

UNIVERZITA KARLOVA
1. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví
Studijní obor: nMgr. Adiktologie



Bc. et Bc. Žaneta Adamíková

Evaluace modelu a konceptu rehabilitace v kontextu doléčovacího (ambulantního) programu vycházejícího z Apolinářského modelu léčby závislostí na Klinice Adiktologie

Evaluation of the model and concept of rehabilitation in the context of an after-care (outpatient) program based on the Apolinář model of addiction treatment at the Department of Addictology

Diplomová práce

Vedoucí závěrečné práce: prof. PhDr. Michal Miovský, Ph.D.

Praha, 2021

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. 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 dne 27. 4. 2021

Bc. et Bc. Žaneta Adamíková

IDENTIFIKAČNÍ ZÁZNAM

ADAMÍKOVÁ, Žaneta. Evaluace modelu a konceptu rehabilitace v kontextu doléčovacího (ambulantního) programu vycházejícího z Apolinářského modelu léčby závislostí na Klinice Adiktologie. [Evaluation of the model and concept of rehabilitation in the context of an after-care (outpatient) program based on the Apolinář model of addiction treatment at the Department of Addictology]. Praha, 2021. 95 stran. Diplomová práce. Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie 1. LF UK 2008. Vedoucí závěrečné práce Prof. PhDr. Michal Miovský Ph.D.

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych poděkovala především svému vedoucímu práce, panu profesorovi PhDr. Miovskému, Ph.D. za jeho pomoc při zpracovávání této diplomové práce, za jeho věcné komentáře, podporu a trpělivost. Dále děkuji pracovníkům Kliniky adiktologie za zprostředkování informací, a to především Mgr. Anně Volfové a Mgr. Jitce Debnárové za jejich vstřícnost a podporu.

Konečně bych chtěla také poděkovat své rodině, svým kolegyním a těm nejbližším v mém okolí, kteří mě podporovali nejen při psaní této práce, ale po celou dobu mého studia.

ABSTRAKT

Východiska: Definice a pojetí pojmu rehabilitace se napříč jednotlivými obory liší. Nicméně cílů komplexní rehabilitace tak, jak je v literatuře definována, by nemohlo být plně dosaženo bez multidisciplinární spolupráce, pomocí které je možné aplikovat širší nabídku intervencí, což je v léčbě závislostí důležitým indikátorem. Vzájemná spolupráce mezi jednotlivými obory má potenciál nejen v kvalitněji prováděné péči směrem k cílové skupině, ale je důležité vzít také v úvahu možnost lepšího financování péče, což by mohlo vést k větší spokojenosti jak uživatelů, tak provozovatelů a poskytovatelů služeb.

Cíle: Tato diplomová práce hledá vzájemné souvislosti mezi teorií a konceptem rehabilitace v adiktologii, respektive v doléčovacím programu založeném na Apolinářském modelu léčby závislostí, a rehabilitací ve fyzioterapii - a to z hlediska jak teoretického ukotvení, tak z hlediska implementace rehabilitace v praxi. Cílem bylo zmapovat a zhodnotit obsah rehabilitace aplikované v ambulantní formě doléčovacího programu léčby závislostí na ženském a mužském oddělení na Klinice adiktologie, jež je založen na Apolinářském modelu léčby závislostí. A konečným cílem bylo posoudit, jak by v rehabilitaci závislých mohl přispět fyzioterapeut jako součást multidisciplinárního terapeutického týmu v tomto zařízení.

Použité metody: Výzkumným nástrojem byla metoda formativní evaluace procesu. Výzkumný soubor byl záměrným a institucionálním výběrem zúžen na ženské a mužské oddělení na Klinice Adiktologie, přičemž předmětem zkoumání byl program na těchto odděleních. Nástroji sběru dat bylo analýza publikací, analýza operačních manuálů zařízení, participativní pozorování programu a semi-strukturované rozhovory se zaměstnanci zařízení.

Výsledky: Koncept rehabilitace v adiktologii nebyl v literatuře dostatečně popsán a jeho definice a cíle jsou nejasné. Stejně tak je to v doléčovacím programu na Klinice adiktologie, implementace rehabilitace zde není dostatečná. V ambulantním doléčovacím programu kinezioterapie nebo jiná forma terapie zaměřující se na řešení fyzických obtíží se objevuje jen minimálně a pokud, tak není zajišťována kompetentním odborníkem. Přítomnost fyzioterapeuta v týmu by byla nepochybně přínosem. Za splnění určitých podmínek by bylo možné založit fyzioterapeutickou ambulanci, skrze kterou by mohl fyzioterapeut vykazovat své výkony na pojišťovnu a přispět tak zefektivnění programu i jeho financování.

Závěr: Cíle této diplomové práce se podařilo splnit a výzkumné otázky zodpovědět. Tato práce by mohla být základem pro další výzkum v oblasti rehabilitace v léčbě závislostí založené na apolinářském modelu.

KLÍČOVÁ SLOVA:

rehabilitace v adiktologii – fyzioterapie v adiktologii – komplexní léčba závislosti – Apolinářský model – doléčovací program

ABSTRACT

Background: The definition and concept of the rehabilitation differs across disciplines. However, the goals of comprehensive rehabilitation, as defined in the literature, could not be fully achieved without multidisciplinary cooperation, through which it is possible to apply a wider range of interventions, which is an important indicator in addiction treatment. The cooperation between individual fields has the potential not only in better quality care towards the target group, but it is also important to consider the possibility of better financing of care, which could lead to greater satisfaction of both users and service providers.

Objectives: This diploma thesis seeks the interrelationships between theory and concept of rehabilitation in addictology, respectively in the aftercare program based on the Apolinar model of addiction treatment, and rehabilitation in physiotherapy - in terms of both theoretical anchoring and implementation of rehabilitation in practice. The objective was to map and evaluate the content of rehabilitation applied in the outpatient form of the after-care program in the women's and men's ward of substance abuse treatment at the Department of Addictology, which is based on the Apolinar model of addiction treatment. Finally, the aim was to assess how a physiotherapist could contribute to the rehabilitation of addicts as a part of a multidisciplinary therapeutic team in this facility.

Methods: The research tool was the method of formative evaluation of the process. The research group was narrowed down to the women's and men's wards at the Department of Addictology by deliberate and institutional selection, and thus, the subject of the research was the program at these departments, not patients or staff. Data collection tools included analysis of publications, analysis of facility operating manuals, participatory observation of the program, and semi-structured interviews with facility staff.

Results: The concept of rehabilitation in addictology has not been sufficiently described in the literature and its definitions and goals are unclear. Also in the aftercare program at the Department of Addictology, the theory and implementation of rehabilitation is not sufficient. In an outpatient aftercare program, kinesiotherapy or another form of therapy focused on solving physical problems appears only minimally and if so, it is not provided by a competent expert. The presence of a physiotherapist in the team would undoubtedly be beneficial. If certain conditions are met, it would be possible to set up a physiotherapy office, through which the physiotherapist could report their health-care services and costs to the insurance company, and thus contribute to improvement of the program content and its financing.

Conclusion: The aims of this diploma thesis were met and the research questions were answered. This work could be the basis for further research in the field of rehabilitation in the substance abuse treatment based on the Apolinar model.

KEYWORDS

rehabilitation in substance abuse treatment – physiotherapy in substance abuse treatment – comprehensive addiction treatment – Apolinar model – after-care program

OBSAH

1. Úvod.....	1
TEORETICKÁ ČÁST	3
2. Rehabilitace – pojem, historie a její dělení.....	3
2.1. Psychiatrická rehabilitace	7
2.2. Rehabilitace z pohledu adiktologie a pojem Recovery	11
2.3. Fyzioterapie jako jeden z klíčových oborů rehabilitace.....	15
2.4. Rehabilitace z pohledu fyzioterapie	18
2.5. Pohyb jako rehabilitační prostředek.....	19
3. Kinezioterapie – pohybová terapie v psychiatrii.....	20
4. Pohybová terapie v léčbě závislostí	22
5. Apolinářský model léčby závislostí.....	23
6. Doléčovací program jakožto součást léčby závislostí.....	26
6.1. Návaznost a průběh doléčovacího programu.....	28
6.1.1. Rezidenční krátkodobá / střednědobá léčba závislostí	30
6.2. Hlavní komponenty doléčovacího programu	31
6.3. Svépomocné skupiny a organizace	33
7. Rozdíly mezi léčbou žen a mužů.....	34
8. Financování fyzioterapie a ambulantního doléčovacího programu	35
8.1. Seznam výkonů fyzioterapeuta	36
VÝZKUMNÁ ČÁST	45
9. Cíle práce a výzkumné otázky.....	45
9.1. Výzkumné cíle.....	45
9.2. Výzkumné otázky	45
10. Popis výzkumného souboru a výzkumného vzorku.....	46
10.1. Základní soubor	46

10.2.	Výzkumný soubor	46
11.	Metodika výzkumu	48
11.1.	Příprava výzkumu.....	53
11.2.	Získání a sběr dat	53
11.3.	Analýza a interpretace dat.....	54
12.	Etické aspekty výzkumu a jeho limity	54
13.	Realizace výzkumu – průběh získávání dat	55
13.4.	Doléčovací program na ženském oddělení.....	57
13.5.	Doléčovací program na mužském oddělení	62
14.	Interpretace výzkumných otázek.....	65
15.	Diskuze a zhodnocení.....	82
16.	Závěr.....	85
17.	Reference.....	87
18.	Seznam použitých zkratk	95

1. ÚVOD

Téma propojení fyzioterapie a adiktologie mě, vzhledem ke studiu těchto dvou oborů, vždy velmi zajímalo a vidím v něm velký potenciál, jelikož tělo a psychika jsou dvě neoddělitelné části lidské existence, které se vzájemně ovlivňují. Lidé s psychickými problémy či závislostí jsou skupinou rizikovou pro vznik fyzického onemocnění, jako jsou například nemoci kardiovaskulárního, nervového, či pohybového systému. Osoby pod vlivem návykových látek jsou vystavovány riziku častějších úrazů, ale dochází také k narušení jejich vztahu k vlastnímu tělu a schopnosti jeho vnímání. Práce s tělem v rámci léčby má velký terapeutický potenciál a kromě ovlivnění fyzických problémů a bolestí má také pozitivní vliv na psychiku.

Dle bio-psycho-socio-spirituálního modelu zdraví a nemoci se v rámci celostního pohledu na člověka berou v potaz všechny aspekty, které mají na jedince vliv jak při vzniku nějakého problému, tak při jeho řešení. Vznik závislosti je spojen se vznikem mnohých dalších, přidružených problémů z různých oblastí života. Ať se jedná o oblast psycho-sociální, ekonomickou, pracovní, tak oblast fyzickou. Proto by léčba závislosti měla být komplexní a multidisciplinární a měla by být zajištěna různorodost intervencí. V rámci komplexní péče by mělo být možné spolu s klientem vytvořit individuální plán léčby a péče.

Pohybové intervence jsou standartní součástí léčby závislostí založené na apolinářském modelu, nicméně aby byly tyto intervence efektivní, měly by být řízeny odborníkem, který dokáže pacientovi stanovit léčebný (pohybový) plán dle jeho individuálních potřeb a možností a cíleně s ním pracovat na zlepšení primárně fyzických obtíží, ale sekundárně také těch psychických. Dle dostupné literatury má fyzioterapeut v oboru psychiatrie, kam spadá také adiktologie, své místo a měl by být součástí multidisciplinárního týmu.

Jako určitý pojem propojující obory adiktologie a fyzioterapie by mohl být koncept rehabilitace, který je chápán v každé specializaci trochu jinak. Adiktologie dle literatury pohlíží na pojem rehabilitace spíše v kontextu re-socializace a psycho-sociální rehabilitace, zatímco fyzioterapie, jakožto součást léčebné rehabilitace, se ve svém klasickém pojetí soustředí spíše na řešení konkrétní, fyzické poruchy. Zároveň se však jednotlivé složky rehabilitace tak, jak je v literatuře popisována, napříč obory prolínají, ačkoliv jsou v každém například jinak nazývány.

Jaký je rozdíl mezi léčbou závislostí a rehabilitací závislosti? Existuje nějaký rozdíl, nebo jen nebyl koncept rehabilitace v adiktologii dostatečně popsán? A jak můžeme docílit toho,

aby rehabilitace závislého člověka byla co nejúčinnější? Jak by mohl k rehabilitaci přispět fyzioterapeut a jaké jsou možnosti financování v (ambulantním) doléčovacím programu založeném na principech apolinářského modelu léčby závislostí? Právě o těchto a přidružených tématech bude tato diplomová práce pojednávat. Výzkumná část je věnována konceptu rehabilitace v oboru adiktologie a evaluaci doléčovacího programu na Klinice adiktologie. Tedy, budeme hledat jednotlivé souvislosti jak v teoretických pojmech, tak v praktickém využití.

Naším výchozím předpokladem, který předcházal výzkumu, bylo, že realizace rehabilitace v ambulantní formě doléčovacího programu na odděleních Kliniky adiktologie není dostatečná a že rehabilitace tak, jak je definována v literatuře, je v programu implementována pouze částečně a odvětví rehabilitace, které se zaměřuje na fyzickou a pohybovou stránku, není v programu zahrnuté vůbec, nebo jen minimálně.

TEORETICKÁ ČÁST

2. REHABILITACE – POJEM, HISTORIE A JEJÍ DĚLENÍ

HISTORIE

Rehabilitace je velmi komplexní pojem a její definice není jednotná. Název je odvozen z latinského slova *rehabilitatio* = obnovení. „Habilis“ znamená schopný, předpona „re-“ značí opakování, navrácení. V léčebném pojetí použil tento pojem poprvé v roce 1844 Ritter von Buss. Již v 18. století byly vysloveny první myšlenky o potřebě zvláštní péče pro různé postižené osoby. Zřizovaly se první ústavy pro slepé, hluchoněmé, tělesně postižení na evropském kontinentě, kdy šlo vesměs o chudobince a zařízení pro postižené z nemajetných vrstev (Javůrek, 1999, p. 35). Ve 20. století se pojem rehabilitace začal využívat především v USA v době První světové války, kdy bylo nutno pomoci v integraci do důstojného až aktivního života mladým mužům, kteří se vraceli s vážným zraněním z války. U nás s tímto cílem pracoval Dr. Rudolf Jedlička s vojáky v ústavu původně určeném pro pohybově postižené děti. Váleční poškozenci se zde nejen léčili, ale také přeškolovali a zacvičovali na přiměřené povolání, které mohli vykonávat i s hendikepem. Profesor Jedlička provozoval také výrobu protetických pomůcek. Cílem byla kromě samotné léčby také rehabilitace sociální. Profesor Jedlička však pojem rehabilitace v této době nepoužíval. U nás i v celé Evropě se objevil až po Druhé světové válce (Pfeiffer, 2005, pp. 195-196). Významným podnětem byl výskyt poliomyelitidy ve 40. letech minulého století. V 60. letech se stala aktuální otázka založení samostatné rehabilitační společnosti a v roce 1964 vznikla Československá rehabilitační společnost (Kolář, 2009, p. 1).

U nás vybudoval první samostatné lůžkové oddělení rehabilitace profesor MUDr. Vladimír Janda, DrSc. Ve Fakultní nemocnici v Praze – Vinohradech. Soustředila se na doškolení lékařů. Další klinika rehabilitačního lékařství byla zřízena v roce 1987 na 1. lékařské fakultě v Praze profesorem MUDr. Janem Pfeifferem, DrSc. a v roce 1988 na 2. lékařské fakultě v Motole v Praze docentem MUDr. Janem Javůrkem, DrSc (Javůrek, 1999, p. 36). V roce 1992 došlo ke spojení rehabilitační a fyziatrické společnosti a v současnosti působí v rámci České lékařské společnosti J. E. Purkyně Společnost pro rehabilitační a fyzikální medicínu. V České republice v současnosti převládá v rehabilitaci pojetí především léčebně-preventivní, čímž se liší od jiných zemí, kde rehabilitace usiluje především o společenské začlenění osob se zdravotním postižením (Kolář, 2009, p. 1).

V USA vznikl již v roce 1918 první zákon týkající se rehabilitace vojáků – “Soldiers Rehabilitation Act”. V roce 1920 vznikl zákon i pro ostatní občany – “Civilian Rehabilitation Act”. Poté se termín rehabilitace v zákoně Spojených Států rozšiřoval dále a v roce 1990 vznikl zákon, který vychází z lidských práv a rovnosti příležitostí zdravých a disabilních osob (Pfeiffer, 2005, pp. 195-196). Tyto zákony zakazují diskriminaci jedinců s disabilitou, zajišťují finanční podporu speciálních programů pro ně, zakazují diskriminaci v zaměstnání, ve službách, v bydlení a dopravě (ADA, 2009).

DEFINICE A CÍLE REHABILITACE

Světová zdravotnická organizace stanovila v roce 1969 definici rehabilitace takto: “Rehabilitace je kombinované a koordinované použití léčebných, sociálních, výchovných a pracovních prostředků pro výcvik či přecvičení jedince k nejvyšší možné funkční schopnosti”. V roce 1981 pak WHO ještě tuto definici rozšířila: “Rehabilitace obsahuje všechny prostředky směřující ke zmenšení tlaku, který působí disabilita a následný handicap, a usiluje o společenské začlenění postiženého“ (Pfeiffer, 2005, pp. 195-196; World Report on Disability, 2011).

Javůrek (1999, p. 36) definoval rehabilitaci jako resocializační proces s cílem zajistit navrácení jakkoliv postiženého nebo nemocného člověka co nejoptimálněji do aktivního života společnosti a předcházet poruchám a nemocem vedoucím k dočasné nebo trvalé ztrátě pracovní schopnosti a na účinné a včasné navrácení nemocných a invalidů do společnosti a společensky užitečné práce. Cílů rehabilitace dosahujeme prostřednictvím státních, sociálně ekonomických, zdravotnických, profesionálních, pedagogických, psychologických a dalších opatření.

Dle Švestková et al. (2017, p. 16) rehabilitace znamená obnovu nezávislého a plnohodnotného tělesného a duševního života osob po úrazu, nemoci, nebo zmírnění trvalých následků nemoci nebo úrazu pro život a práci člověka. Tento proces zahrnuje rozsáhlý soubor působení obsahující zdravotnickou, vzdělávací, pracovní, sociální, technickou, kulturní, legislativní, ekonomickou, organizační a politickou problematiku (Kolář & Máček, 2015, p. 13).

Podle Javůrka (1999, p. 36) rehabilitace svou koncepcí není pouze problémem zdravotnickým a sociálním, nýbrž i politickým, filozofickým, ekonomickým, společenským, pedagogickým, technickým, psychologickým, a je třeba, aby se celá společnost a všechny její složky podílely na její realizaci a vytvářely optimální podmínky pro její uskutečňování, rozvoj a dosažení vytyčených cílů. Dle Koláře (2009) je třeba si uvědomit, že rehabilitace není omezena pouze

na diagnostické a léčebné metody, ale zároveň se snaží omezit rozsah psychických, behaviorálních a sociálních změn způsobených důsledky úrazu nebo nemoci.

Hlavním cílem systému komplexní rehabilitace je vytvoření pokud možno optimálních podmínek pro začleňování osob se zdravotním postižením do běžného sociálního i ekonomického života. Jde o překonávání nebo odstraňování překážek způsobujících vyloučení těchto osob ze společnosti. Komplexnost v rehabilitaci znamená především včasnost a návaznost jednotlivých oblastí. Poskytování rehabilitace je důležité nejen pro samotnou postiženou osobu, ale pro celou společnost. Efektivním využitím všech dostupných prostředků rehabilitace a nácvikem potřebných dovedností se osoba s disabilitou stává méně závislou na pomoci jiných a v mnoha případech je schopna zapojit se do pracovního procesu, což znamená také vyšší míru ekonomické nezávislosti (Kolář & Máček, 2015, p. 15). Společný resocializační cíl předpokládá úzkou spolupráci, vzájemné respektování a potřebnou návaznost všech úseků rehabilitace. Bez tohoto předpokladu nelze úspěšně rehabilitovat (Javůrek, 1999, p. 39).

Stanovení rehabilitačního cíle musí vycházet nejprve z co možná nejobjektivnějšího a nej přesnějšího posouzení, diagnózy a prognózy. Zhodnocena by měla být i psychologická kritéria, opírající se o dosavadní životní a tvořivou cestu postiženého, o spolehlivé údaje o úrovni jeho inteligence, charakteru, osobnosti a motivačního úsilí. Hodnotí se také údaje sociální, rodinné, profesní, ekonomické (Javůrek, 1999, p. 37).

MEZINÁRODNÍ KLASIFIKACE FUNKČNÍCH SCHOPNOSTÍ, DISABILITY A ZDRAVÍ = MKF (THE INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF FUNCTIONING, DISABILITY AND HEALTH = ICF)

Podle WHO z roku 1994 je rehabilitace poskytována osobám s disabilitou. První je tedy nutné jasně definovat, kdo je disabilní. Proto je důležité se nejprve seznámit s pojmy, jejichž definice je užitečná pro plánování rehabilitace a sociální reintegrace osob s omezením. Jsou to:

- **impairment – poškození** – jakákoliv ztráta nebo dysfunkce psychické či fyzické struktury či funkce.
- **disability – omezení** – jako následek poškození jde o jakékoliv omezení či nedostatečnou schopnost člověka vykonávat aktivitu v takové míře, jaká je považována za normální pro zdravého člověka.
- **handicap – postižení** – jde o znevýhodnění člověka, které limituje nebo zabraňuje jedinci naplňovat normální životní role (s ohledem na věk, pohlaví, socio-kulturní faktory). Tento

pojem zahrnuje také roli společnosti ve vytváření bariér a limitovaných možností pro člověka s omezením.

Definice disability je užitečná pro plánování tréninku denních aktivit, vzdělání a dovedností. Definice hendikepu je důležitá pro plánování opatření pro odstranění bariér v sociální integraci. A definice by měly být jednotné napříč všemi oblastmi, aby mohla být rehabilitace dobře koordinovaná a naplánovaná. Tradiční rehabilitační služby jsou poskytovány v různých zařízeních – například ve speciálních institucích, nemocnicích a v ambulantních klinikách (WHO, 1994).

Tato klasifikace je založena na bio-psycho-sociálním modelu, což ji odlišuje od jiných diagnostických systémů, jež jsou založeny spíše na bio-medicínském modelu, a proto je vhodné se podle ní řídit ve fyzioterapii pro duševně nemocné. MKF nabízí široký, transdisciplinární rámec pro plánování léčby, definování cílů, hodnocení pokroku a výsledků a alokaci zdrojů pro lidi s duševními poruchami (Probst & Skjærven, 2017, pp. 8-9).

DĚLENÍ REHABILITACE

Dle Kolář & Máček (2015, pp. 13-16) je možné rehabilitaci didakticky rozdělit podle charakteru využívaných prostředků a opatření do následujících oblastí:

- **Léčebná rehabilitace.** Zahrnuje soubor rehabilitačních, diagnostických terapeutických a organizačních opatření směřujících k získání maximální funkční zdatnosti jedince. Léčebná rehabilitace je zajišťována jak v rámci nemocniční lůžkové péče, tak ambulantní péče a péče v odborných léčebných ústavech včetně lázeňských.
- **Sociální rehabilitace.** Proces, ve kterém pacient s dlouhodobým či trvalým zdravotním postižením absolvuje nácvik potřebných dovedností, směřující k dosažení samostatnosti a soběstačnosti v maximální možné míře s ohledem na jeho zdravotní postižení. Účelem je dosažení co nejvyšší úrovně sociálního začlenění.
- **Pedagogická rehabilitace.** Cílem je dosáhnout u osob se zdravotním postižením co nejvyššího stupně vzdělání s ohledem na jejich individuální možnosti a podpořit jejich samostatnost a zapojení do všech aktivit společenského života.
- **Pracovní rehabilitace.** Opatření aktivní politiky zaměstnanosti k vyrovnání příležitostí osob se zdravotním postižením na trhu práce. Je to činnost zaměřená na získání a udržení vhodného zaměstnání osoby se zdravotním postižením.

Javůrek (1999, pp. 38-39) ve své knize uvádí dále **rehabilitaci psychologickou**. Vychází z tvrzení, že každá porucha tělesných funkcí se hluboce odráží na psychice a že ovlivňuje základní povahové rysy a chování rehabilitovaného. Psychika má nezřídka rozhodující vliv na celý průběh rehabilitace. Každý odborník v rehabilitaci by měl ve své práci uplatňovat zásady vhodného psychologického přístupu.

Vachková (2008) popisuje také **psychiatrickou rehabilitaci**, která lze zaměnit s pojmem **psycho-sociální rehabilitace**.

Co se týče intenzity průběhu jednotlivých úseků rehabilitace, podle Javůrka (1999, p. 39) těžiště rehabilitační práce spočívá od začátku na léčebné rehabilitaci, jejíž význam postupně ubývá, naopak se zvyšuje význam sociální, pedagogické a pracovní rehabilitace. Psychologická rehabilitace probíhá téměř rovnoměrně od počátku rehabilitačního procesu.

2.1. PSYCHIATRICKÁ REHABILITACE

Bouček (2004, p. 235) uvádí, že rehabilitace zaujímá důležité místo v současné komplexní terapii duševních poruch, a to jak v časných stádiích péče o pacienty, tak i v období doléčování. Z uvedených definic vyplývá, že se rehabilitace netýká pouze fyzicky postiženého člověka, ale také duševně nemocného člověka.

Dle Šupa (2010a, p. 476) pojem rehabilitace používaný v oblasti péče o duševní zdraví nelze volně zaměňovat s významem slova rehabilitace ve fyzioterapeutickém slova smyslu. Rehabilitace, která se využívá při podpoře procesu uzdravy a zotavení (recovery) člověka s diagnózou závažného duševního onemocnění, se nedá brát stejně jako "zlomenina nohy". U člověka s diagnózou závažné duševní nemoci patří mezi negativní příznaky snížená vůle, k tomu se často přidává kognitivní deficit. Další překážkou je stigmatizace okolím i sebou samým, spojená s předsudky a zkresleným vnímáním, což znesnadňuje funkci tohoto člověka ve společnosti a ovlivňuje jeho sebepojetí i sebevědomí. Lidé trpící mentálním onemocněním bojují tedy nejen se samotnou nemocí, ale také s přidruženými předsudky a diskriminací společnosti (Probst & Skjærven, 2017, p. 5).

Cílovou skupinou psychiatrické rehabilitace jsou osoby s duševním onemocněním, jehož průběh má střednědobý až dlouhodobý charakter a v jehož důsledku již došlo k výraznému narušení psychických, sociálních a pracovních schopností a funkcí či toto nebezpečí hrozí (Pěč et al., 2009, p. 664).

Psychiatrické rehabilitační programy by měly mít jasně vyjádřené poslání. Obecně to je pomáhat lidem s psychiatrickým postižením, zvýšit jejich schopnost úspěšně fungovat a být spokojeni v prostředí, ve kterém žijí, s co nejmenší mírou profesionální podpory. Po organizační stránce by měl program integrovat poslání a základní principy rehabilitace, což je orientace na klienta, fungování, podpora, specifita prostředí, aktivní účast klienta, možnost výběru, zaměření se na výsledek a potenciál růstu (Vachková, 2008, p. 130).

Psychiatrická rehabilitace zahrnuje všechny intervence, které sledují cíl znovuzařazení pacienta postiženého duševní poruchou do běžného života. Jejím cílem je zlepšení kvality života pacientů, posílení jejich víry ve vlastní schopnosti při zvládnání samostatného fungování ve společnosti. V průběhu léčby duševních poruch a zejména jejich doléčování se rehabilitace v mnohých aspektech překrývá s psychoterapeutickými a socioterapeutickými postupy (Bouček, 2004, p. 233). V současné době spadá pod pojem psychiatrická rehabilitace mnoho různých přístupů a aktivit. Všechny však mají společné prvky: vyzdvihují důležitost práce a smysluplné denní aktivity, nutnost aktivního zapojení pacienta do rehabilitačního procesu jako předpoklad úspěšného návratu do běžného života. Dalším společným rysem je dlouhodobá a často celoživotní rehabilitace, která je multidisciplinární, využívá k resocializaci člověka metod z více oborů (Hátlová et al., 2013, pp. 94-95).

Psychosociální/psychiatrickou rehabilitaci můžeme využít v rámci poskytování podporovaného chráněného zaměstnávání a bydlení, podporovaného vzdělávání, při podpoře v oblasti sociálních kontaktů, v oblasti trávení volného času a podobně (Šupa, 2010a, p. 479).

Dle Vachková (2008, pp. 131-132) jsou základní komponenty rehabilitačního procesu vyšetření, plánování a intervence. Podle ní existují tři způsoby, jak strukturou programu podpořit rehabilitační proces, a to jsou:

- Rehabilitační operační postupy - sestávají z programové politiky a procedur, které popisují, jak bude rehabilitační služba poskytována.
- Rehabilitační aktivity - jsou organizované aktivity mezi různými lidmi a programem, vznikající při každodenním fungování programu.
- Dokumentace - je způsob zaznamenávání poskytnutí rehabilitační služby a obsahuje soubor všech informací relevantních k rehabilitaci v individuálních záznamech.

Wilken & Hollander (2005, dle Šupa, 2010a, pp. 480-482) z holandské školy STORM rozvinuli specifický přístup nazvaný komplexní psychosociální rehabilitace, jejíž cílem je zlepšení

kvality života člověka a naplňování jeho sociálních rolí. Je založena na principech emancipace, normalizace a participace. Psychosociální rehabilitace se dle nich orientuje na člověka, nikoli na jeho nemoc a její symptomy. Podporuje silné stránky a optimismus a jejím nástrojem je dodávání naděje.

HISTORIE

V 50. letech 20. století docházelo v západní Evropě a USA k zavírání psychiatrických nemocnic, sice z ekonomických důvodů, ale ospravedlňované představou, že chronicita duševních onemocnění je způsobena institucionalizací, jejíž škodlivý vliv byl v 60. letech minulého století jasně prokázán. Hospitalizační syndrom překrýval řadu postižení, která přetrvávala bez ohledu na to, v jakém prostředí se člověk nacházel. Ukázalo se, že existuje velká skupina propuštěných, kteří nebyli schopni se sami o sebe v běžném životě postarat a stali se obětmi této nové politiky. V 80. letech minulého století v USA vznikala psychosociální rehabilitační centra a komunitní podpůrný systém, v Evropě sociální a komunitní psychiatrie, jejíž systém služeb umožňuje využívat v léčbě zdroje komunity a podporuje rozvoj rehabilitačních aktivit. Deinstitutionalizace umožnila širší zapojení psychologů, psychoterapeutů a sociálních pracovníků do psychiatrické léčby. Do rehabilitace se zaváděly principy přístupnosti, komplexnosti a kontinuity služeb, což vedlo k novým formám péče. Pojem „psychiatrická rehabilitace“ označoval návaznost na psychiatrickou farmakologickou léčbu. Mnoho rehabilitačních programů vznikalo v rámci psychiatrických pracovišť. Vedle toho byla zakládána první svépomocná hnutí. Termín „psychosociální rehabilitace“ se objevil se vznikem tzv. klubových center (z nichž nejznámější je Fountain House, který byl založen v New Yorku v roce 1948), která zakládali lidé se zkušeností s psychiatrickou léčbou. Základním principem byla vzájemná pomoc a víra ve vlastní schopnosti poradit si s následky a projevy duševního onemocnění. Clubhouse model byl pojat jako speciální terapeutická komunita, složená z lidí, kteří mají vážné psychiatrické postižení, a personálu, který v programu pracuje (Šupa, 2010a, pp. 477-479; Vachková, 2008, pp. 130-131).

Pojmy psychiatrická a psychosociální rehabilitace se nyní užívají souběžně s podobným významem (Šupa, 2010a, pp. 477-479).

V České republice byla do roku 1989 rehabilitace vázána na nemocniční prostředí, v psychiatrických léčebnách se prováděly různé formy ergoterapie (Pěč et al., 2009, p. 663). Poté se začala psychosociální rehabilitace rozvíjet především v neziskovém sektoru (například Fokus, Péče o duševní zdraví, Sdružení Práh atd.) a vznikly také první denní psychoterapeutické

stacionáře (např. DPS Ondřejov nebo ESET). V současnosti se psychosociální rehabilitace využívá především v neziskových organizacích, v denních stacionářích (při psychiatrických klinikách i samostatně) a v centrech duševního zdraví (Šupa, 2010a, p. 479).

DĚLENÍ

Bouček (2004, p. 233) dělí psychiatrickou rehabilitaci na následující okruhy:

1. **Fyzikální léčba.** K té podle něj řadíme především vodoléčbu (lázně, stříky, sprchy) s cílem vyvolání pocitu uvolnění a pohody. Dále masáže (klasické, reflexní, podvodní), jež vhodně doplňují a posilují účinek vodoléčebných úkonů a pozitivně působí na některé vegetativní příznaky a poruchy spánku. Tyto postupy jsou převážně doporučovány při a po léčbě poruch neurotických, přizpůsobení, funkčních orgánových poruch a úzkostných a depresivních poruch. Do tohoto okruhu řadíme dále světloléčbu (helioterapii) a elektroléčbu (diodynamika, elektrospánek).
2. **Léčba pohybem a sportem (kinezioterapie).** Tato oblast využívá prostředků aktivně prováděného pohybu či sportu k podpoře léčby a rehabilitace duševních poruch. Mohou být využita například gymnastická, dechová cvičení, provádění nenáročných poloh části těla, což vede ke zmírnění tenze (uvolnění), práce s uvědoměním si vlastního těla (pocit reality) a podobně.
3. **Pracovní a činnostní léčba.** Rehabilitace pracovní a činnostní je zařazována do denních léčebných plánů pacientů s různými diagnózami (jak u pacientů s neurotickými poruchami, při léčbě závislostí, organických psychiatrických poruch, v pedopsychiatrii, tak i u pacientů s psychózami. Pacienti vytvářejí pod vedením pracovních instruktorů či rehabilitačních sester nejrůznější předměty. Používají se různé materiály (dřevo, keramika, látky atd.), přihlíží se k individuálním schopnostem pacientů a k tomu, aby tyto aktivity neústily do nouzového vyplnění času nezajímavou a netvůrčí náplní činnosti nemocných.
4. **Umělecko-kreativní léčba.** Do této oblasti patří různé expresivní techniky, jako například arteterapie – využívá možností vyjádření psychických pocitů a osobnostních rysů formou malby, modelování, hraním divadla aj. Posiluje se pomocí uměleckého přístupu projevu pacienta, vyjádření jeho prožitků současných i hlouběji uložených; muzikoterapie – využívá hudby k terapeutickým a rehabilitačním účelům. Mocně může ovlivnit emoce a city a podle výběru může mít účinky stimulační a sedativní; dalším příkladem je biblioterapie – zabývá se prací s knihou jednak s úmyslem usměrnit myšlenky pacienta, jednak jako forma psychického uvolnění.

5. **Terapie zábavná a rekreační.** Tato terapie zahrnuje kulturní vyžití. Lze sem zařadit například návštěvy výstav, muzeí, filmových a divadelních představení. Účast na společných vycházkách do přírody, výlety, letní tábory pro pacienty a podobně. Řadíme sem i aktivity naplňující volný čas pacientů v procesu doléčování (zájmové kroužky atd.).

Vachková (2008, p. 130) popisuje tři základní směry psychiatrické/psychosociální rehabilitace, které se nazývají podle místa jejich vzniku:

- **Bostonský model (W. Anthony).** Tento model prokázal, že i člověk s těžkou psychosociální nedostatečností je za přiměřené a dostatečné podpory schopen si stanovit svůj cíl osobního rozvoje. Zdůrazňuje rozvoj schopností a význam učení. Je posuzována připravenost (readiness), kde se zjišťuje úroveň motivace, dovedností a schopností a sociálních a materiálních zdrojů, které jsou k dispozici.
- **Los-Angelský model (R. P. Liberman).** Základem tohoto přístupu je posouzení kvality života, množství rolí, symptomů, dovedností a schopností člověka. Byla vyvinuta řada modulů na trénink sociálních dovedností.
- **Britský model (G. Shepherd a D. Bennett).** Byl kladen důraz na vliv prostředí a problém přenosu dovedností zvládnutých v jednom prostředí do druhého. Systém péče je potřeba adaptovat do prostředí, ve kterém klient žije. Přístup je založen na tvrzení, že reakce a chování člověka závisejí na parametrech prostředí (Šupa, 2010a, p. 479; Vachková, 2008, p. 130).

2.2. REHABILITACE Z POHLEDU ADIKTOLOGIE A POJEM RECOVERY

Koncept rehabilitace v oboru adiktologie není pevně definován ani ohraničen. Nicméně adiktologie je určitým specifickým podoborem psychiatrie, a proto cíle a složky rehabilitace popsané v kapitole výše by měly být aplikovatelné i v oboru adiktologie, respektive v rehabilitaci osob s problémem závislosti. Rehabilitace osob s duševním onemocněním je často celoživotní proces, na kterém se podílí odborníci různých oborů, a jejím cílem je resocializace a posílení schopnosti člověka fungovat ve společnosti, zlepšení fyzických a psychických důsledků onemocnění a posílení jeho vůle a důvěry ve vlastní schopnosti odolávat negativním vlivům vnějšího prostředí.

Dle Mezinárodní klasifikace nemocí (2018) - podkapitola F10-F19 - syndrom závislosti patří mezi poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek (ICD-10, 2016). Závislost je tedy považována za nemoc. Je to komplexní problém, který má dopady nejen

na samotného nemocného, ale také na jeho okolí i celou společnost. V současnosti se nejčastěji hovoří o tzv. bio-psycho-socio-spirituálním modelu závislosti, který zahrnuje multifaktoriální příčiny jejího vzniku. Tento model závislosti proto implikuje využití komplexně a diferencovaně poskytovaných a výzkumem podložených intervencí, které berou v potaz biologický, psychologický, sociální i spirituální potenciál v léčbě závislosti (Miovský, 2013, p. 11).

Dle standardů odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující adiktologické odborné služby (Libra, 2015, pp. 50-64) je rehabilitace součástí terapeutických aktivit v rámci léčebného programu. Slouží ke stabilizaci a zlepšení psychických, somatických a sociálních kapacit pacienta. Sociální rehabilitace pak slouží kromě jiného k osvojení zdravých způsobů trávení volného času.

Kalina a kol. (2001) ve svém Glosáři pojmů pojem léčba, rehabilitace a resocializace/sociální rehabilitace odlišují jako jiné typy služeb, nicméně uvádí, že všechny tři typy intervencí spolu úzce souvisí a vzájemně se podmiňují.

Oblast léčby a sociální rehabilitace osob trpících závislostí představuje velmi široké spektrum různých metod a přístupů. Správně zvolené metody a stálé přizpůsobování programu potřebám klienta zajišťované odborníky různých oblastí zvyšuje efektivitu léčby a zajišťuje správně cílenou a komplexní rehabilitaci. Je třeba koordinovaně a návazně rozvíjet spektrum poskytovaných služeb a péče. Vzájemná provázanost jednotlivých metod je podmínkou každého dobře fungujícího a efektivního programu (Miovský, 2003, p. 15). I dle Javůrka (1999, p. 49) je rehabilitační péče možná jen v rámci funkčně schopného pracovního kolektivu a týmovou práci považuje za jednu ze základních rehabilitačních metod. Týmová práce je založena na principech plurality názorů a jejich vzájemné konfrontace, spojené s principem určité míry rovnocennosti přístupu (Miovský, 2003, p. 15).

V zahraniční literatuře je v souvislosti s léčbou závislosti častěji využíván pojem „recovery“ (v českém překladu by to mohlo znamenat zotavení, uzdrava či rekonvalescence), který je svou víceméně nesourodou definicí, cíli a komplexností podobný pojmu rehabilitace, je však zaměřen konkrétně na léčbu závislosti.

Ačkoliv definice není jednotná, autoři se shodují na tom, že recovery je dobrovolně získaná kontrola nad užíváním návykových látek, překonání fyzické a psychické závislosti s cílem maximalizace zdraví, životní pohody a zapojení se do společnosti. Množství výzkumníků,

skládající se z lékařů, adiktologů a dalších zdravotníků, se shoduje na definici recovery jako procesu zahrnujícím klinickou diagnózu, léčbu a rehabilitaci (Inanlou et al., 2020).

Dle Pěč et al. (2009, p. 665) je úzdava (recovery) popisována jako hluboce osobní, unikátní proces změny přístupu, hodnot, pocitů, cílů schopností nebo rolí člověka. Znamená prožívání spokojeného, nadějného a přínosného života navzdory onezením způsobených nemocí.

Dle White (2007) je zotavení (recovery) zkušenost, prostřednictvím které jednotlivci, rodiny a komunity postižené problémy s návykovými látkami využívají interní a externí zdroje k dobrovolnému vyřešení těchto problémů a k aktivnímu zvládnání jejich trvalé zranitelnosti vůči těmto problémům. Zotavení je proces rozvoje zdravého, produktivního a smysluplného života. Udržení zotavení dlouhodobě vyžaduje trvalé úsilí. Je to proces, což znamená, že zahájení léčby a udržení změny jsou kvalitativně odlišné procesy. Výsledkem je zlepšení kvality života: fyzického a emočního zdraví, zlepšení intimních, rodinných a sociálních vztahů. Americká organizace SAMHSA (2012) definovala 10 principů recovery, dle níž úzdava:

- vyplývá z naděje,
- je založena na osobní vůli a odhodlání,
- lze jí dosáhnout různými cestami,
- je založena na holistickém přístupu,
- je podporována lidmi se stejnými problémy,
- je podporována vztahy a vytvářením sociální sítě,
- je kulturně podmíněná a ovlivněná,
- je podporována řešením traumatu,
- zahrnuje individuální, rodinné a komunitní silné stránky a odpovědnosti,
- je založena na respektu.

Inanlou et al. (2020) na základě dostupné literatury definují tyto vlastnosti konceptu “recovery”:

1. **Proces změny.** Zotavení (recovery) je proces změny, ne jednorázová událost. Je to nepřetržitý a intenzivní pokus o udržení abstinence. Zotavení (recovery) vede k interním a externím změnám ve vztazích, postojích, myšlení a emocích, či ke změnám v identitě jedince.

2. **Holistický přístup.** Vzhledem k nežádoucím účinkům závislosti v mnoha životních oblastech, proces zotavení (recovery) je také multidimenzionální (zahrnuje biologickou, psychickou, sociální a spirituální složku)
3. **Orientace na klienta.** Proces rekonvalescence začíná a pokračuje s ohledem na osobnostní znaky, individuální potřeby, intenzitu a délku užívání a sociální prostředí jedince. Individuální jedinec definuje své životní cíle a proces úzdravy může probíhat různě dlouhou dobu a různými přístupy.
4. **Učení se strategiím zvládnání.** Nalézání nových a lepších cest, jak se vypořádat se stresory a žádání o pomoc jsou důležitými faktory při rekonvalescenci.
5. **Multifázický proces.** Zotavení (recovery) je složeno z různých stádií, z nichž každé stadium zahrnuje své vlastní cíle a intervence.

Dle školy STORM se proces úzdravy (recovery) dělí na tři fáze:

- **fáze stabilizace**, ve které se ustaluje stav narušený akutními příznaky duševního onemocnění;
- **fáze reorientace**, ve které si člověk uvědomuje dopady nemoci na svůj život, zaměřuje se na změnu životní perspektivy mění se jeho hodnoty a hledá nové způsoby, jak přistupovat k sobě a ke světu;
- **fáze reintegrace**, která zahrnuje získávání psychické a sociální integrity (Šuta, 2010, p. 482).

Proces rekonvalescence z drogové závislosti je ovlivněn dvěma základními faktory, jimiž jsou osobní a sociální zdroje. Rozsah a kvalita vnitřních a vnějších zdrojů definuje počátek, průběh a udržení úzdravy ze závislosti. Osobní zdroje zahrnují sebe-pojetí a sebe-přijetí, osobní přesvědčení a znalosti, postoj, zodpovědnost, naději, otevřenost, upřímnost, osobní zkušenost, traumata, vzorce zvládnání, vzdělání, psychické a fyzické zdraví, závažnost závislosti a podobně. Proces úzdravy je také ovlivňován socio-ekonomickými a sociálními faktory. Sociální zdroje zahrnují rodinné a komunitní vztahy vytvářející sociální síť, která poskytuje člověku podporu, přijetí, přátelství, lásku, respekt a naději. Zapojení života do společnosti se týká denních smysluplných aktivit jako je práce, domov, škola, dobrovolnictví, péče o rodinu, kreativní vyžití, nezávislost a podobně (Inanlou et al., 2020).

2.3. FYZIOTERAPIE JAKO JEDEN Z KLÍČOVÝCH OBORŮ REHABILITACE

Dle zákona č. 96/2004 Sb. je fyzioterapeut nelékařské zdravotnické povolání. Fyzioterapeut, který získal odbornou způsobilost na vysoké škole (akreditované bakalářské či magisterské studium) nebo na vyšší zdravotnické škole, může vykonávat své povolání bez odborného dohledu, pokud prokáže minimálně 1 rok výkonu povolání v oboru. Specializovaná způsobilost fyzioterapeuta se získává absolvováním akreditovaného navazujícího zdravotnického magisterského studijního oboru aplikovaná fyzioterapie nebo ukončením specializačního vzdělávání atestační zkouškou. Za výkon povolání fyzioterapeuta se považuje činnost v rámci preventivní, diagnostické, léčebné, rehabilitační a paliativní péče v oboru fyzioterapie.

Dle Unie fyzioterapeutů České republiky je fyzioterapie obor zdravotnické činnosti zaměřený na diagnostiku a terapii funkčních poruch pohybového systému. Prostřednictvím pohybu a dalších fyzioterapeutických postupů cíleně ovlivňuje funkce ostatních systémů včetně funkcí psychických. Předmět oboru Fyzioterapie se uplatňuje ve všech subsystémech péče o zdraví - v oblasti podpory a výchovy ke zdraví, v prevenci (primární, sekundární i terciální), v léčebné péči, v rehabilitaci. Fyzioterapie svými specifickými prostředky zasahuje tam, kde pohyb a ostatní fyzické i psychické funkce jsou ohroženy procesem stárnutí, zraněním, nemocí nebo vrozenou vadou.

Fyzioterapie je terapeutický postup využívající různé formy energie (včetně pohybové) k léčebnému ovlivnění patologických stavů. Zabývá se především pohybovým systémem, jeho analýzou pomocí specifických diagnostických postupů, možnostmi, jak ovlivnit jeho poruchy a poruchy jiných orgánů. Fyzioterapie se uplatňuje ve všech oborech medicíny, stejně jako například farmakoterapie, chirurgická terapie či psychoterapie. Fyzioterapie ve svých přístupech využívá různé manuální postupy a fyzioterapeutické koncepty, které vycházejí zejména ze základů klinické neurofyzologie. S fyzioterapií je úzce spojen obor fyzikální terapie a balneoterapie, které k léčbě využívají fyzikální nebo přírodní zdroje, které mají léčebný účinek na člověka (Kolář et al., 2009, p. 4-22).

Na fyzioterapii se pohlíží především jako na prostředek k obnově pohybové funkce. Cílenou pohybovou aktivitou se zpětnovazebně ovlivňují i řídicí procesy probíhající v centrálním nervovém systému (CNS). Působení fyzioterapeuta je proto vždy psychomotorické. To znamená, že terapeut zasahuje svou prací i do CNS pacienta a tím i do jeho psychiky. Ovlivňuje tedy nejen motoriku, ale také celkové chápání pacienta a jeho osobnost. Tímto způsobem se stává

fyzioterapeut v určitém slova smyslu i psychoterapeutem, i když si to sám nemusí uvědomovat. Pohybovou léčbu lze tedy využívat i v terapii psychiatrických pacientů (Véle, 2006, p. 341).

FYZIOTERAPIE V PSYCHIATRII A V ADIKTOLOGII

V Amsterdamu v roce 2011 byla založena Mezinárodní organizace fyzioterapeutů v oblasti duševního zdraví (International Organization of Physical Therapists in Mental Health = IOPTMH, která je uznávána jako podskupina Světové konfederace pro fyzikální terapii (World Confederation for Physical Therapy = WCPT). Hlavní cílem této organizace je podpora spolupráce mezi fyzioterapeuty praktikujícími v oblasti duševního zdraví po celém světě, rozvoj praxe, vzdělávání a výzkumu o fyzioterapii v péči o duševní zdraví prostřednictvím komunikace a výměny informací (Probst & Skjærven, 2017, pp. 7-8).

Fyzioterapie v oblasti duševního zdraví je specializací fyzioterapie, která se implementuje na různých místech zabývajících se zdravím a duševním zdravím, v psychiatrii a psychosomatické medicíně. Je zaměřena na člověka a je poskytována dětem, dospívajícím, dospělým a starším lidem s mírnými, středními a těžkými, akutními i chronickými problémy duševního zdraví, ústavním a ambulantním pacientům. Fyzioterapeuti v oblasti duševního zdraví poskytují podporu zdravého života, preventivní zdravotní péči, léčbu a rehabilitaci jednotlivcům i skupinám. Fyzioterapeuti v oblasti duševního zdraví vytvářejí terapeutický vztah na základě bio-psychosociálního modelu. Fyzioterapie v oblasti duševního zdraví si klade za cíl optimalizovat pohodu a posílit jednotlivce podporou funkčního pohybu, pohybového vědomí, fyzické aktivity a cvičení, a propojením fyzických a duševních aspektů. Fyzioterapeuti v oblasti duševního zdraví přispívají k multidisciplinárnímu týmu a mezioborové péči. Fyzioterapie v oblasti duševního zdraví je založena na dostupných vědeckých a klinických důkazech (Probst et al., 2015).

Podle Světové konfederace pro fyzikální terapii (2007) mohou fyzioterapeuté v různých zařízeních nabídnout široké spektrum služeb s těmito cíli:

- podpora zdraví a pohody jedince, zdůraznění pozitivního významu fyzické aktivity a cvičení;
- prevence impairmentu, disability a hendikepu u jedinců s rizikem omezených pohybových schopností v důsledku nemoci nebo medikace, socio-ekonomických stresorů, faktorů prostředí či faktorů životního stylu;
- poskytování intervencí / léčby k obnovení integrity tělesných systémů nezbytných pro pohyb, maximalizace funkce a zotavení, minimalizace pracovní neschopnosti a zvýšení kvality života a podpora nezávislosti a soběstačnosti;

- úprava a odstranění překážek v domácnosti, práci a prostředí tak, aby byla zajištěna plná účast na běžných a očekávaných společenských rolích.

Dle Sainsbury & Young (1965, p. 56) pacienti v psychiatrických nemocnicích/klinikách trpí také na fyzická postižení (disability), jež jsou indikací pro léčbu fyzioterapeutem, a dělí je do následujících kategorií:

- Fyzické postižení paralelně jdoucí s psychiatrickým/psychickým onemocněním. Tato skupina může zahrnovat cokoliv – od plochých nohou po bronchiektázii.
- Fyzické postižení způsobené přímo nebo nepřímo psychiatrickým/psychickým onemocněním. Tahle skupina může zahrnovat například nervové léze vzniklé po poranění zápěstí při pokusu o sebevraždu, různé zlomeniny způsobené dočasnou disfunkcí mozku při epileptickém záchvatu nebo při intoxikaci návykovou látkou. Velmi častá je také bronchopneumonie, která vzniká při senilní demenci, deliriu tremens a podobně.
- Fyzické postižení neoddělitelně spojené s psychiatrickým/psychickým postižením. Tato kategorie zahrnuje například astma, ale také vrozené nebo traumatické poškození mozku způsobující jak mentální, tak fyzické postižení, a další hůře kategorizovatelné kombinace poruch. Také například artritida u staršího, opuštěného člověka může vyvolat depresivní reakci, jež dále artritické onemocnění může ještě více zhoršovat.

U pacientů závislých na návykových látkách dochází velmi často z důvodu intoxikace k různým úrazům a stavům, jejichž následek je vhodné léčit fyzioterapií. Fyzioterapeut by tedy měl být dostupný i adiktologickým pacientům.

Dle Catalán-Matamoros & Gómez-Conesa (2017, p. 234) je role fyzioterapeuta v léčbě závislých klíčová jednak kvůli vysoké prevalenci fyzických postižení u těchto osob a jednak kvůli pozitivním účinkům fyzioterapie u lidí trpících duševními poruchami. Fyzioterapeuté by měli být součástí multidisciplinárního týmu s cílem zmírnit důsledky závislosti, úzkosti a psychické poruchy a léčit muskulo-skeletální a neurologické problémy, jež vznikají jako důsledky dlouhodobého užívání návykových látek (jako je např. osteoporóza, svalová slabost, neuropatie, narušení rovnováhy a chůze, poranění při nehodách).

V léčbě závislostí je možno využít mnoha tradičních fyzioterapeutických technik. Cvičení, masáže, terapie zaměřená na uvědomění těla, transkutánní elektrická nervová stimulace (TENS), relaxační techniky a akupunktura se zdají být nejčastější evidence-based intervence aplikované fyzioterapeutem (Catalán-Matamoros & Gómez-Conesa, 2017, p. 238).

2.4. REHABILITACE Z POHLEDU FYZIOTERAPIE

Rehabilitace z hlediska oboru fyzioterapie je v tradičním pohledu zaměřena především na léčbu funkčních a strukturálních pohybových poruch a řadí se nejčastěji do léčebné rehabilitace.

Léčebná rehabilitace zahrnuje soubor rehabilitačních, diagnostických, terapeutických a organizačních opatření k dosažení maximální funkční zdatnosti jedince. Středem zájmu jsou především poruchy hybného systému, jejich analýza pomocí specifických diagnostických metod a rehabilitační postupy, které se tyto funkční poruchy snaží ovlivnit či odstranit. K vyšetření motorických poruch se vedle vyšetřování nemocného pohledem (aspekci), pohmatem (palpací), poslechem (auskultací) a antropometrického vyšetření používají specifické manévry, škály a testy. Klinické vyšetření může být doplněno zobrazovacími a laboratorními vyšetřeními. Tento proces vede ke stanovení diagnózy a krátkodobého a dlouhodobého rehabilitačního plánu (Kolář et al., 2009, p. 22).

Krátkodobý léčebně-rehabilitační plán stanovuje konkrétní rehabilitační postupy a jejich koordinaci v časově omezeném úseku, jehož délka závisí na zdravotním stavu a na době léčby v konkrétním zařízení. Dlouhodobý léčebně-rehabilitační plán je stanovení dalších postupů nutných pro úspěšné naplnění procesu léčebné rehabilitace a vytvoření podmínek pro přechod do dalších složek ucelené rehabilitace (Kolář, 2009, p. 3).

Návrat pohybových schopností rehabilitací je pracovní náplní týmu odborníků: lékařů, fyzioterapeutů, ergoterapeutů a jiných pracovníků. Při návrhu léčebného postupu je nutné vycházet ze znalostí kineziologie. Proto je nutno začlenit komplexně chápanou kineziologii do výuky lékařů, fyzioterapeutů, protetiků, ergoterapeutů, ale i učitelů tělesné výchovy. Používané léčebné techniky je nutno opřít o vědecké kineziologické poznatky ověřované experimentálně (Véle, 2006, p. 337). Dle Dylevský (2007, p. 15) je kineziologie věda o biologických komponentách, aspektech a atributech pohybu v procesu vývoje a o vlivu pohybu na biologické struktury.

Léčebná rehabilitace by měla být uplatňována nejen pouze u pacientů s fyzickým postižením, nýbrž i u těch s nemocí duševní, stejně jako u osob závislých. Užívání návykových látek je úzce spojeno s výskytem mnoha dalších poruch – psychických a fyzických. Deprese, schizofrenie, paranoia, úzkosti, deprese patří mezi nejčastější psychologické újm. Stejně tak má užívání drog obrovský vliv na fyzické zdraví a na tělo. U uživatelů návykových látek můžeme kromě jiného pozorovat ztrátu koordinace a kontroly svalů, myopatie, sníženou svalovou sílu

a svalovou hmotu, tělesnou ztuhlosti, respirační problémy, poruchy rovnováhy a závratě, srdeční onemocnění, malnutrici, neplodnost, poškození jater, ledvin a mozku. Dále má užívání drog negativní vliv na kvalitu života jednice a na interpersonální vztahy. Droga postupně začíná převažovat nad všemi ostatními zájmy, hodnotami a cíli a nakonec může dojít ke ztrátě zaměstnání (Catalán-Matamoros & Gómez-Conesa, 2017, pp. 235-236). Velké množství z těchto důsledků je možné ovlivňovat léčebnou rehabilitací a zlepšit tak kvalitu pohybu a fungování pacienta.

2.5. POHYB JAKO REHABILITAČNÍ PROSTŘEDEK

Aktivní pohyb je základním projevem života, probíhá podle fyzikálních zákonů. Pohyb je projev řízené svalové aktivity, jehož řídicím útvarem je centrální a periferní nervová soustava, která reaguje na podněty z vnitřního i zevního prostředí. Účel pohybu je ovlivňován potřebami organismu pro udržení jeho integrity, ale i psychickými funkcemi (Hátlová, 2003, p. 13; Véle, 2006, p. 17). Medicínské vědy akceptují podíl pohybu na somatopsychickém stavu člověka v celém průběhu života od rozvíjejících podnětů v ranném dětství po psychoaktivizující účinky pohybu ve stáří. Důležité jsou zdravotní účinky pohybu. Jsou předpokládány terapeutické účinky na tělesný stav nemocných, ale i na psychiku člověka (Hátlová, 2003, p. 11).

Kvalita pohybu je ukazatelem aktuálního psychosomatického stavu, zdraví a nemoci člověka (Hátlová & Adámková, 2009, p. 672). Analýzou pohybového projevu člověka je možno předpokládat úroveň aktuálního tělesného a duševního stavu. Způsob držení těla nám dává informaci i o emočním ladění. Pohyb a emoce jsou vzájemně neoddelitelné (Hátlová, 2003, pp. 13-14). Léčebný účinek pohybu se zvyšuje, je-li pohyb provázen příjemnou emocí, který umožňuje až ztotožnění se s pohybem. Výsledný efekt terapeutického pohybu závisí také na hloubce aktivní spolupráce nemocného s terapeutem a na přesvědčení obou partnerů o účinnosti terapie a na vnímání dosaženého efektu. Reálné vnímání příznivého účinku působí pozitivně psychoterapeuticky a podporuje tendenci k pokračování v zahájeném procesu (Véle, 2006, p. 330).

Preverbální pocitová a symbolická podstata pohybu umožňuje jedinci identifikovat, prozkoumat a vyjádřit své pocity. Dosažení fyzické a psychické integrace umožní jedinci vnímat okolí včetně jeho interpersonálních vztahů. Pomocí specificky zaměřených pohybových programů na integraci tělesného schéma můžeme ovlivnit psychopatologii jedinců (Hátlová, 2003, pp. 14-15).

Pohybová aktivita má krátkodobý i dlouhodobý účinek na psychickou pohodu, příznivě ovlivňuje sebeúctu, úzkostné a depresivní stavy, vnímání stresu a zlepšuje mentální funkce. Také má vliv na zlepšení kvality spánku (Hátlová, 2003, p. 25-31). Pohyb v podobě různých aktivit spojených se zájmovou činností slouží jako prostředek vyrovnávání se se stresem. Zlepšuje psycho-fyzickou rovnováhu spojenou s pocitem svěžesti a zdraví (Véle, 2006, p. 21-22).

Dle Véleho (2006, p. 329) odlišujeme následující typy pohybů, které využíváme v léčebné rehabilitaci:

- **reflexní pohyb.** Reflexní pohyb může být bezprostřední pohybová reakce na podráždění šlachy či pokožky, který se využívá v diagnostice, nebo opožděná pohybová reakce vznikající při dráždění specifických spouštěcích zón na základě geneticky fixovaných druhově daných mechanismů. Termín reflexní terapie (př. Vojtova reflexní lokomoce) se užívá k odlišení specificky zaměřeného reedukačního léčebného postupu od pouhého posilování svalů;
- **řízený volní pohyb.** Tento pohyb je proveden na základě vědomé svobodné vůle. Dochází k opožděné pohybové reakci na sensorický podnět, který je dále zpracován a vyhodnocen v CNS;
- **řízený pohyb.** Používá se k restituci poškozených pohybů nebo k vyvolání iradiace nervových vzruchů z facilitačních důvodů (př. je Kabatova propioceptivní neuro-muskulární facilitace);
- **pohyb v představě.** Je to pomyslný pohyb vznikající v pacientově mysli jako představa pohybu. Samotná aktivita svalu není pozorovatelná, ale dochází ke změně svalového napětí.

Cvičení je funkce člověka, která může být většinou lidí vykonávána na vysoké úrovni bezpečnosti. Nicméně, pohybová aktivita není absolutně bez rizik a v obecné populaci se riziko negativního dopadu cvičení zvyšuje u lidí s dlouhodobými zdravotními problémy. Ačkoliv benefity pohybové aktivity nad těmito riziky převyšují, tak je třeba brát v úvahu vážnost onemocnění a někteří lidé by měli být při vykonávání pohybové aktivity pod odborným dohledem (Blake, 2010).

3. KINEZIOTERAPIE – POHYBOVÁ TERAPIE V PSYCHIATRII

Psychiatrickí pacienti mají v důsledku déletrvajících nemocí celkovou svalovou ochablost. Pocit neustálé únavy a zvýšené nebo snížené dráždivosti vyvolává obavy z další námahy, a proto se jí vyhýbají. Svalová ochablost je doprovázena ochablostí biologických a fyziologických funkcí, držení těla, dechové a oběhové soustavy. Podněty pro pohybovou činnost tito pacienti nevnímají a často jim nejsou ani nabízeny. Aktivně prováděný pohybový program zaměřený na cílené

ovlivňování psychických faktorů v rámci podpůrné léčby považuje Hátlová (2003, pp. 32-33) za kinezioterapii.

Cílem kinezioterapie je prostřednictvím pohybu získat přístup k pacientovi a prostřednictvím jeho osobních prožitků dosáhnout ovlivnění psychiky ve smyslu uvědomění si svého psychosomatického „Já“ a jeho možností. Kinezioterapeutické programy působí na změnu prožívání a chování nemocného a mohou mu pomoci nalézt vědomí vlastní pohyblivosti, psychosomatické jednoty, obnovit pozitivné sebezpřijetí, integritu, emoční spontaneitu, tvořivost, tělesnou symboliku a schopnost komunikace. Zdůrazňovány jsou ze začátku neverbální projevy a postupně je vyvolávána potřeba komunikace (Hátlová & Adámková, 2009, p. 672). K dosažení léčebných výsledků využívá těchto prostředků: aktivně prováděný pohyb mimo pohyby pracovní povahy, vytvoření terapeutického vztahu, učení, podněcování emocí, práce s neverbální formou chování a interakce ve skupině (Hátlová, 2003, p. 35).

Kinezioterapie může být podle Hátlové (2003, pp. 42-44) aplikována v těchto formách:

- **Integrativně zaměřená kinezioterapie.** Zaměřuje se na procítění vlastního tělesného schématu jako nedělitelné jednoty a na dosažení zakotvení vlastního „Já“ ve vnějším světě. Nejvýznamnější je zde prožitek celistvosti. Později se klade důraz na procítění částí těla v klidu a v pohybu.
- **Koncentrativně zaměřená kinezioterapie.** Vede k vědomému sledování prováděného pohybu a jeho účinku. Reguluje dýchání, svalový tonus. Důraz je kladen na kvalitu provedení, prožívání vlastního pohybu a vlastní sebekontrolu.
- **Kinezioterapeutické aktivně relaxační programy.** Zaměřují se na iniciaci kognitivních a emocionálních procesů. Cílem je navození pozitivního prožívání sebe sama, pozitivní emocionální prožitek a uvolňování napětí.
- **Kinezioterapeutické aktivující (aktivační) programy.** Snaží se obnovit a rozvíjet pohybové možnosti pacientů. Zaměřují se na iniciaci kognitivních procesů a motorických dovedností. Důraz je kladen na přesnost provádění pohybů a pozitivní prožitek ze zvládnutí pohybové dovednosti.
- **Kinezioterapeutické programy zvyšující sebedůvěru a důvěru v druhé.** Cílem je ověřování vlastních schopností a možností při cvičení v malých skupinách a důraz je kladen na zvládnutí úkolu.

- **Kinezioterapeutické komunikativní programy.** Vycházejí z předpokladu snadnějšího navázání kontaktu pomocí neverbální komunikace. Důraz je kladen na prožívání spoluúčasti a akceptace okolím, na iniciaci kognitivních a komunikačních schopností.
- **Terapeutické užití sportovních cvičení.** Využívají především pravidel prováděných cvičení, která je potřeba dodržovat. Důraz se klade na přesné dodržování příkazů a zákazů k uvědomění si řádu a hranic jako jistoty.

Fyzická aktivita zvyšuje účinnost psychologických intervencí. Cvičení má pozitivní efekt na psychické problémy a také je důležitou komponentou při zlepšení kvality života a zvládnutí symptomů psychického onemocnění (Probst & Skjærven, 2017, p. 5). Podle Blake (2010, p. 282) je pohybová terapie v porovnání s medikací a psychoterapií relativně levná forma intervence a z dlouhodobého hlediska ji může pacient provádět také mimo tradiční lékařské prostředí, což podporuje koncept „sebe-pomoci“ u lidí s dlouhodobými chronickými problémy.

4. POHYBOVÁ TERAPIE V LÉČBĚ ZÁVISLOSTÍ

Využívání tělesných aktivit při léčbě návykových nemocí má v českých zemích díky aktivnímu atletovi doc. Jaroslavu Skálovi dlouhou tradici. Někteří z jeho bývalých pacientů si běh oblíbili natolik, že se mu soustavně věnovali i po skončení léčby (Nešpor, 2005, p. 54).

Neexistuje mnoho zdrojů zabývajících se tematikou pohybové terapie konkrétně v léčbě závislostí v české ani v zahraniční literatuře. Nicméně v poslední době zájem o tohle téma stoupá a je prokázáno, že pohybová terapie je velmi důležitou součástí v rehabilitaci závislostí. Rešerše dostupné literatury byla zpracována v bakalářské práci autorky této diplomové práce – konkrétně v kapitolách Prospěšnost pohybové aktivity a kinezioterapie v léčbě závislostí a Zdravotní komplikace závislosti a možnosti využití fyzioterapie při jejich léčbě (Adamíková, 2017, pp. 35-46). Pohybová aktivita jako součást rehabilitace závislých funguje jako prevence relapsu, snižuje craving, pomáhá zvládat negativní vliv stresu. Cvičení způsobuje uvolňování endogenních opiátů v nervovém systému, které způsobují pozitivní ovlivnění nálady a může to tak do určité míry nahradit pocit po užití drogy (Brown et al., 2010; Nešpor, 2017; Weinstock et al., 2012).

Způsob a metody kinezioterapie musí být voleny s ohledem na osobnost pacienta, jeho aktuální psychosomatický stav, průběh léčby a individuální schopnosti akceptace jednotlivých terapií. Pro provádění kinezioterapie v léčbě závislostí jsou důležité následující zásady: vyjádření pozitivního vztahu, podpora sebedůvěry závislého, získání zájmu závislého o terapii, zdůraznění

rozpor mezi aktuálním chováním závislého a jeho představami o sobě, nepřipustit konflikt s pacientem. Úkolem terapeuta je vytvořit prostředí, které usnadní pacientovu motivaci ke změně (Hátlová, 2003, p. 92-94).

Dle Nešpora (2005) je v léčbě závislostí vhodnější využití nesoutěživých cvičení a takových cvičení, jejichž cviky nebo varianty cviků lze volit s ohledem na specifické možnosti jednotlivých pacientů. Nesoutěživé cvičení je dle něj užitečné také jako prevence úrazů, jelikož k úrazům mají závislí značný sklon. Soustředění na uvědomování si vlastního těla a tělesných pocitů navíc chrání otřesené sebevědomí mnoha závislých pacientů. Právě Nešpor je v České republice průkopníkem v aplikaci jógy v léčbě závislostí. Podle něj je velmi vhodná, jelikož její důležitou součástí je relaxace. Jógové relaxační techniky mají vliv na zlepšení duševního stavu pacientů léčených na oddělení závislostí, zlepšení úzkostí a depresí a také na zmírnění bolestí různého původu, při poruchách spánku a v řadě dalších indikací, kde může nahrazovat užívání návykových léků (Nešpor, 2005, pp. 54-55).

Jeden z hlavních fyzických dopadů užívání návykových látek je svalová dekonďice a oslabení. Fyzioterapie může být jako součást komplexního léčebného programu nápomocná u jednotlivců s chronickými problémy s chůzí či rovnováhou, nebo u těch, kteří jsou v celkové dekonďici z důvodu snížené aktivity v období užívání návykových látek a v počátečních fázích léčby. Cvičení napomáhá k nabytí svalové hmoty a zvýšení svalové síly. Fyzioterapeut může pacientům pomoci také od akutních bolestí pohybového aparátu pomocí skupinových i individuálních cvičení (Adamíková, 2017, p. 44). Podle Hátlové (2003, p. 94) je účinnost kinezioterapie vyšší, probíhá-li v malých skupinách do 12 osob.

5. APOLINÁŘSKÝ MODEL LÉČBY ZÁVISLOSTÍ

Apolinářský model léčby, který má u nás již dlouhou historii, je do dnešní doby uplatňován jak v České republice, tak i v zahraničí, napříč různými typy služeb, včetně těch doléčovacích.

Apolinářský (Skálův) model léčby závislostí je model, který vznikl u nás a byl rozvíjen doc. MUDr. Jaroslavem Skálou, který založil v roce 1948 při psychiatrické klinice dnešní 1. lékařské fakulty UK a VFN první specializované lůžkové oddělení pro studium a léčbu alkoholismu, známé jako Apolinář (dnešní Klinika adiktologie). O deset let později bylo oddělení rozšířeno i na další toxikomanie vytvořením Střediska drogových závislostí. Jaroslav Skála (1916 – 2007) byl průkopník (československé) adiktologie a jedna z klíčových postav naší psychoterapie. Vytvořil

do značné míry nezávislou a originální koncepci, která se během dekád rozšiřovala a obohacovala o nové podněty. Apolinářský model spojuje zásady terapeutické komunity a behaviorální přístupy, projevující se zejména v náročném léčebném režimu s bodovacím systémem. Bodovací systém byl v Apolináři zaveden v roce 1952. Bodovací systém slouží ke zpětné vazbě, tedy k informaci o úspěchu či neúspěchu, pokroku nebo stagnaci v léčbě. Pro pacienta je bodovací systém uspokojující i frustrující, přináší mu odměny i tresty, aktivizuje jej, staví ho před konflikty a nutí jej k jejich řešení. Neustálá stimulace, aktivizace i kontrola znamenají pro pacienta permanentní tréninkovou zátěž (Kalina, 2013, pp. 447-448 ; Klimešová, 2017, pp 2-7).

Dle Kaliny (2013, p. 502) má bodovací systém následující cíle:

1. Posilovat žádoucí a oslabovat nežádoucí chování ;
2. Poskytovat pacientovi jednoduchou informaci o tom, "jak si stojí";
3. Rozpoznat pobyty účelové či jinak méně smysluplné;
4. Motivovat pacienta k přijetí zodpovědnosti za skupinu;
5. Udržet v léčbě spořádané prostředí.

Bodovací systém začal tak, že se nejprve začala bodovat práce a pořádek pacientů. Za splnění požadovaných úkolů bylo jako odměna umožnění vycházky. V průběhu času byly do bodovacího systému zahrnovány další body za plnění léčebného programu – posuzováno bylo psaní deníku, elaborátů, plnění funkcí. Nakonec se jednou týdně kladné a záporné body sčítaly, jak za jednotlivce, tak za světnice (malé skupiny). Když vše klapalo, pacient mohl jít na vycházku, případně byla zkrácena nebo neumožněna. Požadavek byl, aby byl apolinářský režim důsledný, náročný a výživný. Byl přísný, ale spravedlivý, jelikož se nečinily rozdíly ani výjimky. Bodovací systém pacienta trénoval k absolvování a zvládnutí nepříjemných prožitků bez požití drogy. Skála věřil, že kdyby nebylo bodování, byl by celý chod léčebného režimu u Apolináře daleko obtížnější (Skála, 1998, pp. 149-152). Dle Pecinovská et al. (2020) je bodovací systém primárním ukazatelem rehabilitace jednotlivce i kolektivu.

Principy terapeutické komunity v modelu léčby závislostí byly aplikovány jako první nejen u nás, ale jako jeden z prvních na světě vůbec. Apolinářský model zdůrazňuje individuální odpovědnost pacientů, což je v léčbě závislostí pravidlem, ale i odpovědnost kolektivní. K dalším důležitým složkám modelu patří pravidelná shromáždění komunity, skupinová terapie a práce s rodinou. Mezi důležité složky Apolinářského modelu léčby patří také posilování fyzické zdatnosti a kondice pacienta (Kalina, 2001; Jeřábek, 2008, pp. 66-67; Klimešová, 2017, pp. 2-6).

Docent Skála, který byl absolventem lékařské fakulty, ale i tělovýchovného institutu, a jakožto celoživotní sportovní nadšenec, zavedl pohybovou aktivitu jako důležitou součást apolinářské léčby. Již od roku 1948 zařazoval do léčby gymnastické rozcvičky a od roku 1965 běh a další sportovní cvičení (jako turistické pochody, cvičení v tělocvičně, volejbal). Pacienti při pohybových aktivitách vedli tělocvikáři a koncem 70. let naběhal apolinářský pacient během svého 13-týdenního pobytu kolem 100 km. Dle Skály nešlo o závodění, ale přemáhání sebe sama a práci na sobě. Systém léčby závislosti dle apolinářského modelu chce dostat pacienta do lepší fyzické kondice, což napomáhá zvýšení odolnosti vůči fyzické a psychické zátěži. V almanachu Zápisy z Apolináře z roku 1989 je možno najít "běžecké desatero", které vysvětluje, jak může běh přispívat k psychické výzbroji člověka nejen trpícího závislostí na alkoholu. Podle Skály to platí pro každého, kdo běhá uvědoměle a umí z tělesného pohybu získávat potřebné zdroje pro svoji psychiku, zvýšení její kondice a pro rozvoj celé osobnosti. Ten, kdo běhá, lépe poznává své tělo, prožívá své tělesné pocity a reflektuje tělo ve své psychice (Hátlová, 2003, p. 92; Skála, 1998, p. 157-161). Znění desatera je následující:

Člověk při joggingu:

1. Musí spoléhat sám na sebe.
2. V akci se učí poznávat, kolik je v něm ještě sil a přesvědčuje se o aktuální omezenosti těchto sil.
3. Sám a vědomě si může vytvářet model krize, tj. okolnost selhávání a vzdání se čili rezignace.
4. Uvědomuje si, že ve chvílích krize je velmi často sám, ne-li vždycky.
5. Podlehne-li krizi, nemá to tragické důsledky, protože ono podlehnutí může být motivací a popudem, aby příště nepodlehl.
6. Překonává a překoná-li krizi, získává vysoce posilující, protože gratifikující a euforizující prožitek.
7. Vzniku této krize může předcházet a učí se jí přecházet vlastní aktivitou, tj. přípravou a tréninkem.
8. Učí se schopnosti oddálit a odložit puzení k rezignaci, učí se nevyhovět impulsům, tj. vzepřít se mu.
9. Pracuje v situacích náročných a nepříjemných, tj. frustrujících, aby dosáhl opaku, tj. gratifikace: to vše si znovu a znovu uvědomuje.
10. Hromadí zkušenosti, které vedou ke zvýšení sebedůvěry a sebeúcty (Zápisy z Apolináře, 1989).

Klimešová (2017, p. 44) ve své akademické rešeršní práci uvádí, že autoři se shodují na tom, že pacient by po léčbě měl aktivně spolupracovat, zúčastňovat se doléčování, udržovat spojení a měla by být zřejmá jeho akceptace terapeutické atmosféry, přijetí norem, zpracování terapeutických návrhů, nabytí pozitivních korektivních zkušeností ideálně i včetně proklamované identifikace s terapeutem. Tito autoři se zároveň shodují, že období po léčbě je z prognostického hlediska významné a stěžejní. Skála et al. (1973, p. 307) uvádí jako jednu z nejdůležitějších disciplín myslet již během léčby na doléčování. Tohle je součástí tzv. apolinářského desetiboje, který sestává z následujících disciplín:

1. angažovat se – získávat produktivní náhled,
2. “platit” léčbu úsilím,
3. naučit se brát, ale i dávat,
4. brát na sebe odpovědnost,
5. a získávat tak zdroje gratifikace,
6. nebát se ani zátěže fyzické a naložit si kolik unesu,
7. postupně získávat sebedůvěru a sebeúctu a později věřit druhým a v druhé,
8. akceptovat zákon naprosté a trvalé abstinence,
9. pracovat na změnách ve svém hodnotovém žebříčku,
10. již během léčby myslet na doléčování (Skála et al., 1973, p. 307).

Jaroslav Skála byl také průkopníkem v práci s rodinnými příslušníky závislých v léčbě. V roce 1967 vzniklo v Apolináři Středisko pro mládež a rodinnou terapii – první takové centrum ve střední a východní Evropě. Skála zdůrazňoval význam práce s rodinou zejména z těchto důvodů:

- práce s rodinou pacienta připravuje prostředí příznivé pro abstinenci;
- práce s rodinou zabraňuje, aby se škodlivé návyky šířily do další generace (Skála a kol., 1987, podle Čtrnáctá, 2015, pp. 492-493).

6. DOLÉČOVACÍ PROGRAM JAKOŽTO SOUČÁST LÉČBY ZÁVISLOSTÍ

Doléčování je jedna ze služeb následné péče. Společným cílem služeb následné péče je pomoci klientovi po ukončené léčbě překlenout období přechodu zpět do normálního života a připravit jej na problémy s tím spojené, udržet změny v životním stylu a chování dosažené v léčbě a stabilizovat jej tak, aby byl schopen fungovat ve společnosti (Pavlovská & Makovská

Dolanská, 2015, p. 471). Kalinovo (2001) pojetí vycházející z bio-psycho-sociálního modelu definuje doléčování jako soubor všech služeb, které následují po ukončení základního léčebného programu (psychiatrická léčebna, terapeutická komunita, atd.) a zahrnuje celé spektrum intervencí, které jsou nezbytné ke zdárnému dokončení procesu úzdravy ze závislosti na návykových látkách.

Doléčovací programy jsou ambulantní zařízení, která mohou nabízet své služby formou ambulantních skupin 1x týdně nebo se může jednat o intenzivní strukturovaný program, doplněný volnočasovými aktivitami. Cílem je podpora a udržení abstinence, získání a prohlubování znalostí a dovedností, jak předcházet relapsu, podpora osobního růstu a změn v sebepojetí (Pavlovská & Makovská Dolanská, 2015, p. 471; Těmínová, 2008, pp. 382-383).

Služby následné a doléčovací péče jsou dle Zákona č. 379/2005 Sb. o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami definovány ve 20. paragrafu jako programy, které zajišťují zdravotnická zařízení a jiná zařízení, které obsahují soubor služeb, jež následují po ukončení základní léčby a pomáhají vytvářet podmínky pro udržení abstinence.

V zákoně č. 108/2006 o sociálních službách jsou služby následné péče definovány jako ambulantní nebo pobytové služby poskytované osobám s chronickým duševním onemocněním a osobám závislým na návykových látkách, které absolvovaly lůžkovou péči ve zdravotnickém zařízení, absolvovaly ambulantní léčbu nebo se jí podrobují, nebo osobám, které abstinují. Služba obsahuje sociálně terapeutické činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím a pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Strukturované programy intenzivního doléčování jsou určeny abstinujícím osobám s anamnézou závislosti na návykových látkách nebo problematikou patologického hráčství s doporučenou minimální dobou abstinence 3 měsíce. Doléčovací programy jsou částečně založeny na formě odpoledních stacionářů, v délce minimálně 6 měsíců. Služba je poskytována jako zdravotní a/nebo sociální. (Libra, 2015, p. 60). Hlavní náplní služby je komplexní multidisciplinární terapeutický proces zaměřený na udržení abstinence, navození motivačních změn a psychické i somatické stability a na prevenci relapsu. Terapeutický proces doléčovacího programu vychází z komplexního zhodnocení stavu pacienta provedeného před přijetím do vlastního strukturovaného programu (Miovský, 2013, pp. 50-51).

Doléčovací program je řízen kvalifikovaným odborným pracovníkem, s praxí minimálně 3 roky v léčení závislostí, skupinové a/nebo individuální psychoterapii, rodinné terapii nebo v obdobném typu služeb. Formální požadované vzdělání vedoucího je vysokoškolské ve zdravotnickém, psychologickém, sociálním či pedagogickém směru. (Libra, 2015, p. 60). Dle Kudy (2008, p. 221) je v následné péči naprosto nezbytná spolupráce multidisciplinárního týmu. Tým by měl být budován na základě potřeb klientů, nicméně není nezbytně nutné saturovat veškeré jejich potřeby v rámci jednoho programu. Měla by však existovat spolupráce mezi jednotlivými zařízeními.

V programu následné péče se setkáváme s pestrými symptomatologiemi klientů. Často se vynořují nová témata, kterých se klient v průběhu léčby nedotkl, nebo je považoval za vyřešené (Kuda, 2008, p. 218)

6.1. NÁVAZNOST A PRŮBĚH DOLÉČOVACÍHO PROGRAMU

NÁVAZNOST NA PROGRAMY NÁSLEDNÉ PÉČE

Doléčovací program, respektive následná péče je součástí komplexního systému léčebné péče pro osoby s problémem závislosti. Programy následné péče obvykle navazují na základní léčbu, ať střednědobou v psychiatrických nemocnicích či ambulancích, nebo dlouhodobou v terapeutických komunitách. Je nezbytná spolupráce doléčovacích zařízení s dalšími institucemi, protože vzhledem ke komplexnosti problémů klienta nemusí být vždy tato zařízení schopna zajistit kvalifikovanou péči ve všech oblastech (Pavlovská & Makovská Dolanská, 2015, p. 477).

V tradičním pojetí léčby závislostí je mezi základní léčbou a následnou péčí ostrá hranice a spousta klientů do doléčovacího programu nenastoupí, nebo v něm nevydrží. Bezpochyby je v léčebném prostředí určitá izolace klienta od okolního světa nezbytná, měl by však i přesto být neustále konfrontován s „vnější realitou“, protože jinak často dochází k odkládání řešení problémů. Léčebné prostředí vytváří jakýsi „mikrosvět“, který se často podílí na vytvoření falešného sebevědomí klienta. Následná péče je tedy velmi důležitá součástí celkové rehabilitace a díky ní může být klient integrován do podmínek normálního života snadněji (Kuda, 2008, pp. 222-223).

VSTUP DO DOLÉČOVACÍHO PROGRAMU

Dle standardů odborné způsobilosti je vstup do služby doléčovací program podmíněn:

- **Zhodnocením stavu pacienta/klienta.** Jsou stanoveny postupy a kritéria, které indikují potřebnost a vhodnost programu pro pacienty/klienty a jejich zařazení do pořadníku čekatelů. Služba zjišťuje základní anamnestické údaje a očekávání zájemce o službu, aby zjistila, zda patří do její cílové skupiny. Služba stanovuje délku období jednání se zájemcem o službu na základě svých možností a potřeb cílové skupiny.
- **Lékařským vyšetřením.** Psychiatrické vyšetření a orientační somatické vyšetření se provádí u každého pacienta/klienta, jde-li o zdravotnické zařízení. Je-li program poskytován jako sociální služba, musí být lékařské vyšetření u lékaře dostupné v indikovaných případech. Další vyšetření je zajištěno v indikovaných případech s cílem stanovit závažnost somatických a psychiatrických komplikací pro posouzení vhodnosti a indikace specifického způsobu léčby nebo jiné odborné péče se souhlasem pacienta/klienta.
- **Uzavřením dohody/smlouvy s klientem o poskytování služby,** která může mít podobu informovaného souhlasu. Rozsah a cíl dohody/smlouvy je přiměřený možnostem a charakteru služby, které chce zájemce o službu čerpat. Základní pravidla léčby jsou zpracována písemně a ve srozumitelné podobě přístupné pacientům/klientům. Pravidla definují klíčové situace, při jejichž porušení dochází zpravidla k přerušování léčby a stanoví tomu příslušný postup. Podle těchto pravidel služba postupuje a jedná. Pacient/klient je při vstupu do léčby s pravidly léčby prokazatelně seznámen. Pravidla jsou mu k dispozici po celou dobu léčby (Libra, 2015, pp. 61-62).

PRŮBĚH LÉČBY V DOLÉČOVACÍM PROGRAMU

- Do 10 dnů od přijetí pacienta do programu probíhá zhodnocení stavu pacienta/klienta, jehož součástí je zhodnocení psychosociálního fungování pacienta/klienta (včetně rodinného zázemí, pracovní anamnézy, právního postavení atd.) a stanovení plánu odborné péče. Rozsah komplexního zhodnocení pacienta/klienta je předem stanoven a výstup je písemně zaznamenán.
- Do 28 dnů po přijetí pacienta/klienta je zpracován individuální léčebný plán - s ohledem naindividuální podmínky a přítomnost komplikujících faktorů v oblasti somatické i psychosociální. Plnění individuálního plánu je společně s pacienty/klienty pravidelně hodnoceno a plán je pravidelně revidován/hodnocen v závislosti na průběhu a frekvenci

kontakty s pacientem/klientem. Konkrétní lhůty pro hodnocení a revizi plánu a způsob jeho dokumentování stanovuje služba písemně. Služba se stanoveným postupem řídí.

- Léčebný proces je průběžně monitorován. Každý pacient/klient má určeného kvalifikovaného pracovníka (garanta), odpovědného za vedení případu, který pravidelně hodnotí společně s pacientem/klientem plnění léčebného plánu (minimálně 1x měsíčně) a písemně o tom provádí v přiměřených (a písemně stanovených) intervalech záznam v dokumentaci pacienta/klienta.
- Každý pacient/klient se účastní programu v rozsahu stanoveném individuálním plánem podle závažnosti problému a fáze účasti v programu. Služba má stanoven nezbytný rozsah účasti pacienta/klienta na skupinových a individuálních aktivitách.
- Vedení dokumentace: Individuální dokumentace (chorobopis/osobní spis) pacienta/klienta eviduje podrobně individuální léčebný proces. Vedle toho je podrobně zaznamenáván průběh společných strukturovaných aktivit (zápisy ze skupin apod.). Veškerá dokumentace s osobními a citlivými údaji pacienta/klienta je důvěrná a zabezpečená proti zneužití, služba má písemně popsány způsoby, jak dokumentaci s údaji pacienta/klienta zabezpečuje a jak je s nimi nakládáno (Libra, 2015, pp. 62-64).

UKONČENÍ SLUŽBY

Ukončení a přerušování léčby je plánováno s cílem zabezpečit samostatné fungování pacienta/klienta v běžném životě. Postupy služba blíže písemně specifikuje s ohledem na místní podmínky a skladbu pacientů/klientů. Uvedené postupy mimo jiné zahrnují pravidla pro možnost opakovaného využití služby. Uvedenými postupy se služba řídí. Závěrečné zhodnocení týmem nebo garantem probíhá při každém propuštění pacienta/klienta a to i při předčasném ukončení programu z disciplinárních důvodů nebo z důvodů návratu k drogové kariéře. Pacient/klient je srozumitelně informován o potřebě a možnostech další péče a jsou mu doporučena pracoviště, kde mu může být poskytnuta a na žádost pacienta/klienta vždy vystaví písemnou závěrečnou zprávu o poskytnuté péči. (Libra, 2015, p. 64).

6.1.1. REZIDENČNÍ KRÁTKODOBÁ / STŘEDNĚDOBÁ LÉČBA ZÁVISLOSTÍ

Tato diplomová práce se zabývá doléčovacím programem, jež následuje jako součást následné péče pro pacienty, kteří absolvovali rezidenční střednědobou léčbu závislostí, konkrétně na oddělení závislostí na Klinice Adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze. Tato podkapitola slouží

k popisu tohoto typu služby. Velké množství střednědobých léčebných rezidenčních programů v České republice zakládá svůj program na apolinářském modelu léčby závislostí.

Rezidenční (ústavní) krátkodobá či střednědobá odvykací léčba je lůžková léčba problémových uživatelů a závislých ve zdravotnických zařízeních oboru psychiatrie v obvyklém rozsahu týdnů až několika měsíců, dle Standardů odborné způsobilosti 5 až 24 týdnů. Lůžková oddělení krátkodobé či střednědobé léčby jsou specializovaná oddělení pro léčbu závislostí v rámci psychiatrických léčeben či nemocnic, nebo se může jednat o psychiatrickou léčebnu specializovanou na léčbu závislostí. Program ústavní léčby je strukturován, obsahuje terapeutické aktivity zdravotnické, psychoterapeutické, výchovně-režimové, resocializační, volnočasové a další. Cílem služby je práce s motivací ke změně, dosažení a udržení abstinence, stabilizace psychického a somatického vztahu a resocializace pacienta. Cílovou skupinou jsou osoby závislé na návykových látkách a patologií hráči, často s přítomností psychiatrických či somatických komplikací. Služba navazuje na akutní lůžkovou péči (například detoxifikaci), ale je možný i přímý vstup do služby, pokud to zdravotní stav pacienta dovoluje. Před každým propuštěním pacienta je vypracován plán následné péče a sociálního začlenění, a to i při předčasném ukončení léčby z disciplinárních důvodů. Minimálně je pacient srozumitelně informován o potřebě další péče a jsou mu doporučena pracoviště, kde ji může získat (Libra, 2015, pp. 48-51; Miovský, 2013, pp. 52-53).

6.2. HLAVNÍ KOMPONENTY DOLÉČOVACÍHO PROGRAMU

Dle standardů odborné způsobilosti (Libra, 2015) obsahuje doléčovací program tyto komponenty:

- **Poradenství.** Základní poradenství je nedílnou součástí doléčovacího programu. Týká se zdravotního a psychického stavu pacienta/klienta, zdravotní a sociální oblasti, informací o jiných odborných zařízeních a službách, poradenství před a po testování na HIV a hepatitidy.
- **Základní zdravotní péče.** Ve zdravotních službách je prováděna lékařem nebo kvalifikovanou zdravotní sestrou u běžných somatických komplikací. Sociální služby pomáhají klientům využívat dostupný systém zdravotní péče v dané lokalitě. Služba písemně stanovuje, jakým způsobem to provádí, a stanoveným postupem se řídí.
- **Psychoterapie.** Skupinová a individuální terapie (a případně i práce s rodinou) je vedena kvalifikovanými pracovníky. Cíle a metody jsou voleny s ohledem na potřeby pacienta/klienta

a na plánovanou dobu vzájemné spolupráce. Služba má písemně stanoveny intervaly skupinových a individuálních aktivit a jejich časovou dotaci.

- **Farmakoterapie.** Ve zdravotních službách farmakoterapie slouží k ovlivnění základního onemocnění, léčbě psychických a somatických komplikací, komorbidit a ke zvládnutí syndromu z vysazení návykové látky. Provádí je výhradně lékař podle příslušných předpisů a zásad správné léčebné praxe. Ve službách sociálních je možné vydávat vybrané léky, jako např. Antabus. Děje se tak jen na žádost pacienta/klienta, výhradně s vědomím jeho ošetřujícího lékaře a na jeho doporučení. Konkrétní postupy v oblasti farmakoterapie ve službách poskytovaných jako sociální jsou poskytovatelem stanoveny písemně a pracovníci se stanovenými postupy řídí.
- **Toxikologická vyšetření.** Pravidelná a náhodná toxikologická vyšetření na přítomnost metabolitů návykových látek v těle jsou prováděna u všech pacientů/klientů strukturovaného programu. Tento postup musí být součástí léčebné dohody/smlouvy a pacientům/klientům musí být objasněn jeho cíl. Služba stanovuje postup vyšetření, který je zpracován s ohledem na zajištění bezpečného bezdrogového prostředí programu a na zachování důstojnosti vyšetřovaných pacientů/klientů.
- **Sociální práce.** Cílem je sociální začlenění pacienta/klienta (např. v oblasti rodinných vztahů, bydlení, studia, zaměstnání), k dílčím cílům patří stabilizace sociálních podmínek pacienta/klienta pro jeho sociální integraci do většinové společnosti a vytrvání v abstinenci. Sociální rehabilitace slouží k optimalizaci psychických, somatických a sociálních kapacit pacienta/klienta a k osvojení zdravých způsobů trávení volného času. Služba má písemně stanoveny, jaké prostředky a metody práce pro sociální začleňování pacientů/klientů používá.
- **Prevence relapsu.** Provádí se u všech pacientů/klientů. Program prevence relapsu je neoddelitelnou součástí doléčovacího programu a jeho strukturovaných aktivit, služba má písemně stanoveny, jak s prevencí relapsu pracuje.
- **Práce s rodinou.** Práce s členy rodiny a partnery je prováděna dle individuálních podmínek a možností služby a s ohledem na potřeby pacientů/klientů individuální nebo skupinovou formou. Cílem je poskytnout orientaci v problémech doléčování, abstinence a sociální integrace a se zaměřením na co nejlepší fungování rodiny.
- **Krizová intervence.** Součástí pravidel strukturovaného programu je i zabezpečení pomoci v případě krizí. Služba stanovuje, jak a jakými zdroji bude pacientům/klientům zajištěna krizová intervence (Libra, 2015, pp. 62-64).

Podle Těmínová (2008, pp. 382-383) a Pavlovská & Makovská Dolanská (2015, pp. 474-476) zahrnuje doléčovací program také **nabídku volnočasových aktivit**. Důležitým cílem léčby i doléčování je naučit závislé trávit volný čas bez drog a užívat si to. Je zásadní, aby si kromě zaplňování dne povinnostmi našli i činnosti, které je baví. Je důležité nabídnout jim různé alternativy trávení volného času, což napomáhá integraci do normálního života, a podporovat jejich samostatnost a nezávislost na dalších osobách v této oblasti

6.3. SVĚPOMOCNÉ SKUPINY A ORGANIZACE

Absolventi léčby závislostí, kterým se daří abstinovat, se často setkávají prostřednictvím tzv. svěpomocných skupin a socioterapeutických klubů jakožto součást doléčování. V oboru adiktologie je tento způsob intervence považován za jeden z neúčinnějších nástrojů a zahrnuje velmi široký rámec nejrůznějších druhů a způsobů aktivit. Je to forma podpory, kterou může závislý získat mimo formální systém péče. Asi nejznámější celosvětové svěpomocné hnutí jsou Anonymní alkoholici (AA) zahrnující osoby, které mají problémy s alkoholem či jinými návykovými látkami nebo obecně se zdraví škodlivými návyky, a chtějí je překonat. Anonymní alkoholici vznikli v roce 1935. Koncepce programu AA spočívá v pomoci jednoho problémového pijáka druhému, a to zejména ve stresových situacích. Základem AA je model 12 kroků, jež představuje zásady, které fungují jako vodítko k abstinenci. Po vzoru Anonymních alkoholiků vznikly organizace pracující na podobných principech, např. Anonymní narkomané (NA) a Anonymní hazardní hráči (GA) (Millerová, 2011, pp. 240-241; Vobořil & Kalina, 2003, pp. 84-89).

V roce 1989 byla oficiálně založena první česká skupina AA a v současné době působí v České republice 67 skupin AA (Anonymní alkoholici, 2020).

Hlavními principy svěpomocné skupiny jsou oslabení izolace, vzájemná podpora, vytvoření sociálních vztahů a skupinová psychoterapie bez přítomnosti terapeuta. Tím, že člověk je vytržen z řešení vlastního problému a orientuje se na problémy druhých, posiluje sám svoje sebevědomí a chuť řešit vlastní problémy. Členové svěpomocných skupin se na setkání učí novým strategiím zvládání každodenních problémů. Navštěvování svěpomocných skupin má významný vliv na udržení abstinence a přináší členům větší pocit sounáležitosti (Čablová, 2012). Svěpomocné skupiny mohou klientovi také nabídnout jakýsi pocit rodinné sounáležitosti. Skupina může klientům, kteří mají rodinné problémy, poskytnout náhradní rodinu prostřednictvím podpory

bez přítomnosti kritiky nebo výčitek, vyjádřit pochopení a sdílet možnosti, jak rodinné záležitosti efektivně řešit (Lawson et al., 2001, podle Millerová, 2011, pp. 239-240).

7. ROZDÍLY MEZI LÉČBOU ŽEN A MUŽŮ

Rozdíly v prožívání mezi muži a ženami jsou mimo jiné dány odlišnou emoční výchovou chlapců a dívek. Ženy jsou v podstatně vyšší míře závislé na emočním prožívání než muži. Učí se vnímat, rozpoznávat a řešit citové vztahy, jednat na podkladě emočně vztahových prožitků. Chlapci se učí zlehčovat vlastní pocity i vnímané pocity druhých. Jsou připravováni na nutnost podávání výkonu, vzájemnou soutěž a zvládání rizika. Uspokojování potřeb mužů a žen je z těchto důvodů odlišné a terapeutické programy musí tuto odlišnost respektovat (Hátlová, 2003, p. 97). Programy pro ženy by měly být komplexnější, reagovat na soubor problémů, které ženy-uživatelky drog obvykle řeší. Vznik závislosti a průběh užívání se u žen výrazně liší, stejně tak jako průběh léčby. Do terapeutických programů jsou méně často přijímány a častěji z nich předčasně odchází. U klientek se ve větší míře setkáváme s traumatizací, zneužíváním a prostitucí. Uživatelky bývají často také bulimičky (Preslová, 2015, pp. 560-565). Specifičnost ženské klientely je způsobena také fenoménem „dvojí deviance“, kdy žena – uživatelka je považována za deviantní nejen pro samotné užívání drog, ale zároveň selhává ve své ženské roli, především jako matka. Společenské odsouzení pak vyvíjí tlak, který ženám brání vystoupit z anonymity (Kalina, 2008, p. 265)

V druhé polovině 20. století bývala obvyklá léčba žen závislých na alkoholu o měsíc delší než u mužů. U Apolináře, resp. V Lojovicích, byla zahájena specializovaná léčba žen až v roce 1971 uzpůsobením Apolinářského modelu pro muže. Zařízení určená výhradně pro ženskou klientelu jsou určitě vhodná, a pokud jde o koedukované oddělení či komunitu, je vhodné alespoň zařazení oddělených ženských a mužských skupin (Preslová, 2015, pp. 560-565). Tyto genderové skupiny přispívají k odhalování specifických témat žen a mužů a vedou k lepšímu porozumění vlastní i druhé genderové identitě. Také složí ke sdílení společných zájmů a zkušeností v bezpečném prostředí (Kalina, 2013, pp. 421-422).

Muži jsou také specifická cílová skupina. Mívají obecně vyšší sklon k sebevraždám, častější kriminální anamnézu a poruchy osobnosti disociálního typu. Muži nastupují do léčby častěji než ženy, déle se v ní udrží a častěji ji dokončí. Důvodem může být častější podpora muže v léčbě ze strany partnerky či rodiny. Specifika mužské klientely se projevují vnější agresivitou, dominantností, soupeřivostí a zároveň obtížemi s emočním vyjádřením a s odkrytím osobní

zranitelnosti. Časté jsou také poruchy identity a nejasná identifikace s vlastním tělem (Preslová, 2015, pp. 562-563).

Následující tabulka zobrazuje přehled hlavních specificky genderových témat:

Ženská skupina	Mužská skupina
stigmatizace, stud, pocity viny, dvojí deviace	absence pozitivních mužských vzorů
partnerské a rodinné vztahy a odpovědnosti	sklon skrývat nejistotu a strach z intimity a sexuality
těhotenství, potraty	neochota připouštět sexuální zneužívání a hovořit o něm
rizikové chování, prostituce	vztahy k autoritám
traumata, zneužívání, znásilnění, domácí násilí	agresivita, dominantnost, soupeřivost a jiné vzorce chování
problémy s duševním zdravím	obtíže s emočním vyjádřením a s odkrytím osobní zranitelnosti
životní a rodinné cykly	poruchy identity

Tab. č. 1: Přehled hlavních specificky genderových témat (Kalina, 2013, p. 421; Preslová, 2015, pp. 562-563).

Členové terapeutického týmu by se měli vyznačovat genderovou citlivostí vůči problémům žen i mužů a měli by usilovat o skutečně rovný přístup a nediskriminovat ani nefavorizovat muže či ženy. Také klienti by se měli identifikovat s druhými na základě poznání, že mají mnoho stejných problémů, pocitů a záležitostí spojených s užíváním drog bez ohledu na pohlaví (Kalina, 2013, p. 422).

8. FINANCOVÁNÍ FYZIOTERAPIE A AMBULANTNÍHO DOLÉČOVACÍHO PROGRAMU

Fyzioterapeutická péče je hrazena platbou za výkon z prostředků veřejného zdravotního pojištění podle seznamu zdravotních výkonů, kdy každý výkon má svou bodovou hodnotu. Tento seznam zdravotních výkonů vydává ministerstvo zdravotnictví prostřednictvím

vyhlášky (aktuálně č. 269/2019 Sb.). Základní podmínkou pro úhradu ambulantní fyzioterapeutické péče je, že ji pacientovi předepíše jeho ošetřující lékař na příslušný poukaz na vyšetření/ošetření (je označen 06/FT). Rehabilitaci jsou oprávněni předepsat jak praktičtí lékaři, tak ambulantní specialisté. Na poukazu 06/FT musí být uvedena přesná specifikace jednotlivých výkonů, cíl, kterého má být dosaženo atd. Musí být také dodrženo případné omezení frekvence poskytování některých výkonů, a to podle platného Seznamu zdravotních výkonů (Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR, 2021)

Způsob úhrady všech zdravotních služeb pro odbornosti psychiatrie, psychologie či adiktologie je stejná jako u ostatních odborností ve zdravotnictví. Ambulantní zdravotní služby jsou hrazeny platbou za výkon podle seznamu výkonů v bodech. Lůžkové zdravotní služby jsou hrazeny platbou za ošetřovací den. Kromě zdravotních služeb ovšem duševně nemocní využívají sociální služby. Zejména služby na hranici zdravotnictví a sociální oblasti se z hlediska financování často ocitají v jakémsi vzduchoprázdnu mezi oběma sektory, což je zdrojem komplikací pro poskytovatele těchto služeb a také pro samotné duševně nemocné pacienty (Broulíková et al., 2020, p. 34).

8.1. SEZNAM VÝKONŮ FYZIOTERAPEUTA

S účinností od 1. ledna 2020 vyšla vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 269/2019 Sb., kterou se mění vyhláška č. 134/1998 Sb., kterou se vydává Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami. Níže je uveden aktuální seznam výkonů prováděných fyzioterapeutem (ÚZIS ČR, 2016).

KOMPLEXNÍ KINEZILOGICKÉ VYŠETŘENÍ (KÓD: 21001)

Popis výkonu: Vyšetření prováděné fyzioterapeutem způsobným k výkonu povolání bez odborného dohledu. Obsahuje podrobné odebrání anamnézy s důrazem na pracovní a sociální část,

Čas	45 minut
Omezení	bez omezení
Body	449

ergonomické vyhodnocení, zhodnocení subjektivních obtíží s hlavním zřetelem k pohybovému aparátu. Vlastní kineziologické vyšetření zahrnuje objektivní vyšetření podle závažnosti postižení, s následnou diferencially-diagnostikou, klinickou rozvahou a se stanovením cílů fyzioterapie. Součástí výkonu je doporučení vhodných kompenzačních pomůcek dle stavu pacienta, jako i edukace pacienta. Výkon obsahuje i administrativní činnost s ním spojenou a zápis o celém postupu do dokumentace. Lze vykázat pouze 1x při zahájení kinezioterapie.

KINEZIOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ (KÓD: 21002)

Popis výkonu: Vyšetření prováděné fyzioterapeutem po získání odborné způsobilosti k výkonu povolání. Obsahuje odebrání anamnézy, zhodnocení subjektivních obtíží s hlavním zřetelem k pohybovému aparátu. Vlastní kineziologické vyšetření zahrnuje

Čas	30 minut
Omezení	bez omezení
Body	178

celkové objektivní vyšetření dle typu postižení z pohledu fyzioterapeuta, a v souladu s doporučením odesílajícího lékaře, s následným stanovením cílů fyzioterapie. Součástí výkonu je doporučení vhodných kompenzačních pomůcek dle stavu pacienta, jako i edukace pacienta. Výkon obsahuje i administrativní činnost s ním spojenou a zápis o celém postupu do dokumentace. Lze vykázat pouze 1x při zahájení kinezioterapie.

KONTROLNÍ KINEZIOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ (KÓD: 21003)

Popis výkonu: Kontrolní kineziologické vyšetření prováděné fyzioterapeutem dle typu postižení a pomocí zvolené vyšetřovací

Čas	20 minut
Omezení	bez omezení
Body	120

techniky odpovídající současnému zdravotnímu stavu pacienta zhodnotí odezvu organismu na zvolené fyzioterapeutické postupy a vyhodnocuje účinnost použitých postupů. Výkon obsahuje i administrativní činnost s ním spojenou a zápis o celém postupu do zdravotní dokumentace.

VYŠETŘENÍ S VYUŽITÍM POSTUROGRAFU (KÓD: 21004)

Popis výkonu: Vyšetření slouží k detekci rizika pádu, rozlišení deficitu instability s následnou možností cílené terapie, k objektivizaci balančních schopností pacienta a schopnosti aktivního přenosu zatížení na dolní končetiny a k objektivizaci efektu terapie. Indikačními skupinami jsou: pacienti ohroženi

Čas	45 minut
Omezení	specializované pracoviště
Body	769

rizikem pádu, s poruchou vnímání střední osy těla, neschopností aktivního přenosu zatížení na některou dolní končetinu, pacienti po amputacích dolních končetin, s poruchou stability vestibulární etiologie.

MOIRÉ VYŠETŘENÍ (KÓD: 21005)

Popis výkonu: Vyšetření opticky zachycující tvar a symetrie těla.

Čas	15 minut
Omezení	specializované pracoviště
Body	151

VYŠETŘENÍ S POUŽITÍM PŘÍSTROJE (KÓD: 21017)

Popis výkonu: Jde o funkční vyšetření oběhového, respiračního a pohybového systému pro účely léčebné rehabilitace.

Čas	15 minut
Omezení	specializované pracoviště
Body	153

POLYELEKTROMYOGRAFICKÉ VYŠETŘENÍ (KÓD: 21019)

Popis výkonu: Cíleně zaměřené vyšetření, sloužící k zhodnocení pohybových stereotypů pacienta a k výběru individuálních cviků dle výsledků vyšetření.

Čas	45 minut
Omezení	specializované pracoviště
Body	782

TERAPIE NA PŘÍSTROJÍCH S VYUŽITÍM PRINCIPU BIOLOGICKÉ ZPĚTNÉ VAZBY (KÓD: 21020)

Popis výkonu: Terapie je založena na biologické, většinou vizuální zpětné vazbě. Změna polohy pacienta je prostřednictvím pohybových senzorů snímána a přenášena na obrazovku před pacientem. To umožňuje pacientovi lépe koordinovat trénovaný pohyb, který je možné v rámci terapeutické jednotky vždy předem definovat v softwaru přístroje.

Čas	15 minut
Omezení	specializované pracoviště
Body	150

KINEZIOTERAPIE S VYUŽITÍM ROBOTICKÉ TECHNOLOGIE PRO VERTIKALIZACI A NÁCVIK CHŮZE (KÓD: 21030)

Popis výkonu: Pohybová terapie (kinezioterapie) založená na využití roboticky řízeného exoskeletu pro pasivní nebo asistovaný pohyb horních a dolních končetin. Přístroj umožňuje variabilně nastavit odlehčení segmentu nebo celého pacienta, včetně zcela plegického segmentu, části těla. Součástí terapie je využití biologické zpětné vazby (vizuální nebo zvukové).

Čas	30 minut
Omezení	specializované pracoviště
Body	478

KINEZIOTERAPIE S VYUŽITÍM ROBOTICKÉ TECHNOLOGIE - TERAPIE HORNÍ KONČETINY (KÓD: 21032)

Popis výkonu: Pohybová terapie (kinezioterapie) založená na využití roboticky řízeného exoskeletu pro pasivní nebo asistovaný pohyb horních a dolních končetin. Přístroj umožňuje variabilně nastavit odlehčení segmentu nebo celého pacienta, včetně zcela plegického segmentu, části těla. Součástí terapie je využití biologické zpětné vazby (vizuální nebo zvukové).

Čas	30 minut
Omezení	specializované pracoviště
Body	372

FYZIKÁLNÍ TERAPIE II (KÓD: 21113)

Popis výkonu: Galvanizace, iontoforéza, diadynamik, aplikace středofrekvenčních proudů (IF), ultrazvuk, magnetoterapie, podtlakové přístroje, intermitentní přístrojová komprese, přístrojové trakce, transkutánní elektrická nervová stimulace (TENS), parafinová lázeň, horká role, nebo tepelné nosiče. Klasické fyzikální úkony vyžadující určitou náročnost na čas a odbornost terapeuta: 15 minut. Kombinaci výkonů fyzikální terapie I - IV lze na 1 pacienta vykázat maximálně 4x za den.

Čas	15 minut
Omezení	pouze ambulantně
Body	73

FYZIKÁLNÍ TERAPIE III (KÓD: 21115)

Popis výkonu: Diatermie (krátkovlnná, mikrovlnná), Vasotrain, 4-komorová galvanická lázeň, elektroléčebná vana.

Čas	15 minut
Omezení	specializované pracoviště
Body	130

LOKÁLNÍ PŘÍSTROJOVÁ KRYOTERAPIE (KÓD: 21116)

Popis výkonu: Lokální kryoterapie s využitím přístrojové techniky je založená na využití negativního termálního šoku a následnými pozitivními účinky, které v léčebné terapii pacienta představují snížení svalových spasmů, působí protizánětlivě myorelaxačně, antiedematozně, zmenšují bolest, zlepšují pohyblivost kloubů.

Čas	20 minut
Omezení	specializované pracoviště
Body	140

FYZIKÁLNÍ TERAPIE IV (KÓD: 21117)

Popis výkonu: Speciální selektivní stimulace, stimulace oslabených svalů, myofeedback. Spec. výkony, které kladou vysoký nárok odborný i časový na terapeuta. Kombinaci výkonů fyzikální terapie I - IV lze na 1 pacienta vykázat maximálně 4krát za den.

Čas	30 minut
Omezení	specializované pracoviště
Body	313

LÉČEBNÁ TĚLESNÁ VÝCHOVA SKUPINOVÁ TYP I., 3 - 5 LÉČENÝCH (KÓD: 21211)

Popis výkonu: Cvičení pacientů stejně nebo podobně postižených s dg. ortopedickými, traumatologickými, neurologickými, interními, psychiatrickými apod., gynekologickými. Cvičební jednotka (výkon) sestává ze 4 částí: úvodní - nástup, seznámení s obsahem cvičení, průpravná - procvičení nepostižených částí, prohrátí organismu, hlavní vybrané cviky na zlepšení svalové síly, vytrvalosti, hybnosti, koordinace, oratnosti, stability, výkonnosti kardiopulmonární, závěrečná - zklidnění organismu. Cvičí se na pokoji, v tělocvičně, venku, na sportovním hřišti, při cvičení lze využít reprodukované hudby. Běžně se používá: nářadí - žíněnky, ribstoly, švédské lavičky, sportovní stoly a.j., náčiní - míče plné i duté, činky, švihadla, expandry, impandry, sítě, tyče, kroužky, malé míčky, kužele, pálky, rakety, speciální pomůcky. Vykazují se 4 minuty na jednoho pacienta.

Čas	4 minuty / os.
Omezení	bez omezení
Body	24

LÉČEBNÁ TĚLESNÁ VÝCHOVA SKUPINOVÁ TYP II., 6 - 12 LÉČENÝCH (KÓD: 21213)

Popis výkonu: Cvičení skupiny pacientů stejně nebo podobně postižených na pokoji, venku, na hřišti a jiných sportovištích, á 15 minut (stejně jako výkon 21211). Vykazuje se na jednoho pacienta á 2 minuty.

Čas	2 minuty / os.
Omezení	specializované pracoviště
Body	12

LÉČEBNÁ TĚLESNÁ VÝCHOVA - INSTRUKTÁŽ A ZÁCVIK PACIENTA A JEHO RODINNÝCH PŘÍSLUŠNÍKŮ (KÓD: 21215)

Popis výkonu: Vysvětlení a nácvik úkonů, které bude pacient provádět s rodinným příslušníkem nebo sám bez přítomnosti fyzioterapeuta. Výkon nelze kombinovat s dalšími výkony LTV.

Čas	30 minut
Omezení	bez omezení
Body	178

LÉČEBNÁ TĚLESNÁ VÝCHOVA SKUPINOVÁ V BAZÉNU S TEPLOU VODOU - 15 MINUT (KÓD: 21217)

Popis výkonu: Skupinové cvičení v bazénu s vyhřívanou vodou u stejně nebo podobně postižených využívající fyzikálních vlastností vodního prostředí. Výběr cviků je zaměřen na provádění pohybů, které pacient na souši provede jen obtížně, nesprávným substitučním způsobem nebo neprovede vůbec. Je pokračováním skupinového cvičení v tělocvičně, na které obvykle bezprostředně navazuje.

Čas	4 minuty / os.
Omezení	specializované pracoviště
Body	47

Používají se různé pomůcky: gumové míče, malé míčky, tyče, nadlehčovací nebo plovací desky, vesty, pro méně mobilní pacienty transportní zařízení, mikroport. Délka trvání výkonu pro skupinu je 15 minut, kalkulace pro 1 pacienta = 4 minuty.

LÉČEBNÁ TĚLESNÁ VÝCHOVA INDