přístupů je zocelit schopnosti zvládnání dlouhodobého stresu, které vznikají chronickým průběhem duševní nemoci a také zvýšit práh odolnosti směrem ke stresujícím vlivům.

Mezi základní psychosociální rámce vztahů aplikované v ergoterapii řadíme: behaviorální, kognitivně-behaviorální, psychodynamický (analytický) a humanistický, jak ve své publikaci zmiňuje Krivošíková (2011). A jedná se především o rámec behaviorální a zejména metody vycházející z kognitivně-behaviorální terapie (**KBT**), které je možné využít při vytvoření nového chování – učení podle vzoru, pobízení, řetězení, formování, hraní rolí anebo metodu operantního podmiňování – změna existujícího chování, které daná role ve společnosti vyžaduje. Společně s těmito metodami ergoterapeut často využívá i aktivity jako podrobné plánování činnosti, modelování, fyzické vedení, nácvik sociálních dovedností, řešení problémů a i využití nezdarů. Prostřednictvím těchto aktivit dochází i k nepřímým vlivům na klienta, zejména ovlivnění jeho sebepojetí nebo ovlivnění myšlenek a chování, kdy dochází k náhradě negativních myšlenek za pozitivní.

Sociální dovednosti a společenské interakce jsou pro většiny klientů s duševním onemocněním velmi problematické. Zahájení, udržení a ukončení konverzace je v reálném případě velmi obtížné, stejně tak sebeprosazení a projevení emocí přeměřeným způsobem. Pomocí skupinových aktivit mají možnost si veškeré základní sociální dovednosti vyzkoušet a také znovu osvojit, jak podotýká Praško (2005).

Za zakladatele kognitivně-behaviorálního směru se považují Mahoney a Meichnbaum. Kratochvíl (2017) popisuje způsob léčby, kdy terapeut klientovi pomáhá, aby si uvědomil svůj způsob zkresleného myšlení a dysfunkčního jednání. Následně pomocí systematických rozhovorů a strukturovaných behaviorálních úkolů pomáhá klientovi zhodnotit a změnit jeho zkreslené myšlenky, tak i zmíněné dysfunkční jednání. Celý proces má za cíl poskytnout klientovi nové příležitosti a podněty pro nové učení. Výhodou interakce a spolupráce mezi terapeutem a klientem je navázání hlubšího terapeutického vztahu, který přispívá léčebnému efektu a výsledkům celého procesu léčby. Autor dále zmiňuje tréninky a procesy, které v KBT může terapeut využít, jedná se o **Atribuci**, která je založena na přisuzování významu určitým událostem, které ovšem z daných událostí přímo nevycházejí. Například v mezilidských vztazích lze použít situaci, kdy na základě vypořádaného chování okolí určujeme vlastnosti

a úmysly druhých lidí. Pomocí terapeutických rozhovorů a zaměření zájmu terapeuta na klientovi atribuční charakterové rysy, můžeme opravit neprospěšné součásti klientových zažitých stylů chování, které nevědomě ovlivňují sebehodnocení jeho osoby, okolní společnosti, lidí a zejména jeho náhled na život jako takový.

Dalším prvkem, který může terapeut využít je **sebeinstrukční trénink**, kdy klient je motivován a veden k naučení se vědomému předříkávání vět v mysli, které mohou ovlivnit jeho prožitky a také chování. Ať už se jedná o pozitivní sebechvalu, povzbuzení (například. když jsem zvládl dojít sem, ještě bych se mohl pokusit jít dál) nebo slovní hodnocení při tvorbě nebo dokončeném úkolu.

Využívá se také **tréninku „očkování proti stresu“**, přičemž v tomto případě dochází k účelnému vystavení klienta nelehkým situacím a docílením pomocí konkrétních cvičení lepšímu zvládnutí deprivacních situací, které se objevují v životě neočekávaně.

Používá se také **trénink v řešení problémů**, kdy daná překážka nebo problém můžeme společně s klientem rozdělit do postupných kroků, ke kterým vytvoříme jasné pojmenování problému a následně návrhy řešení všech těchto částí tak, aby byl přijat ten nejvhodnější z nich.

Recovery

Zotavení nebo také RECOVERY, definují Probstová, Pěč (2014) jako zaměření péče na zlepšování komplexního stavu jedince, zároveň bez opomíjení s důrazem na identitu jedince. Výsledkem je kontinuální udržení uspokojivého zdravotního stavu, návrat do společenských aktivit nebo rolí a využití maximálního osobního potenciálu, což má za následek zlepšení kvality života člověka. Zároveň dodávají k této problematice, že zotavení (úzdava) se nepovažuje za cílový bod, nýbrž je vnímán jako dlouhodobý proces, které vede ke zplnomocnění jedince a paralelně s ním probíhá i identifikace s rolemi a hodnotami. Důležitý je také návrat k profesnímu zapojení a sociálnímu fungování.

Jedna z definic, která vystihuje problematiku zotavení, popsal William Anthony, ředitel centra pro psychiatrickou rehabilitaci Bostonské univerzity: *„Zotavování je hluboce osobní, jedinečný proces změny vlastních postojů, hodnot, pocitů, cílů, svého umu či svých rolí. Je to způsob, jak vést život, který člověka uspokojuje, dodává mu naději a činí jej potřebným pro druhé, i s omezeními způsobenými nemocí. Součástí zotavování je i vytvoření nového významu a smyslu svého života, jakmile se člověk vymaní z katastrofálních následků duševní choroby.“* (Ridgway, et al., 2014, s. 5)

Model zotavení je úzce spojen, s přístupem case managementu zaměřující se na vyzdvížení předností klienta. Tyto nalezené silné stránky se pak zakomponují do plánu zotavení, který mapuje podrobným způsobem všechny oblasti života. Velmi důležitá je motivace klienta a nalezení smyslu svého jednání. Hlavní myšlenkou celého modelu je naděje, naděje, že může dojít ke zlepšení klientova nynějšího stavu a vytvořit v něm uvědomění, že má svou cenu, schopnosti a našel v sobě víru v sám sebe.

CARe

Tento model je označován za zotavení, které se zaměřuje na přítomnost a zplnomocňování. Opět se jedná o zapojení, účasti nebo participaci na sociální složce života, stejně tak i zotavování na osobní rovině. Jedná se o komplexní přístup, které v tomto kontextu přistupuje k rehabilitaci a cílí v první řadě na klienta, na jeho přání, která mohou zlepšit jeho kvalitu života, posílení předností a silných stránek, přijetí zranitelnosti a vyrovnáním se s tímto faktem a také zpřístupnění prostředí a zkvalitnění života a sociálních podmínek. (Hollander, Wilken, 2016)

Prvky kvality života a zotavení obsahuje deset prvků a v kontextu s diplomovou prací je vhodné zmínit prvek smysluplných činností a sociální role, jak ho definuje Hollander, Wilken (2022) jako smysluplné aktivity, které nás baví, uspokojují, motivují, naplňují a posouvají dál v našem životě. Každý má vnitřní potřebu něco znamenat, být pro druhé a zároveň i pro sebe cenný a zároveň skrze své činy dosahovat pocitu smysluplnosti, ať skrze vykonávané sociální role nebo činností jako takovou. Model Care, se také dotýká participace klienta, ale nejen ve smyslu podpory dané osoby, ale především podporou přímo od sociálních skupin, ve kterých je klient zapojen nebo by toužil být součástí. Jedná se o sociální zotavení. Ať se jedná o rodinné zázemí, pracovní kolektiv, zájmovou skupinovou činnost, kvalitní sousedské vztahy, možnost navštěvovat školu a obecně být součástí společnosti jako občan, tedy systémem v kterém aktuálně žije, být plně podporován zejména ve finanční oblasti.

2 PRAKTICKÁ ČÁST

2.1 Cíle a výzkumná otázka

Hlavním cílem neboli primárním cílem diplomové práce je převod dotazníku Dotazník rolí (The Role Checklist, version 3) a jeho zpětný překlad. K hlavnímu cíli se dále řadí následné zjištění, jestli dotazník lze aplikovat v případě zjišťování potřeb osob s psychotickým onemocněním. Součástí převodu záznamového listu je také překlad části manuálu, který je podstatný k administraci nástroje. Práce by měla poskytnout nový nástroj k hodnocení sociálních rolí, nejen pro účely práce ergoterapeutů, ale také příbuzných oborů zaměřujících se na člověka jako celek.

Sekundárními cíli kvantitativního výzkumu této práce je zjištění, jak byl pro respondenty přeložený RCv3 dotazník srozumitelný a jak hodnotili jeho využitelnost. Zejména výsledkem ukazatele srozumitelnosti můžeme efektivně odhadnout, jestli lze zde českou verzi dotazníku efektivně aplikovat.

Do terciálních cílů kvantitativního výzkumu byly řazeny otázky týkající se samotného dotazníku ve spojení s lidmi s psychotickou diagnózou.

- a) Do jakých rolí se lidé s duševním onemocněním řadí nejčastěji
- b) V jaké roli se respondenti cítí nejméně a nejvíce spokojení?
- c) Do jaké role by se chtěli respondenti v budoucnu zapojit, jak je lze podpořit ze strany ergoterapeuta?

2.2 Metodologie

Diplomová práce je teoreticko-praktická, konkrétně je zde využit kvantitativní předvýzkum. Jehož cílem je převedení a pilotní ověření nového nástroje Dotazník rolí (RCv3). Předvýzkum bývá použit na malém vzorku cílové skupiny osob. Jeho hlavním účelem je ověřit nástroj, který se následně využije k další výzkumné činnosti. Účel předvýzkumu je otestovat srozumitelnost a jednoznačný smysl otázek. (Disman, 2000) Podle typu práce s daty, můžeme výzkum považovat za smíšený. (Hendl, 2005) Hlavní metodou tvorby dat je proces převodu se zpětným překladem, který je podrobně popsán dále.

Respondentům byly předloženy v rámci předvýzkumu: standardizovaný nástroj v podobě záznamového listu RCv3 v českém znění. Dále respondenti dostali formulář pro zpětnou vazbu k české verzi dotazníku RCV, který hodnotil srozumitelnost, použitelnost a další oblasti dotazníku tak, jak je subjektivně vnímají respondenti výběrového vzorku. Je nutné

zmínit, že při administraci obou dokumentů byl vždy přítomen terapeut, který pomáhal respondentům s vyplněním nástroje a to vždy dle jasných pokynů, které jsou obsaženy v manuálu nástroje.

2.2.1 Metody tvorby dat

Proces převodu dotazníku

Proces převodu cizojazyčného nebo zahraničního nástroje do jiných jazykových verzí, obsahuje překlad a adaptaci nástroje. Jak uvádí studie a jeho autor Abu Tariah, et al. (2022), pro RCv3 byly stanoveny pokyny pro překlad, které byly vyvinuty nadnárodní skupinou vědců a přímo ergoterapeuty. Tyto pokyny umožňují srovnání mezi různými kulturami a zeměmi. Účelem této studie bylo mezikulturně přizpůsobit RCv3 do arabštiny a předběžně ověřit jeho použití mezi arabsky mluvícími klienty s podmínkou dodržení výše uvedených pokynů. Tato konkrétní studie byla pro autora práce opěrný pilíř k adaptaci nástroje dle zmíněných doporučených postupů překladu a pilotního testování.

Implementaci procesu převodu v praxi vypracoval Van Antwerp, et al. (2016) a obsahuje na sebe navazující kroky:

- 1) **Počáteční překlad** – překladu se zúčastnili dva terapeuté, kteří se po překladu setkali, porovnali své překlady a hledali shodu.
- 2) **Zpětný překlad** – jiný ergoterapeut s dlouhou klinickou zkušeností a s jazykovou dobrou výbavou přeložil nástroj z arabštiny zpět do anglického jazyka a to bez odkazu na původní verzi.
- 3) **Expertní panel** - šest ergoterapeutů mělo možnost po předložení druhého experimentálního překladu, důkladně diskutovat o podobě konečné experimentální verze. Tato verze RCV byla dokončena, i když došlo k pozměnění v arabském dotazníku v roli „Člen organizace“ na „Člen organizace nebo asociace“.
- 4) **Jazyková validace/ psychometrické testování** - Ke stanovení platnosti konečné experimentální arabské verze RCV posloužil pilotní test, který potvrdil obsahovou validitu a užitečnost nástroje.

Autor práce postupoval dle výše zmíněných kroků, ale s rozdílnými zkušenostmi v průběhu práce, především se jednalo o odlišné vnímání rolí, dle jiných kulturních norem. Během procesu expertního panelu došlo k diskuzi u role „housekeeper“, která v českém překladu označuje hospodyně nebo uklízečku. Jedná se o genderově zatíženou roli, a proto došlo ke shodě upravit v rámci kulturní adaptaci označení role na „domácí práce“.

Dotazník rolí (The Role Checklist, version 3)

RCv3 byl jako nástroj použitý ke sběru dat, který se zaměřuje na deset nejčastějších sociálních rolí ve smyslu účasti a následné spokojenosti nebo potřebě roli vykonávat. Vznik a využití zmíněného nástroje, bylo předmětem již předchozích kapitol. Podstatné je seznámit se s manuálem, který musí být použit k bezchybné administraci, jinak by mohlo dojít k odběru nepřesných a zavádějících dat.

Zpětná vazba

Druhou částí sběru dat, která byla nezbytná pro tento předvýzkum, byla zpětná vazba k dotazníku k RCV, kdy respondent subjektivně odpovídal na otázky:

Jak vnímá srozumitelnost nástroje RCv3?“ rozsah odpovědi 1-5 (1=výborný, 5=nedostatečný) Podle získaných odpovědí respondentů bude možné určit stupeň kvality překladu manuálu a záznamového listu RCv3 a statistickou analýzou odpovědí znázornit výsledek ze souhrnu všech odpovědí.

„Jak vnímá využitelnost nástroje RCv3 v praxi?“ rozsah odpovědi 1-5 (1=výborný, 5=nedostatečný) Podle získaných odpovědí respondentů bude možné určit stupeň využitelnosti nástroje RCv3 v praxi a potvrdit možnost, že na základě získaných dat lze sestavit individuální plán při obnově nebo zlepšení role.

A na závěr měl možnost popsat libovolné postřehy nebo pocity k samotné práci s RCv3, například které role jsou dle jeho názoru přebytečné nebo úplně chybí.

2.2.2 Výzkumný soubor

Typ výběru

Výzkumný soubor byl vybrán na základě dostupnosti. „*Jedná se o výběr, který zahrnuje skupinu dostupnou na daném místě a v daném čase.*“ (Hendl, 2012). Pro předvýzkum v rámci diplomové práce byl zvolen účelový výběr (Disman, 2000). Pro zařazení/vyřazení jedince do/z výzkumu byla stanovena následující kritéria, která byla ověřena na základě lékařské zprávy, ke které měl řešitel projektu v zařízení přístup a na základě toho zde proběhl sběr dat. Respondenti byli s touto skutečností seznámeni v „Informovaném souhlasu pro pacienta“.

Kritéria pro vyřazení z výzkumu:

- těžká porucha sluchu
- neschopnost porozumět instrukcím
- neschopnost dokončit testování
- nepodepsání „Informovaného souhlasu pro pacienta“

Kritéria pro zařazení do výzkumu:

- pacienti s klinicky diagnostikovaným duševním onemocněním (především F.2, F.3., F.4) docházející ambulantně, nebo jsou dlouhodobě hospitalizováni v Národním ústavu duševního zdraví (dále NUDZ) v Klecanech v období 21.9.2022-31.12.2022
- věk pacienta 20-65 let
- čeština jako mateřský jazyk
- klinicky stabilní onemocnění

Výběr vzorku:

Diplomová práce se vztahuje k záměrně vybrané populaci pacientů s duševním onemocněním. Ve výzkumné části práce proběhlo testování padesáti probandů s duševním onemocněním, kteří docházeli ambulantně nebo byli dlouhodobě hospitalizováni v NUDZ v Klecanech. Vzorek byl vybrán na základě stanovených indikačních kritérií. Všichni probandi byli seznámeni s účelem odběru dat a s obsahem informovaného souhlasu, který následně v rámci administrace podepsali.

2.2.3 Metody analýzy dat

Pro získání potřebných dat bylo zvoleno testování respondentů pomocí RCv3 administrovaného podle přeloženého manuálu RCv3. Jak uvádí Scott, et al. (2019) RCv3 může být administrován v několika odlišných způsobech. Klinicky je to obvykle buď vlastní dokončení pacientem, nebo administrace jako rozhovor s terapeutem. V každém případě je pro terapeuta obvyklé sledovat volby respondenta. Pro výzkum diplomové práce byl pro administraci použit odběr dat pomocí rozhovoru a volby respondenta byly zaznamenány na standardní záznamový list. Pro analýzu získaných dat byla použita datová matice. Data z jednotlivých záznamových listů byla ručně roztřízena a zanesena do datové matice za použití tabulkového procesoru Microsoft Excel. Podle jednotlivých cílových oblastí byla data vyhodnocována a zanesena do grafů různých typů. Nejčastějšími typy grafů, na kterých jsou data interpretována, jsou grafy typu – výsečový, sloupcový a spojnicový. Typ grafu byl vždy určen podle povahy interpretovaných dat.

2.2.4 Praktický průběh realizace

Na začátku realizace práce byla podepsána sublicenční smlouva (příloha 1) mezi autorem diplomové práce a rektorem Univerzity Karlovy. Tato smlouva umožňuje za účelem výzkumné činnosti použít části manuálu a záznamový list, a to se svolením autorů.

Základním krokem byl překlad manuálu a dotazníkového listu The Role checklist, 3. verze. Jak je uvedeno výše postupovalo se podle odborně schváleného postupu překladu. Prvotní překlad vyhotovil autor práce a také rodilý mluvčí anglického jazyka, oba pak porovnali své výsledky, hledali rozdíly a především shody v obou prvotních překladech. Překlad vytvořený na základě dvou pohledů a překladů na stejnou problematiku byl pak zpětně přeložen profesionální překladatelskou společností a následně se kontroloval nuance a rozdíly oproti originální verzi, hlavně z důvodu možných změn v textu, které mohou být dvojsmyslné, zavádějící nebo nekorespondovat se smyslem celého textu.

Tato verze překladu prošla následně expertním panelem, kterého se účastnila skupina ergoterapeutů pracujících v psychiatrii. Na tomto setkání došlo k úpravám přeloženého znění textu nebo nepřesnému znění s ohledem na lepší srozumitelnost a současně zachování věrnosti k originálu, hlavně ve smyslu použití odborné terminologie. Tento konečný přeložený text manuálu i dotazníkového listu RCv3 byl pak zasazen do graficky stejné úpravy jako originální text manuálu a tabulka u dotazníkového listu.

Před samotným sběrem dat byla požádána žádost o souhlas Etické komise Národního ústavu duševního zdraví (NÚDZ) v Klecanech k návrhu výzkumného projektu, ta celou záležitost projednala a odsouhlasila (příloha 2). Nábor respondentů proběhl s pomocí ergoterapeutky Mgr. Jitky Suché, která je v NÚDZ zaměstnána a společně jsme na základě stanovených kritérií vytypovali potencionální respondenty určené k odběru dat.

Sběr dat vždy probíhal v rámci jednoho setkání řešitele diplomové práce s daným probandem v NÚDZ v Klecanech. Účast v tomto výzkumném projektu byla pacientům s duševním onemocněním nabízena osobně přímo řešitelem. Každému probandovi s duševním onemocněním, byl mu vysvětlen cíl výzkumného projektu, předány informace o výzkumném projektu a předložen k podepsání Informovaný souhlas pro pacienta (příloha 3), ve kterém byl seznámen s etickými zásadami a informacemi o diplomové práci. Po osobním ověření splnění kritérií pro zařazení do studie byl každý respondent jednorázově otestován pomocí RCv3 administrovaným podle přeloženého manuálu pro RCv3.

Sběr dat probíhal v rozmezí několika měsíců (srpen 2022 – prosinec 2022). Po dokončení sběru dat došlo k jejich statistické analýze.

Sběr dat proběhl vždy osobně a respondentovi byl vysvětlen smysl využití nástroje v ergoterapeutické praxi a v zásadě především to, že sebraná data mohou být následně použita ke stanovení cílům za účelem obnovení nebo zkvalitnění sociální role. Tyto cíle se pak mohou objevit v individuální nebo rehabilitačním plánu.

RCv3 je dotazník skládající se z deseti sociálních rolí a u každé role je odpověď buď ano, roli vykonávám a následně se terapeut doptává na míru spokojenosti v roli. Důležitou součástí je u výkonu role pravidelnost účasti. Druhá odpověď ne, roli v současnosti nevykonávám, u které opět zjišťujeme, zda by měl o roli zájem aktuálně, v budoucnosti nebo nemá zájem o vykonávání zmíněné role. Konkrétně administrace probíhala tak, že respondentovi se představila role, o které se bude hovořit a to definicí, která každou roli představuje tak, aby respondent mohl s jistotou odpovědět. Respondent měl také po celou dobu možnost, doptávat se terapeuta, jak konkrétní roli rozumí, zda jí nevnímá odlišně a případně, jak na něj definice nebo samotné otázky působí.

Odběr dat a administrace byla zvolena dle přeloženého manuálu pro RCv3, aby byla zajištěna co největší objektivita testování. Po ukončení administrace, terapeut respondentovi vysvětlil výsledky administrace, které jsou na záznamovém listu dobře graficky rozeznatelné, co se týče míry potřeby změn v daných oblastech. Respondent byl poté dotázán, jak je pro něj nástroj srozumitelný a použitelný, obě kategorie ohodnotil čísly v rozsahu 1-5, kdy 1=výborný, 5=nedostatečný. Dále se řešitel dotazoval na subjektivní pocity respondenta, a na jeho názor, zda některá role z jeho pohledu není použita v záznamovém listu navíc, nebo naopak respondentovi v nástroji chybí. Celé setkání trvalo vždy 10-15 minut. Respondenti mohli kdykoliv ze studie odstoupit. Řešitel projektu zná pouze pohlaví, věk respondenta a stav jeho duševního onemocnění, ve smyslu remise/relaps.

Etické aspekty výzkumu

Autor diplomové práce postupoval v souladu s etickými zásadami realizace výzkumu a analýzy získaných dat.

Jelikož sběr dat pro praktickou část diplomové práce probíhal pod záštitou Národního ústavu duševního zdraví v Klecanech, autor práce požádal o schválení individuálního výzkumu Etickou komisí NUDZ v Klecanech. Žádost byla podána 7. 9. 2022 a projednána i schválena 21. 9. 2022.

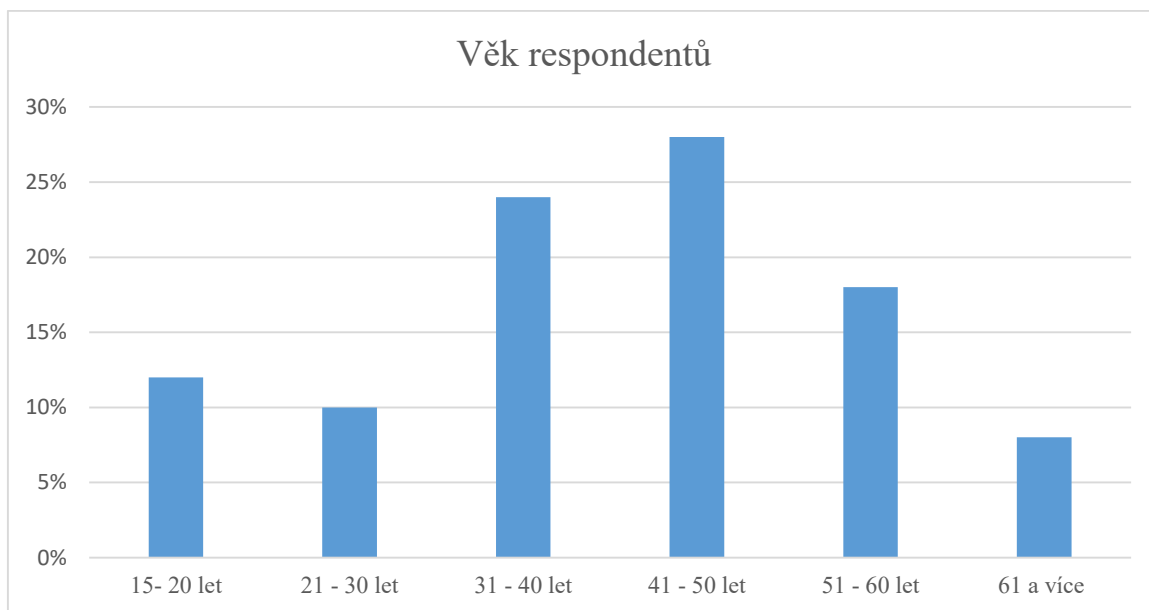
Od každého z respondentů byl získán písemný „Informovaný souhlas pro pacienta“, ve kterém byl respondent seznámen s informacemi o diplomové práci, etickými zásadami výzkumu, informacemi o nakládání s daty a dodržením anonymity. Všechna data byla zpracovávána anonymně.

2.3 Výsledky

2.3.1 Základní demografické prvky výzkumného souboru

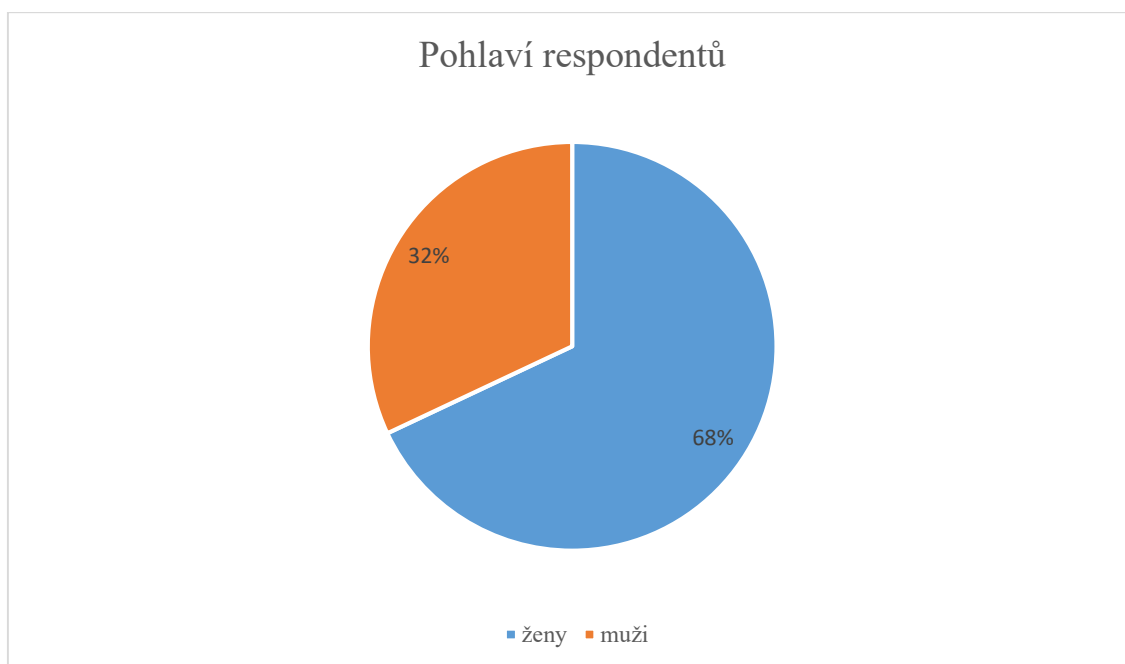
Kvantitativního výzkumu se účastnilo celkem 50 respondentů. Jednotlivé věkové zastoupení je uvedeno v grafu 2.1 „Věk respondentů“. Nejčetnější zastoupení zde vidíme ve věkové skupině 41-50 let. Co se týče pohlaví respondentů, vidíme na grafu 2.2 četné zastoupení mezi ženami, které tvořili 68 % z respondentů.

Graf 2.1 – Věk respondentů



(Zdroj: autor)

Graf 2.2 – Pohlaví respondentů



(Zdroj: autor)

2.3.2. Primární cíle

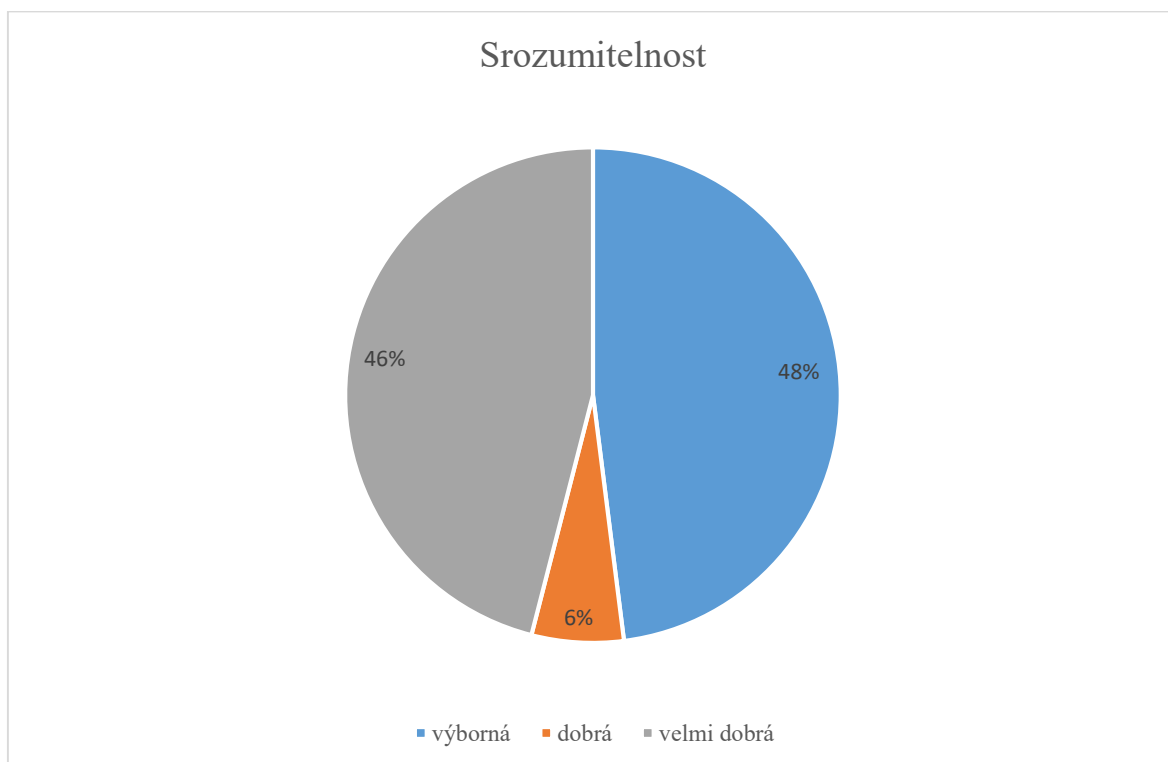
Primárním cílem bylo zejména zjištění, jestli lze tento dotazník aplikovat v případě zjišťování potřeb lidí s psychickým onemocněním. Výsledky tohoto cíle jsou dopodrobna rozebrány v kapitole diskuse této práce.

2.3.3. Sekundární cíle

Co se týče sekundárních výsledků, snažili jsme se zde zjistit, jak byl dotazník RCv3 srozumitelný a jak respondenti hodnotili jeho využitelnost. Srozumitelnost dotazníku nejčastěji respondenti hodnotili jako výbornou a velmi dobrou, ilustrováno na grafu 2.3. Lze zde vyhodnotit, že pro respondenty byl dotazník RCv3 srozumitelný a neměli problém s pochopením jednotlivých oblastí při vyplňování.

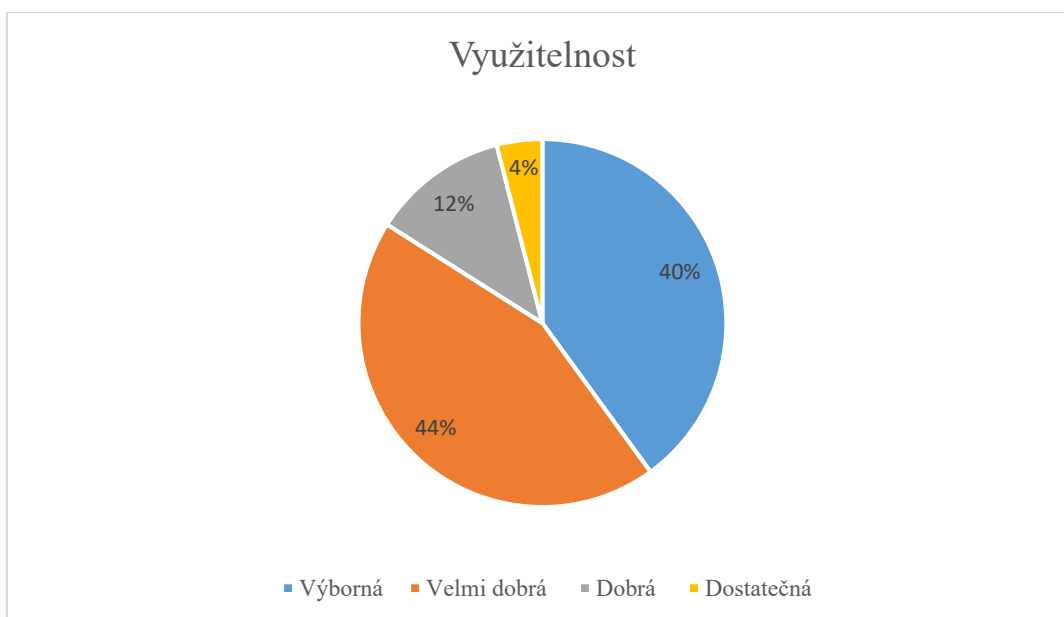
V oblasti využitelnosti nejčastěji respondenti hodnotili číslem 1 a 2 tedy výborná a velmi dobrá. Tato oblast je ale velmi subjektivní, jelikož je hodnocená ze strany klientů považují ji tedy za problematickou a bylo by vhodnější se v této oblasti zaměřit i na poskytovatele péče nebo osoby, které dotazník budou distribuovat.

Graf 2.3 – Srozumitelnost dotazníku



(Zdroj: autor)

Graf 2.4 – Využitelnost dotazníku



(Zdroj: autor)

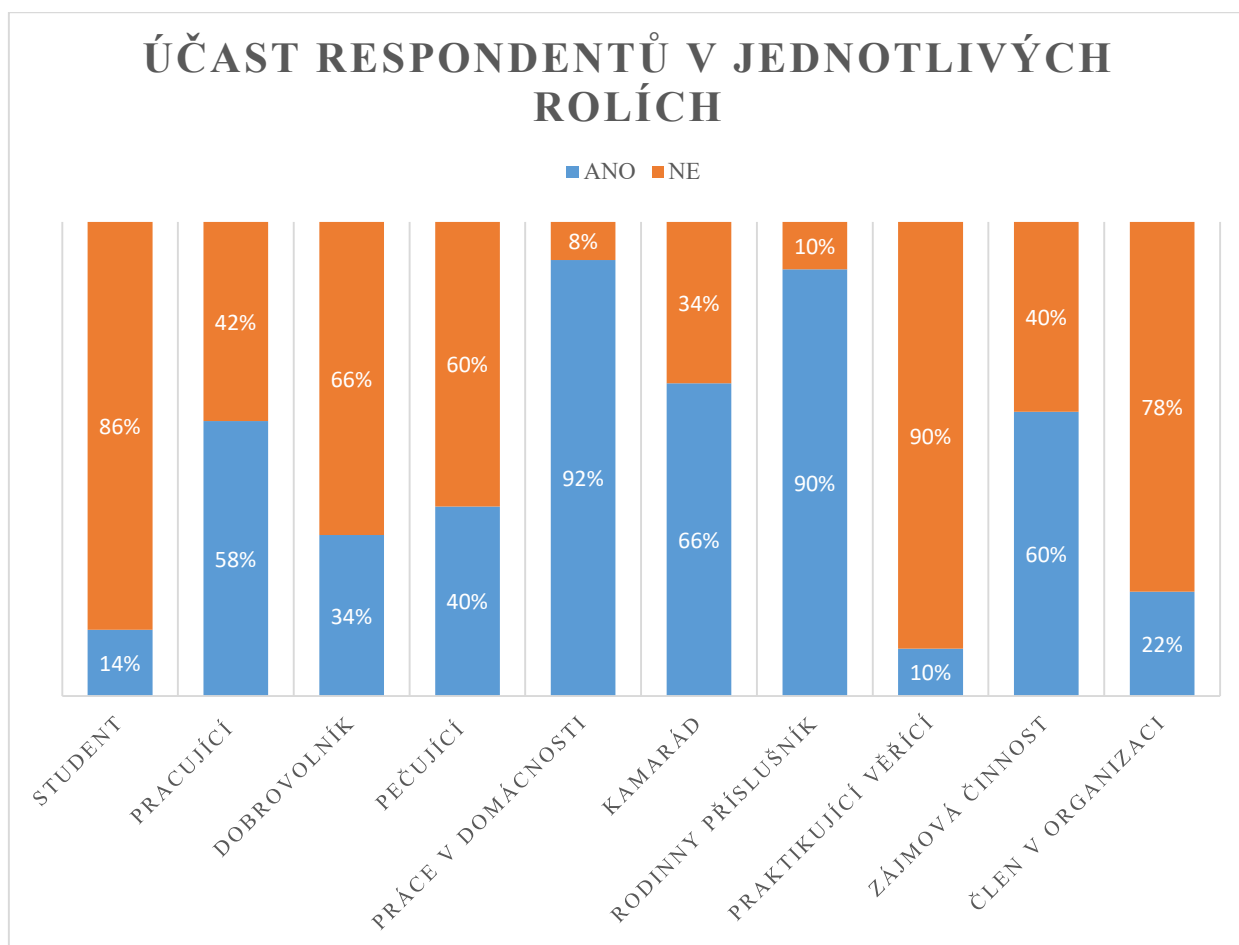
2.3.4 Terciální cíle

Jak již bylo zmíněno, oblast terciálních cílů se zaměřuje na samotná data získaná z distribuce dotazníku RCv3. Data byla získána od respondentů s psychotickým onemocněním. První zkoumanou oblastí je účast respondentů v jednotlivých rolích. Jak můžeme pozorovat na grafu 2.5, nejčastěji jsou respondenti přítomni v roli, která se týká práce v domácnosti (92 %), většina respondentů má ve svém životě také roli rodinného příslušníka (90 %). Naopak nejméně se respondenti účastní role praktikujícího věřícího (10 %), tento faktor může vycházet právě z kulturních norem společnosti, ve které byl RCv3 aplikován tedy České republiky.

Druhá zkoumaná oblast je zaměřená na spokojenost respondentů v jednotlivých rolích – ilustrováno na grafu 2.6. Většina respondentů (82 %) uvádí, že je spokojená se svou rolí rodinného příslušníka, dále zde můžeme pozorovat, že podstatná část respondentů je spokojena v roli práce v domácnosti (62 %). Zajímavý ukazatele na druhé straně osy, který zde můžeme pozorovat je, že respondenti výrazně nehodnotili v žádné roli svou nespokojenost, ale spíše vyjadřovali, že vůbec o danou roli nemají zájem například v oblasti praktikující věřící, kde o roli nemá zájem 82 % respondentů.

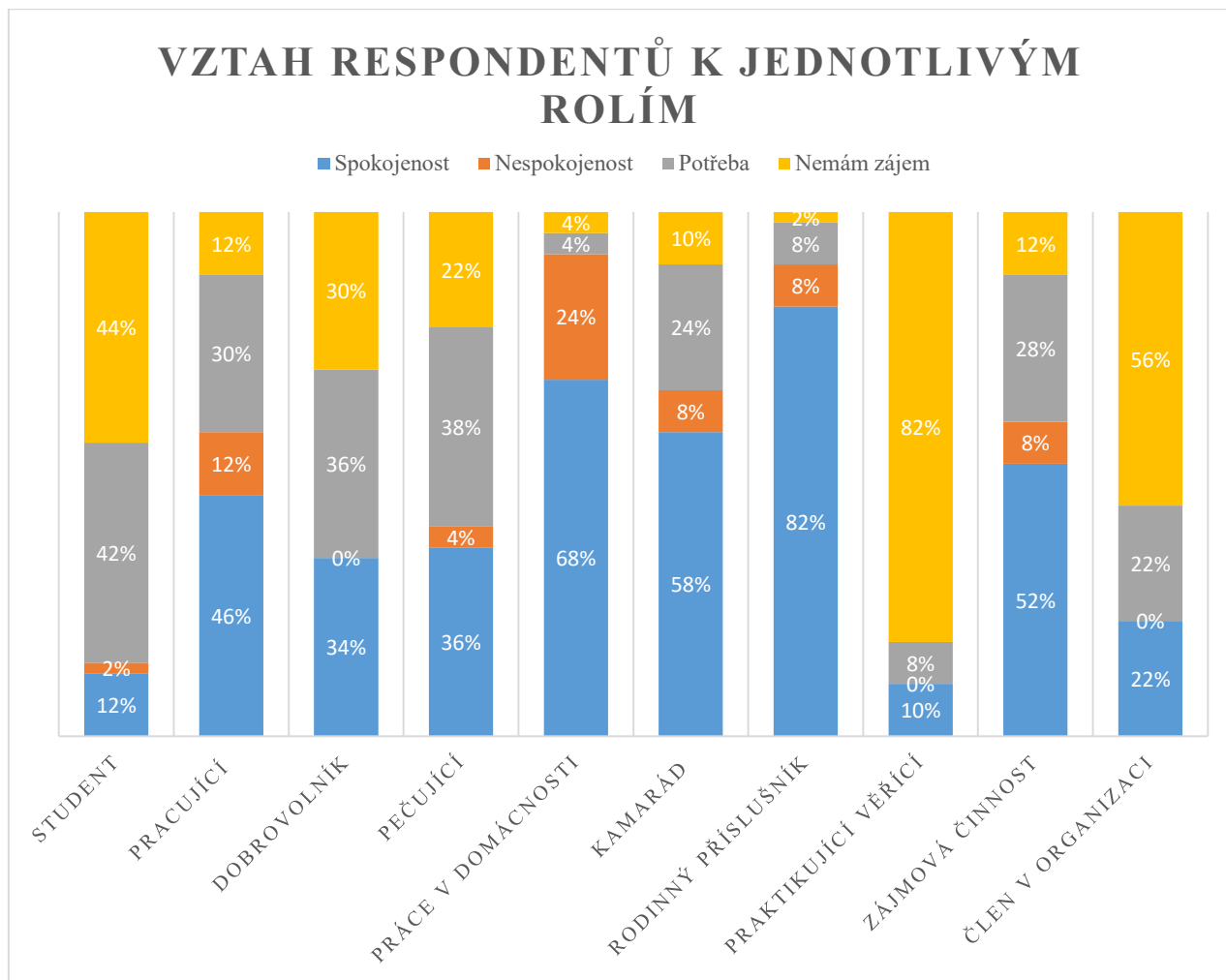
Třetí zkoumaná oblast se zaměřila na konkrétní role a jejich potřebu se do ní navrátit graf 2.6, zde můžeme pozorovat čtyři podobné procentuální výsledky v roli studenta, pracujícího, dobrovolníka a pečujícího, kde kolem 30-40 % respondentů hodnotilo, že do této role má potřebu se navrátit.

Graf 2.5 – Účast respondentů v jednotlivých rolích



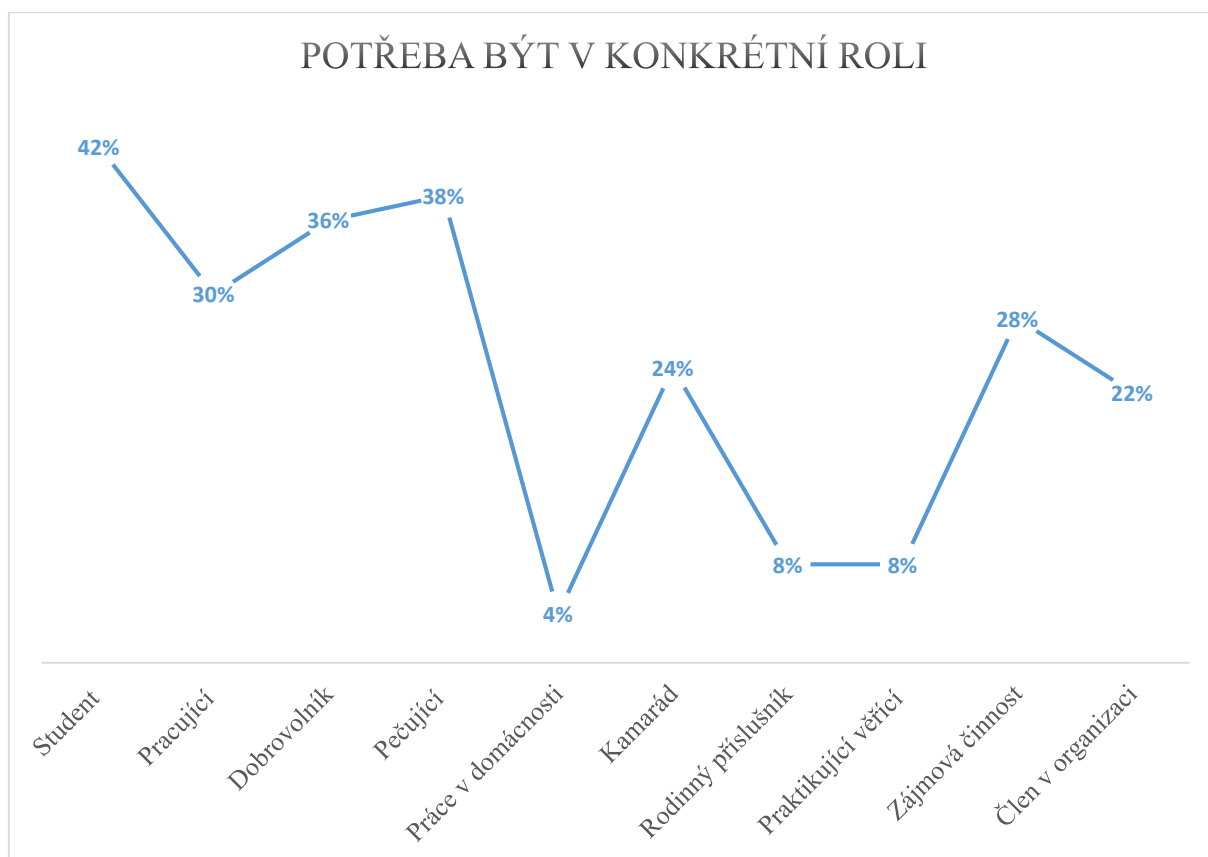
(Zdroj: autor)

Graf 2.6 – Vztah respondentů k jednotlivým rolím



(Zdroj: autor)

Graf 2.7 – Potřeba být v konkrétní roli



(Zdroj: autor)

3 DISKUZE

Sociální role, s kterými se člověk identifikoval nebo je již dříve vykonával, jsou pro jeho život velmi důležité. Ať pro jeho vnitřní rozměr a identifikaci, tak i pro vnější prostředí ve společnosti. Ztráta jakékoliv životní role znamená pro každého podstatnou změnu, která zasahuje do jeho kvality života. Zejména u pacientů s psychotickým onemocněním má ztráta role daleko větší dopad, už z důvodu velmi křehkých vztahů, které tato osoba sdílí se svým okolím a prostředím. Důležité je včasné rozpoznat deficit role a tedy ztrátu zázemí v systému pacienta, následně pak společně určit cíl a zaměřit úsilí na profesionální podporu, péči a rehabilitaci.

Již v celém světě a hlavně v USA se dlouhodobě věnují výzkumu participace v sociálních rolích. Na základě odborných článků a studií je více používán Model lidského zaměstnávání a jeho součásti. Využití součástí modelu v praxi může být, dle autorova názoru, prospěšné nejen pro ergoterapeuty, ale i pro přidružené obory, do kterých obor ergoterapie zasahuje. Ať se jedná o profese jako psycholog, psychoterapeut, logoped, lékař nebo sociální pracovník. Nicméně právě ergoterapeuti jsou nositelé komplexního a holistického pohledu na pacienta a využívají k rehabilitaci jedince velkou škálu rehabilitačních přístupů, které mají k dispozici. Aby bylo možné zhodnotit sociální role u nemocného klienta, je nejprve nutné mít nástroj, který pomůže zjistit aktuální stav rolí konkrétního jedince a na základě toho je možné určit cíl a řešení, jak zlepšit klientovu situaci v této problematice. Z této potřeby logicky vzešla realizace převodu dotazníku z anglického jazyka do české verze. Samotný proces překladu má určitá pravidla a kroky, dle kterých je třeba postupovat, aby se zachovala originální hodnota nástroje, validní obsah a dotazník mohl poskytovat spolehlivá data. Zdroje, které hovoří o procesu převodu tohoto nástroje, shodně odkazují na studii, kterou vypracoval Van Antwerp, et al. (2016) a popisuje podrobně implementaci procesu převodu v praxi, kde uvádí jednotlivé kroky, kterým je první překlad, zpětný překlad, expertní panel a pilotní testování.

Proces převodu byl autorem práce upraven a mohli tak vzniknout určité nedostatky a neoborné termíny. První překlad vytvořil sám autor za omezených jazykových schopností, ale s určitým vhladem do problematiky a terminologie nástroje. Současně s tímto překladem vznikal paralelně první překlad od rodilého mluvčího, který jazykové schopnosti plně ovládal, avšak nepohybuje se v odborných kruzích související s rehabilitací a ostatními vědními okruhy. Lze tedy diskutovat nad tím, zda se tyto skutečnosti nepodepsaly na úrovni kvality překladu do českého jazyka. Autor práce se i přesto pokusil s rodilým mluvčím setkat za účel porovnání obou prvotních překladů, které oba vyhotovili. Společně pak vytvořili jednu verzi, která nejvíce

splňovala a odpovídala originální verzi a neztrácel se v ní smysl sdělení, které je důležité k administraci nástroje. Autor se i přes vytvořenou shodnou první verzi rozhodl o profesionální překlad a následný zpětný překlad od překladatelské společnosti, aby se vyloučilo co nejvíce možných chyb v překladu do české verze a srozumitelnost zůstala zachována. Překladatelská firma vycházela i z obou prvních překladů, aby zůstala zachována určitá terminologie, která je nutná k zachování odbornosti nástroje. Profesionální překlad a zpětný překlad potvrdili úspěšný převod do českého jazyka. Pak následoval krok expertního panelu, při kterém ergoterapeuti pracující v psychiatrii diskutovali především nad názvy jednotlivých rolí a definicemi, které role popisují a stanovili úspěšně jejich podobu pro pilotní testování. Vnímání rolí v české krajině se od rolí v USA příliš neliší, i když rozdíly v rámci kultury tu jsou a budou popsány dále v diskuzi. Změna názvu role byla zvolena například při překladu do arabského jazyka, jak popisuje studie Abu Tariah, et al. (2022), jelikož role „Účastník v organizaci“ má velký politický význam a je státním aparátem vnímána nelibě, tato role byl pozměněna na „Účastník v organizaci nebo sdružení“.

Výstupy a výsledky z pilotního testování byly přínosné, jak pro autora, tak i respondenty samotné, kteří se s tímto nástrojem mohli seznámit poprvé. Většinu tázaných samotná administrace bavila, někdy zcela nerozuměli definici k dané roli a autor vysvětloval klientovi, jak účast vypadá na praktickém příkladu. U některých rolí docházelo opakovaně k podobným reakcím respondentů, autor považuje tyto reakce za přínosné a k zamyšlení. U role „pečující“, kdy máme na mysli péči o rodiče nebo o dítě, čtyři respondenti položili otázku, zda se počítá i výkon péče o domácí zvíře, jako je pes, kočka nebo papoušek. V případě tohoto daného nástroje se výkon role zaměřuje vždy na osobu, ale autor se domnívá, že i takový výkon role by bylo vhodné zohlednit při odpovědích respondentů. Zejména u sociálně izolovaných osob je vztah se zvířetem důležitější než s lidmi a často dochází i k polidšťování, kdy domácí zvíře může, zaujímat například roli člena rodiny nebo kamaráda. Jak znázorňuje graf 2.7, potřeba se o někoho starat a pečovat o něj je důležitá pro 38% dotazovaných a je na druhém místě s ohledem na míru potřeby účasti v roli.

Druhá nejvíce diskutovaná role byla „rodinný příslušník / partner“, ke které se vyjádřilo shodně osm respondentů s poznámkou, že pokud by byla role rozdělena na dvě, tedy rodina a partner, bylo by to vhodnější a autor se domnívá, že takto modifikované role by poskytovaly přesnější informace a i v individuálním plánu by bylo jasnější, jaký si stanovit konkrétní cíl. Tedy zda se respondent chce vrátit k partnerovi nebo například znovu zaujmout rodinnou roli rodiče, syna, vnuka, dědečka apod.

Avšak nejvíce diskutovaná role u českého vzorku respondentů byla role „praktikujícího věřícího“. Pro čtyři účastníky administrace nástroje byla tato role zbytečná a navíc. Velké množství respondentů uvedlo, že se za věřící pokládají, ale jejich účast je odlišně charakterizována na rozdíl od dané definice role. Za účast v této roli je považováno setkávání se s komunitou věřících a navštěvování svatostánku, což je v USA v rámci této role samozřejmostí. V tomto bodě se objevil největší rozdíl mezi kulturními normami, jelikož lidé z českého vzorku respondentů o sobě tvrdili ve velké míře, že jsou ateisté, dále sdělovali fakt, že se modlí doma a s ostatními věřícími se nestýkají a v poslední řadě byli respondenti, kteří věří v něco, co nenazývají bohem, ale věří v sebe, přírodu, osud atd. Tyto odpovědi velmi dobře znázorňuje procentuální číslo grafu 2.6, které sděluje informaci, že 82% respondentů nemá zájem o účast v roli praktikujícího věřícího.

Někteří dotazovaní označili za nadbytečné role jako dobrovolník, kamarád, člen v organizaci, jiní by spojili dvě role v jednu, například člen v organizaci a praktikující věřící / člen v organizaci a dobrovolník nebo praktikující věřící a dobrovolník. Pár respondentů také přišlo se svými nápady na role, které jim v dotazníku chybějí. Zazněl tak návrh na roli pacienta nebo podřízený/nadřízený. Autor práce polemizuje nad tím, zda tyto názory nejsou prezentovány respondenty v souvislosti s určitou preferencí související s osobností respondenta nebo zda nejsou ovlivněné psychickým stavem, a zkresleným vnímáním reality.

Otázky, které byly pokládány po administraci nástroje RCV jako součást zpětné vazby jasně ukazují velmi dobrou srozumitelnost nástroje, jak ukazuje graf 2.3, kdy největším úskalím nástroje jsou definice rolí, které si respondenti musejí pomalu přečíst a pochopit jejich význam nebo požádají terapeuta o konkrétní příklad dané role. Stejně i subjektivní pocit z nástroje respondenti hodnotili na otázku použitelnosti v praxi a výsledky jsou jen mírně horší než u srozumitelnosti, jak je vidět na grafu 2.4.

Využitelnost probandi hodnotili až při větším vysvětlení, co dále s vyplněným dotazníkem rolí. Jak je vidět na tabulce 1.1, označením odpovědi úplně vpravo dostáváme odpovědi: nemám zájem v roli být nebo jsem velmi spokojený účastí v roli, tedy ani u jedné odpovědi není potřeba změny. Pokud se ale dostáváme zprava doleva, roste míra potřeby buď zlepšit míru spokojenosti na účasti v roli, nebo se do účasti na roli vrátit. Obě varianty odpovědí, kde je potřeba změny, můžeme zahrnout do individuálního rehabilitačního plánu a následně s klientem pracovat určeném cíli. Například pokud, nevykonává roli pracujícího a měl by aktuálně o roli zájem, pro terapeuty je to jasný podnět začít klienta podporovat při hledání zaměstnání, eventuálně ho doprovázet na pohovory nebo s ním naplánovat přesný postup

kroků, jak svého cíle dosáhnout. Tato metodika vychází z psychosociálních přístupů, které ergoterapeuti běžně využívají, ať se jedná o Recovery nebo CARE.

V rámci důležité deinstitucionalizace a reformy péče o duševní zdraví je důležité, aby se přístup ke klientům neustále posouval a přeměňoval z medicínského přístupu na přístup daleko modernější, který odpovídá proklientskému holistickému přístupu. Ve změně k přístupu ke klientovi nám může pomoci právě čerpání již aplikovaných a ověřených nástrojů ze zahraničních zemí, které jsou v přístupu k psychiatrické péči o něco pokročilejší. Samotné téma reformy péče o duševní zdraví je dle mého názoru v České republice velmi problematické. I přestože je Česká republika pokrokovou zemí, stále, co se týče psychiatrických nemocnic, drží se na předních příčkách zemí s velkým počtem lůžek na 100 tisíc obyvatel v porovnání například s Itálií. Pro porovnání v posledním výzkumu Eurostat v roce 2017 Itálie uváděla celkem 9 lůžek na 100 tisíc obyvatel, Česká republika se pohybovala kolem 90 lůžek na 100 tisíc obyvatel. Tento faktor není způsoben nižší četností duševních onemocnění v Itálii, ale spíše pravděpodobně rychlostí, kterou se reforma péče o duševní zdraví v České republice děje. Je jen otázkou, čím je tento nešťastný ukazatel způsoben, jestli je to způsobeno celkovou stigmatizací české společnosti ve spojení s celkově neatraktivním tématem, kdy nelze očekávat podporu ze strany politických stran. Ať je odpověď na tuto otázku jakákoliv je důležité snažit se témata deinstitucionalizace, destigmatizace a celkové reformy péče o duševní zdraví tlačit do popředí ve společnosti. Také je důležité si připomínat, že přesouvání psychiatrické péče z pobytového do komunitního sektoru není jen výhodou pro samotné klienty v psychiatrické péči. Klienti budou mít možnost žít naplněnější život a být přítomni ve všech životních rolích, které si jen přejí. Pro společnost a veřejné zdravotní pojištění znamená přesun z pobytových zdravotnických zařízení do komunitního sektoru ušetření spousty peněz z veřejného pojištění. Propastný rozdíl ve financování velkých psychiatrických nemocnic v porovnání s komunitními službami není žádnou tajností. Velmi častou obavou, které vedení psychiatrických nemocnic zmiňuje a je také velkým faktorem díky kterému se reforma péče o duševní zdraví v České republice posouvá tak pomalu je – obava z personálních změn. Zmíněná obava je naprosto pochopitelná a úměrně souvisí s edukací celé společnosti o duševních onemocněních. Přirozeně v průběhu aktivního reformování péče o duševní zdraví bude ideální část personálu z pobytových služeb přesunout nebo spíše namotivovat právě do práce s duševně nemocnými právě v komunitním sektoru. Je pochopitelné, že pro samotný personál je práce v komunitním sektoru odlišná od práce v pobytové péči. Proto je důležité v komunitním sektoru využívat právě různých nástrojů, které mohou identifikovat potřeby klientů jako je například Dotazník rolí, kterému je věnována tato práce. Komunitní sektor v péči o klienty s duševním

onemocněním vykazuje opravdu signifikantně lepších výsledků například ve snížení relapsibility onemocnění, ale také v celkové kvalitě života osob s duševním onemocněním, a to souvisí právě i s rolí, které jednotliví klienti ve svém životě zastávají. Klient v dlouhodobé hospitalizaci v psychiatrické nemocnici nemůže zastávat většinu životních rolí, které právě často vytváří život podstatným a smysluplným. Není to, ale jen sám klient, kterému se komunitní péče věnuje, může to být i jeho rodina či přátelé, kteří také mohou podporovat klienta v cestě za zotavením a být mu důležitou oporou.

Reforma péče o duševní zdraví je komplexní změnou systému, která je přínosná z mnoha stran, ze kterých na ni chceme nahlížet. Jako každá změna může, ale přinášet mnoho obav a bariér, které je ale nutné překonávat a bořit k zvýšení kvality života osob s duševním onemocněním.

Autor práce je přesvědčen o tom, že nástroj by se mohl zařadit mezi dotazníky, které se používají nejen u psychoticky nemocných, ale RCV by se mohl využívat u jakýchkoliv nemocí. Jedná se o to, že kdokoliv je dlouhodobě nebo krátkodobě nemocný, nebo žije s disabilitou, vždy se to odráží na sociálních rolích, tedy vzniká prostor pro terapeutické intervence nejen k zmírnění či rehabilitační léčbě primární příčiny disability, ale zároveň se sekundárně můžeme věnovat rozvojem účasti na rolích. Pro klienty může být tento způsob rehabilitace a regenerace uchopitelnější. Osoba s vidinou účasti na zájmové činnosti bude rozhodně motivovanější než při výkonu obecné aktivity, která je pro něj ozdravná, ale nemá k ní vytvořený vztah a nemá možnost se s ní tak moc identifikovat a autor také balancuje s myšlenkou, že i nácvik soběstačnosti může být zábavný, například když se spojí několik rolí dohromady, člověk si neodnáší pouze novou zkušenost, ale také dobrý pocit z dobře vykonané aktivity, posunu svých limitů a mezilidské interakce. Konkrétním příkladem může být účast na roli pečujícího o rodinného příslušníka, kdy klient vykonává domácí práci, konkrétně pro druhého vaří. Jiným příkladem může být docházení do školy, účastnit se role studenta, zároveň být kamarádem spolužáka, s kterým sdílíme zájmovou činnost nebo spolu organizovaně hrajeme ve sportovním fotbalovém týmu. A tak by se dalo pokračovat v různých kreativních kombinacích, ale v zásadě je podstatné dodržovat smysluplnost, proč s klientem vykonávám zvolenou činnost a za jakým účelem. Autor je přesvědčen, že nástroj je ideální pro práci ergoterapeuta, který dokáže spojovat věci na první pohled nesourodé a vytvářet z nich promyšlený koncept komplexní rehabilitace.

Cílem této práce bylo převést, popsat a představit v praxi nový nástroj pro hodnocení sociálních rolí, kterým je Dotazník rolí (RCv3), version 3. Scott, et al. (2017) zmiňuje důležitost ověření psychometrických vlastností nástroje. Autor by navrhoval ověřit spolehlivost nástroje v jednom z následujících výzkumů, ve kterém by se vybralo středně velké množství respondentů okolo třiceti osob, s kterými by se záznamový list vyplnil, a v intervalu dalších 14 dnů by se administrace opakovala. Vhodné by bylo také porovnat administraci elektronickou nebo svépomocnou bez pomoci ergoterapeuta a tyto dotazníky porovnat. Další výzkum zabývající se RCv3 by mohl hodnotit nástroj na větším vzorku respondentů, zároveň by bylo vhodné, kdyby ergoterapeuti vyhodnotili míru spokojenosti při práci s tímto nástrojem. Spokojenost by se tak nehodnotila, pouze na základě subjektivního pocitu dotazovaných, ale také terapeut by měl mít možnost zhodnotit a porovnat s ostatními odborníky, jak se mu pracuje s konkrétním nástrojem v praxi.

Velkou výzvou pro posun české verze RCv3 by byla komunikace s autory nástroje z USA a zahájení diskuse o nasbíraných datech, sdílení zkušenosti z výzkumu a z praxe při práci s nástrojem. V souvislosti se zpětnou vazbou na dotazník od respondentů by bylo vhodné pokračovat v komunikaci ohledně české verze nástroje, která by mohla být modifikována na české kulturní normy a zvyky.

4 ZÁVĚR

Cílem této práce bylo informovat o klientech s psychotickým onemocněním a jejich účasti v sociálních rolích za pomoci využití nového nástroje k hodnocení. Tímto nástrojem je dotazník rolí – RCv3, který se podařilo převést do českého jazyka a vytvořit tak jeho českou verzi. Dalšími cíli bylo zhodnotit potřebnost nástroje pro český vzorek respondentů, vyhodnotit účast v daných sociálních rolích a zároveň popsat přijatou zpětnou vazbu z administrace nástroje. Dle autora této práce bylo cílů dosaženo. Na základě této práce mohou čeští terapeuti, zejména ergoterapeuti využívat nástroj pro mapování sociálních rolí, dle kterého lze navrhnout terapeutické cíle a náplň konkrétních intervencí. Podmínkou použití je však odkoupení licence od autorů nástroje.

Aktuální informace poskytují důkazy, a odhalují, že sociální role jsou propojeny s účastí na zaměstnávání, výkonem zaměstnávání a aktivitou, přinášející sebou pozitivní pocity jedince a následkem toho zlepšují kvalitu života.

Budoucí výzkum by mohl pokračovat za účelem ověření RCv3 na větším vzorku populace v České republice. Ověřit psychometrické vlastnosti nástroje jako je spolehlivost nástroje. Dále také porovnat zkušenosti ergoterapeutů s přeloženým nástrojem na různorodých pracovištích, kde se věnují osobám s duševním onemocněním. Další výzkum pak může zkoumat souvislost s účastí sociální role v určitém životním období klienta. Zajímavá data by také přineslo hodnocení klienta nástrojem v době zhoršeného psychického stavu.

5 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ABU TARIAH, H., et al. 'Adaptation and Preliminary Validation of the Arabic Version of the Role Checklist Version 3 (RCv3)'. *OTJR: occupation, participation and health* [online]. 2022, **42**(2), 162–169 [cit. 2023-07-26]. doi:10.1177/15394492211065190.

AVRECH BAR, M., et al. 'The validity and reliability of the modified version of the Role Checklist (M-RCL)'. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* [online]. 2013, **20**(6), 454–462 [cit. 2023-07-26]. ISSN **2378-6574**. doi: 10.3109/11038128.2013.808260

BONSAKSEN, T., et al. Does the Role Checklist measure occupational participation?. *The Open Journal of Occupational Therapy* [online]. 2015, **3**(3), 1-14 [cit. 2023-07-26]. ISSN 2168-6408. doi: [10.15453/2168-6408.1175](https://doi.org/10.15453/2168-6408.1175)

BONSAKSEN, T., and P. J. SCOTT. Clinical Applications of the Role Checklist Version 2: Quality of Performance [online]. 2015 [cit. 2023-07-26]. Dostupné z: <https://hdl.handle.net/1805/11181>

BOWYER, P. L. *A User's Manual for the Short Child Occupational Profile (SCOPE): Version 2.20* [online]. Model of Human Occupation Clearinghouse, University of Illinois at Chicago, 2008 [cit. 2023-07-26]. Dostupné z: <https://dokumen.pub/a-users-manual-for-the-short-child-occupational-profile-scope-version-22.html>

COLÓN, H., and C. HAERTLEIN 'Spanish translation of the role checklist', *The American journal of occupational therapy: official publication of the American Occupational Therapy Association* [online]. 2002, **56**(5), 586–589 [cit. 2023-07-26]. doi: [10.5014/ajot.56.5.586](https://doi.org/10.5014/ajot.56.5.586)

CORDEIRO, J. R., et al. 'Cross-cultural reproducibility of the Brazilian Portuguese version of the Role Checklist for persons with chronic obstructive pulmonary disease', *The American journal of occupational therapy: official publication of the American Occupational Therapy Association* [online]. 2007, **61**(1), 33–40 [cit. 2023-07-26]. doi: [10.5014/ajot.61.1.33](https://doi.org/10.5014/ajot.61.1.33)

DICKERSON, A. E. The role checklist. Assessments in occupational therapy mental health: an integrated approach., *Thorofare, NJ: SLACK* [online]. 2008, 251-258 [cit. 2023-07-26]. ISBN 978-1-55642-773-2

DISMAN, Miroslav. *Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele*. 3. vyd. Praha: Karolinum, 2000. ISBN 80-246-0139-7.

DUŠEK Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Vyd. 2. Praha: Grada, 2021. ISBN 978-80-247-4826-9.

GOFFMAN, E. *Všichni hrajeme divadlo: Sebeprezentace v každodenním životě*. Praha: Portál, 2018. ISBN 978-80-262-1342-0.

HAYESOVÁ Nicky. *Základy sociální psychologie*. Vyd. 5. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-909-5.

HENDL, Jan. *Přehled statistických metod: analýza a metaanalýza dat*. 4. vyd. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0200-4.

HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2015. ISBN 80-736-7040-2.

HOLLANDER, D., and J. P. WILKEN. *Podpora zotavení a začlenění. Úvod do metodiky CARE*. Praha: Psychiatrická nemocnice Bohnice, 2016. ISBN 978-80-260-9945-1.

HOLLANDER, D., and J. P. WILKEN. *Práce v propojení. Podpůrný vztahový přístup. Praktická příručka modelu CARE*. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, 2022. ISBN 978-80-908458-5-5.

JANDOUREK Jan. *Úvod do sociologie*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-749-3.

JELÍNKOVÁ, Jana. Vztah osoba – prostředí - zaměstnávání: ústřední triáda ergoterapie. In: Jana JELÍNKOVÁ, Mária KRIVOŠÍKOVÁ a Ludmila ŠAJTAROVÁ. *Ergoterapie*. Praha: Portál, 2009, 38-46. ISBN 978-80-7367-583-7.

JENKINS, G. R. A. Review of: "Model of Human Occupation: Theory and Application, 4th edition". *Occupational therapy in health care* [online]. 2009, **23**(1), 81–83 [cit. 2023-07-26]. ISSN 2393-0836. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/07380570802555067>

KIELHOFNER, G. *A model of Human occupation, part two, ontogenesis from the perspective of temporal adaptation*. *The American journal of occupation therapy* [online]. 1980, **34**, 657-663 [cit. 2023-07-26]. Dostupné z: <https://doi.org/10.5014/ajot.34.10.657>

KIELHOFNER, G. *A model of Human occupation, part three. Benign and vicious cycle..* *The American journal of occupation therapy* [online]. 1980, **34**, 731–737 [cit. 2023-07-26]. Dostupné z: <https://doi.org/10.5014/ajot.34.11.731>

KIELHOFNER, G. *Conceptual Foundations of Occupational Therapy*. Philadelphia: FA Davis Company [online]. 1992 [cit. 2023-07-26]. Dostupné z: <https://arakmu.ac.ir/file/download/page/1601839190-conceptual-foundations-for-occupational-therapy-practice.pdf>

KIELHOFNER, G. *Model of Human Occupation: Theory and Application*. Lippincott Williams & Wilkins, 2008. ISBN 0781769965.

KIELHOFNER, G., a J. P. BURKE. *A model of human occupation, part I. Conceptual framework and content*. *The American journal of occupational therapy* [online]. 1980, **34**(9), 572–581 [cit. 2023-07-26]. ISSN 7457-553. Dostupné z: <https://doi.org/10.5014/ajot.34.9.572>

KIELHOFNER, G., BURKE, J. a HEARD, I. C. *A model of human occupation, part four. Assesment and intervention*. *The American journal of occupational therapy* [online]. 1980, **34**, 777-788 [cit. 2023-07-26]. Dostupné z: <https://doi.org/10.5014/ajot.34.12.777>

KIELHOFNER, G., et al. *A user's manual for remotivation process: Progressive intervention for individuals with severe volitional challenges (Version 1.0)*. Chicago: University of Illinois, 2003, 9[cit. 2023-07-26]. OCLC 475474187.

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

KRATOCHVÍL, Stanislav. *Základy psychoterapie*. 6. vyd. Praha: Portál, 1997. ISBN 80-7178-179-7.

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

LAW, M., et al. *Kanadské Hodnocení Výkonu Zaměstnávání*. CAOT: Ottawa, 2005, Překlad: Praha: ČAE, 2008, 7. ISBN 978-80-254-2744-6.

LEE, S. W., et al. Impact of using the Model of Human Occupation: a survey of occupational therapy mental health practitioners' perceptions. *Scandinavian journal of occupational therapy*[online]. 2012, **19**(5), 450–456 [cit. 2023-07-26]. ISSN 1103-8128. Dostupné z: <https://doi.org/10.3109/11038128.2011.645553>

MEIDERT, U., et al. The Modified Role Checklist as a cross-culturally valid measure of participation? [online]. 2016 [cit. 2023-07-26]. Dostupné z: <https://hdl.handle.net/1805/11179>

MEIDERT, U., BONSAKEN, T. and SCOTT, P. J. A study of measuring participation according to the International Classification of Functioning, Disability and Health with the Revised Role Checklist', *Clinical Rehabilitation* [online]. 2018, **32**(11), 1530–1539 [cit. 2023-07-26]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1177/0269215518782339>

PEREIRA, Robert B., et al. “Capabilities, Opportunities, Resources and Environments (CORE): Using the CORE approach for inclusive, occupation-centred practice.”. *Australian occupational therapy journal* [online]. 2020, **67** (2), 162-171 [cit. 2023-07-26]. ISSN 3195-7045. doi:10.1111/1440-1630.12642.

PRAŠKO, J., et al. *Léčíme se s psychózou*. Praha: Medical Tribune, 2005. ISBN 80-239-5482-2

PRIOR, S., et al. ‘An enhanced individual placement and support (IPS) intervention based on the Model of Human Occupation (MOHO); a prospective cohort study’. *BMC Psychiatry*

[online]. 2020, **20**(1), 1–13 [cit. 2023-07-26]. ISSN 3264-1009. doi: 10.1186/s12888-020-02745-3.

PROBSTOVÁ, Václava a Ondřej PĚČ. *Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0731-3.

RAYA-RUIZ, M. A., et al. Study protocol for a non-randomised controlled trial: Community-based occupational therapy intervention on mental health for people with acquired brain injury (COT-MHABI). *PloS one* [online]. 2022, **17**(10) [cit. 2023-07-26]. doi: 10.1371/journal.pone.02741933

RIDGWAY P., et al. *Cesty k zotavení*. Lawrence: University of Kansas School of Social Welfare, 2014. ISBN 978-1-50317191-6.

ROGERS, C. R. *Klientom centrovaná terapia*. Modra: Persona, 2000. ISBN 80-967980-3-0.

SEPIOL, J. M., and J. FROEHLICH ‘Use of the Role Checklist with the patient with multiple personality disorder’, *The American journal of occupational therapy: official publication of the American Occupational Therapy Association* [online]. 1990, **44**(11), 1008–1012 [cit. 2023-07-26]. doi: [10.5014/ajot.44.11.1008](https://doi.org/10.5014/ajot.44.11.1008)

SCOTT, P. J. Use of the Role Checklist as a guide to measurement of narrative plots [online]. 2012 [cit. 2023-07-26]. Dostupné z: <https://hdl.handle.net/1805/11184>

SCOTT, P. J. ‘Measuring participation outcomes following life-saving medical interventions: the Role Checklist Version 2: Quality of Performance’. *Disability & Rehabilitation* [online]. 2014, **36**(13), 1108–1112 [cit. 2023-07-26]. ISSN 2404-4685. doi: [10.3109/09638288.2013.833302](https://doi.org/10.3109/09638288.2013.833302)

SCOTT, P. J., et al. Measurement of participation: The Role Checklist Version 3: Satisfaction and performance. In: Meral HURI, ed. *Occupational therapy: Occupation focused holistic practice in rehabilitation* [online]. Ankara: Hacettepe university, 2017, 107-119 [cit. 2023-07-26]. ISBN 978-953-51-4767-1. doi: 10.5772/65138

SCOTT, P. J., et al. Establishing concurrent validity of the Role Checklist version 2 with the OCAIRS in measurement of participation: a pilot study. *Occupational therapy international* [online]. 2017, 6493472, 1-6 [cit. 2023-07-26]. ISSN 2909-7976. doi: 10.1155/2017/6493472

SCOTT, P. J., et al. *Role Checklist Version 3: Participation and Satisfaction (RCv3)*. Chicago, 2019. ISBN 115-428-8208.

SCOTT, P. J., et al. 'The Revised Role Checklist: Improved Utility, Feasibility, and Reliability'. *OTJR: occupation, participation and health* [online]. 2019, **39**(1), 56–63 [cit. 2023-07-26]. ISSN 2992-3446. doi: 10.1177/1539449218780618.

STRYKER, S. Identity Salience and Role Performance: The Relevance of Symbolic Interaction Theory for Family Research. *Journal of Marriage and Family* [online]. 1968, **30**(4), 558–564 [cit. 2023-07-26]. doi: 10.2307/349494

ŠMÍDOVÁ, K. *Využití nástroje z konceptu MOHO k rehabilitaci lidí s psychotickým onemocněním: Praktické zkušenosti s MOHOST* [online]. Praha, 2008 [cit. 2023-07-26]. Bakalářská práce. Univerzita Karlova, 1. lékařská Fakulta, Klinika rehabilitačního lékařství. Vedoucí práce Bc. Pluhaříková-Pomajzlová. Dostupné z: <https://dspace.cuni.cz/handle/20.500.11956/18050>

TAYLOR, J., MYNARD, L., FARNWORTH, L. Occupational Therapists' Experiences Using the Model of Human Occupation in Forensic Mental Health. *Occupational Therapy in Mental Health* [online]. 2022, **38**(1), 67-85 [cit. 2023-07-26]. doi: 10.1080/0164212X.2021.1974325

THOMPSON, Bianca A. D., and Kieran BROOME. Social Circus for People with Disabilities: A Video Analysis through the Lens of the MOHO. *Occupational therapy international* [online]. 2021 [cit. 2023-07-26]. doi: 10.1155/2021/6628482

URBAN Lukáš. *Sociologie trochu jinak*. 2.vyd. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2493-5.

VAN ANTWERP, L., et al. Translation guidelines for the role checklist version 2: Quality of performance feasibility study in Iceland and China. *American Journal of Occupational*

Therapy[online]. 2016, 70(4) [cit. 2023-07-26]. Dostupné z:
<https://doi.org/10.5014/ajot.2016.70S1-PO1051>

VÝROST Jozef a Ivan SLAMĚNÍK. *Sociální psychologie*. 2.vyd. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-1428-8.

WHO. *MKF Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví*. World Health Organization, 2001, Překlad: Praha: Grada, 2001. ISBN 978-80-247-1587-2.

ZVOLSKÝ, P., et al. *Speciální psychiatrie*. Praha: Karolinum, 1996. ISBN 80-7184-203-6.

6 SEZNAM OBRÁZKŮ, GRAFŮ A TABULEK

Tabulka 1.1 – Dotazník rolí (RCv3) – Role

Graf 2.1 – Věk respondentů

Graf 2.2 – Pohlaví respondentů

Graf 2.3 – Srozumitelnost dotazníku

Graf 2.4 – Využitelnost dotazníku

Graf 2.5 – Účast respondentů v jednotlivých rolích

Graf 2.6 – Vztah respondentů k jednotlivým rolím

Graf 2.7 – Potřeba být v konkrétní roli

7 PŘÍLOHY

Příloha 1 - Sublicenční smlouva

Příloha 2 - Souhlas Etické komise Národního ústavu duševního zdraví (NÚDZ) v Klecanech

Příloha 3 - Informovaný souhlas pro pacienta

Příloha 4 – Originální manuál a záznamový list, profesionální zpětný překlad (**pouze fyzicky**)

Příloha 5 – Informované souhlasy a vyplněné záznamové listy (**pouze fyzicky**)

Sublicenční smlouva

uzavřená podle § 2358n. z.č. 89/2012 Sb., občanského zákoníku, v platném znění,

Univerzita Karlova, se sídlem Ovocný trh 560/5,
11000 Praha – Staré Město
IČ: 00216208 DIČ: CZ00216208
ve věci součásti: **1. lékařská fakulta, Kateřinská
32, 121 08 Praha 2** (také jako korespondenční
adresa) zastoupená: prof. MUDr. Martinem
Vokurkou, CSc., děkanem 1 lékařské fakulty UK
ID datové schránky: pijj9b4 (dále jen
“poskytovatel”)
uzavírají po vzájemné dohodě tuto smlouvu:

Bc. Petr Kohuš
dat. nar.: 18. 9. 1985
bytem: **Moskevská 978/24, 360 01 Karlovy Vary**
(dále jen “nabyvatel”)

Čl. I Úvodní prohlášení

- 1) Poskytovatel je podle licenční smlouvy ze dne 17.12.2020, držitelem práv - licence k autorskému dílu Role Checklist Version 3 (RCv3) (dále jen „dílo“), která zahrnuje: překlad 20 % libovolných stránek díla do českého jazyka a použití v rámci akademických účelů včetně vypracování kvalifikační práce u poskytovatele.
- 2) Nabyvatel je studentem poskytovatele zapsaným ke studiu ve studijním programu Ergoterapie pro dospělé, přičemž jednou ze studijních povinností studenta je vypracování školního díla v podobě kvalifikační práce „Model lidského zaměstnávání: překlad a adaptace nástroje „The Role Checklist“ a jeho využití v práci s lidmi s psychotickým onemocněním“ (dále jen „práce“), k jejímuž vypracování je zapotřebí vyhotovení překladu díla a jeho experimentální užití.

Čl. II Předmět a účel smlouvy, specifikace práv

- 1) Poskytovatel za účelem použití díla a jeho překladu uděluje nabyvateli bezúplatně nevýhradní, nepřenositelnou sublicenci k užití díla a k překladu díla v rozsahu: pořízení rozmnoženin na hmotném nosiči a bezúplatné šíření díla v rámci zhotovení práce a nabyvatel v takovém rozsahu práva od poskytovatele přijímá (dále jen „licence“). Pro odstranění pochybností se výslovně sjednává, že nabyvatel není oprávněn zveřejnit elektronickou podobu díla ani jeho překladu a sdělovat je veřejnosti, ať již za úplatu nebo bezúplatně. K uveřejnění elektronické verze překladu je však naopak oprávněn poskytovatel v případě, že nabyvatel použije překlad díla jako součást práce, a to v souladu s ust. § 47b z.č. 111/1998 Sb., o vysokých školách, v platném znění.
- 2) Nabyvatel není oprávněn poskytnout sublicenci k překladu díla ani jeho použití.
- 3) Nabyvatel je povinen licenci využít, a to nejpozději do 31.1.2023, a při použití díla v podobě překladu je vždy povinen připojit text: „© 2020 by the Board of Trustees of the University of Illinois. All rights reserved.“, resp. jeho českého ekvivalentu.
- 4) Poskytovatel předal nabyvateli za účelem realizace práv nabyvatele dílo v elektronické podobě na elektronickou adresu *petrkohus@gmail.com*, a seznámil nabyvatele obsah licenční smlouvy podle čl. I odst. 1, což nabyvatel podpisem této smlouvy potvrzuje.
- 5) Nabyvatel poskytne poskytovateli do: 31.1.2023 v elektronické podobě ve formátu *.pdf na adresu: ...@... vyhotovení překladu díla a bere na vědomí a souhlasí, že poskytovatel je oprávněn poskytnout překlad dále držiteli práv k dílu ke zpřístupnění veřejnosti, pokud si to tento vyžádá. Současně pak nabyvatel jako autor školního díla - překladu díla do českého jazyka uděluje poskytovateli výhradní časově neomezenou bezúplatnou licenci k překladu díla k akademickým účelům, tj. jeho šíření a použití ve výuce, vědě a výzkumu, přičemž této licence není poskytovatel povinen využít.

Čl. III Odpovědnost smluvních stran a odstoupení od smlouvy

- 1) Poskytovatel prohlašuje, že uzavřením této smlouvy a poskytnutím práv nabyvateli v rozsahu uvedeném v této smlouvě nebude porušeno právo žádné třetí osoby. Poskytovatel odpovídá nabyvateli za škodu v případě, že se takové prohlášení poskytovatele ukáže jako nepravdivé.
- 2) Nabyvatel prohlašuje, že uzavřením této smlouvy a poskytnutím práv poskytovateli v rozsahu uvedeném v této smlouvě nebude porušeno právo žádné třetí osoby. Nabyvatel odpovídá poskytovateli za škodu v případě, že se takové prohlášení nabyvatele ukáže jako nepravdivé.

3) Jednání nabyvatele, kterým dojde k porušení podmínek této smlouvy, tzn. zejména porušení sjednaného rozsahu a způsobu využití poskytnutých práv je důvodem pro odstoupení od této smlouvy. Písemné oznámení výpovědi nabývá účinnosti v den následující po jejím doručení nabyvateli.

Čl. IV Závěrečná ustanovení

- 1) Práva a povinnosti vyplývající z licence nepřecházejí na právního nástupce nabyvatele. Nabyvatel není oprávněn tuto smlouvu postoupit třetí osobě bez písemného souhlasu poskytovatele.
- 2) Tato smlouva nabývá platnosti a účinnosti dnem podpisu oběma smluvními stranami, resp. dnem pozdějším.
- 3) Tato smlouva je na základě dohody stran uzavřena v písemné podobě, přičemž smluvní strany nepřipouštějí jiný způsob uzavření ani pro její případné dodatky. Je-li tato smlouva podepisována elektronicky, každá ze stran obdrží jedno její identické vyhotovení; je-li, uzavírána v listinné podobě, je vyhotovena ve třech stejnopisech, z nich poskytovateli náleží dvě vyhotovení a nabyvateli jedno vyhotovení. Změny a doplnění této smlouvy lze provést výhradně ve formě písemných dodatků k této smlouvě obsahujících dohodu stran o celém textu smlouvy.
- 4) Tato smlouva se řídí právními předpisy České republiky, zejména z.č. 89/2012 Sb., občanským zákoníkem, v platném znění a z.č. 121/2000 Sb., autorským zákonem, v platném znění. Vylučuje se použití § 2379 občanského zákoníku.
- 5) K jednání o případných sporech mezi stranami je příslušný věcně příslušný soud v místě sídla Univerzity Karlovy.

V Praze dne 15-01-2023

V Praze dne

.....
 prof. MUDr. Martin Vokurka, CSc.
 děkan

.....
 Bc. Petr Kohuš
 nabyvatel

SCHVÁLIL	JMÉNO	DATUM	PODPIS
VĚCNĚ	MGR. PECHÁŘKOVÁ		
PRÁVNĚ	MGR. LEJČKOVÁ	3.1.23	
PŘEDNOST	MUDr. Amgertová		

PERMISSION TO USE

Requester: Charles University

Material: "Roles Checklist V3 UIC-2019-096"

Work Incorporating the Material (the "Translation"): The Requester as part of the elaboration of a qualification thesis, which according to the laws of the Czech Republic is subject to mandatory publication

The University of Illinois grants to Requester a no-cost non-exclusive right and permission to translate into a Czech language no more than 20% of the pages of the Material of its choice, for the Translation at the First Faculty of Medicine of the Charles University under the terms and conditions as set forth below:

- The Material is provided by the University of Illinois for inclusion in the Translation as consistent with the University of Illinois's instructional objective, and its overall mission as a non-profit educational institution.
- The University of Illinois makes no warranty that the Material provided hereunder will not infringe any third party patent or copyright and the University of Illinois makes no covenant either to defend any infringement charge by a third party. THE MATERIAL IS PROVIDED "AS IS", AND THE UNIVERSITY OF ILLINOIS MAKES NO REPRESENTATIONS OR WARRANTIES, EXPRESS OR IMPLIED, AS TO ANY MATTER RELATING THERETO, INCLUDING BUT NOT LIMITED TO, THE IMPLIED WARRANTIES OF MERCHANTABILITY AND FITNESS FOR A PARTICULAR PURPOSE.
- The Translation includes acknowledgement of ownership as follows.
© 2020 by the Board of Trustees of the University of Illinois. All rights reserved.
- Requester agrees to indemnify and hold the University of Illinois harmless from any and all liability costs, fees, and expenses (including attorneys' fees) for any cause of action or other claim arising from any and all of Requester's use of the Material. Requester hereby assumes all risk of liability arising from its use of the Material, including risk of damage to property or personal injury (including death).

The authorization provided is valid only to the extent that all of the activities undertaken are consistent with the understanding and conditions as described. The authorization is void unless Requester strictly adheres to all conditions stated herein.

This letter embodies the entire understanding between Requester and the University of Illinois. There are no contracts, understandings, conditions, warranties or representations, oral or written, express or implied, with reference to the subject matter of this letter that are not merged in this letter.

Sincerely,

Susselan Pookota

Director, OTM
University of Illinois
Date: December 17,
2020

Accepted By:

M. Vokurka

Name *MARTIN VOKURKA*

Title *dean of the First Faculty of Medicine*

Date

- 4 - 11 - 2020

ROZHODNUTÍ ETICKÉ KOMISE

Název EK: **ETICKÁ KOMISE NÁRODNÍHO ÚSTAVU DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ**
Adresa EK: **Topolová 748,250 67,Klečany**

Odpovídá složení EK požadavkům ICH GCP ? Ano Ne

Pracuje EK podle jednacního řádu v souladu s předpisy ICH GCP? Ano Ne

Datum a místo jednání : **NUDZ odd.2 dne 21.9.2022 ve 13,30 hod.**

Jméno žadatele : **Bc. Petr Kohuš**

Jméno / název zadavatele : **Národní ústav duševního zdraví (NUDZ)**

Přesný název studie : **Model lidského zaměstnávání: překlad a adaptace nástroje „The Role checklist“ a jeho využití v práci s lidmi s psychotickým onemocněním. Diplomová práce.
The Model of Human Occupation: translation and adaptation of the tool „The Role checklist“ and its use in working with people psychotic disease.**

Identifikační číslo datum protokolu : **Viz.výše.**

Seznam hodnocené dokumentace :

Překlad částí manuálu k administraci nástroje

Překlad dotazníkového listu

Informovaný souhlas

Životopis, Průvodní dopis

Etická komise souhlasí s prováděním studie

Projekt plně respektuje zásady Úmluvy o lidských právech a biomedicíně a zákon č.101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů.

Etická komise nesouhlasí s prováděním studie

Důvody pro nesouhlas etické komise : **0**

Požadavky etické komise : **0**

Jednání etické komise se zúčastnili a hlasovali tito členové :

			Přítomen		Hlasoval	
			ANO	NE	ANO	NE
1.	Předseda :	Dr. Bareš	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.		Dr. Novák	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.		Mgr. Voráčková	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.		Bc. Sobotka	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
5.		Bc. Švejdová	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.		pí. Švecová	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.		Dr. Andrashko	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
8.		Dr. Hejzlar	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
9.		Bc. Baslová	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Etická komise upozorňuje žadatele na jeho povinnost zaslat k posouzení etické komisi všechny dodatky protokolu před jejich provedením. Výjimkou jsou dodatky, které jsou určeny k eliminaci bezprostředních rizik pro subjekty hodnocení a ty dodatky, které jsou administrativního charakteru - tyto musí být následně ohlášeny etické komisi.

Dále musí žadatel předložit k posouzení komisi skutečnosti, které zvyšují riziko subjektů hodnocení nebo výrazně ovlivňují průběh studie, ohlásit komisi všechny zaznamenané závažné neočekávané příhody, ohlásit komisi nové informace, které mohou negativně ovlivnit bezpečnost subjektů hodnocení nebo průběh klinického hodnocení a podat komisi zprávu o průběhu klinického hodnocení, a to jednou ročně v jeho průběhu a dále po jeho ukončení. Tyto údaje se zasílají předsedovi etické komise

Datum : 21.9.2022

podpis předsedy:

doc. MUDr. Martin Bareš,
Ph.D.

Etická komise
Národní ústav duševního zdraví
Topolová 748, Klecany 250 67
tel.: 283 088 312

Informovaný souhlas s účastí ve výzkumu a se zpracováním osobních údajů

Informace o výzkumu:

Výzkum provádí Bc. Petr Kohuš (dále *tazatel*), trvalým bydlištěm Moskevská 24, Karlovy Vary 360 01, student magisterského studia Ergoterapie pro dospělé, 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy. Získané informace jsou odebírány za účelem statistického zpracování v praktické části diplomové práce: ***Model lidského zaměstnávání: překlad a adaptace nástroje "The Role checklist" a jeho využití v práci s lidmi s psychotickým onemocněním.***

Cílem práce je překlad části manuálu popisující administraci nástroje a záznamového listu „The Role checklist“, který se zaměřuje na deset sociálních rolí. Účelem práce je adaptace nástroje s ohledem na kulturní normy a podmínky v České republice. Použitým nástrojem odběru informací je záznamový list „Dotazník Rolí verze 3“ (RCv3) a následný rozhovor zaměřený na subjektivní názor probanda týkající se hlavně srozumitelnosti a použitelnosti nástroje.

Informace o účastníkovi výzkumu:

jméno a příjmení:
bytem:

datum narození:
kontakt:

Prohlášení

Já níže podepsaný/-á potvrzuji, že

- a) jsem se seznámil/-a s informacemi o cílech a průběhu výše popsaného výzkumu (dále též jen „výzkum“);
- b) dobrovolně souhlasím s účastí své osoby v tomto výzkumu;
- c) rozumím tomu, že se mohu kdykoli rozhodnout ve své účasti na výzkumu nepokračovat;
- d) jsem srozuměn s tím, že jakékoliv užití a zveřejnění dat a výstupů vzešlých z výzkumu nezakládá můj nárok na jakoukoliv odměnu či náhradu, tzn. že veškerá oprávnění k užití a zveřejnění dat a výstupů vzešlých z výzkumu poskytují bezúplatně.

Zároveň prohlašuji, že

- a) souhlasím se zveřejněním anonymizovaných dat a výstupů vzešlých z výzkumu a s jejich dalším využitím;
- b) souhlasím se zpracováním a uchováním osobních a citlivých údajů v rozsahu v tomto informovaném souhlasu uvedených ze strany *tazatele*, a to pro účely zpracování dat vzešlých z výzkumu, pro účely případného kontaktování z důvodu zpracování dat vzešlých z výzkumu či z důvodu nabídky účasti na obdobných akcích a pro účely evidence a archivace; a s tím, že tyto osobní údaje mohou být poskytnuty subjektům oprávněným k výkonu kontroly projektu, v jehož rámci je výzkum realizován;
- c) jsem seznámen/-a se svými právy týkajícími se přístupu k informacím a jejich ochraně podle § 12 a § 21 zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů, tedy že mohu požádat *tazatele* o informaci o zpracování mých osobních a citlivých údajů a jsem oprávněn/-a ji dostat a že mohu požádat *tazatele* o opravu nepřesných osobních údajů, doplnění osobních údajů, jejich blokaci a likvidaci.

Výše uvedená svolení a souhlasy poskytují dobrovolně na dobu tří let a odvolat uvedená svolení a souhlasy mohou bez jakýchkoliv důvodů. Vše výše uvedené se řídí zákony České republiky, s výjimkou tzv. kolizních norem, a bude v souladu s nimi vykládáno, přičemž případné spory budou řešeny příslušnými soudy v České republice.

Potvrzuji, že jsem převzal/a podepsaný stejnopolis tohoto informovaného souhlasu.

Dne:

Podpis: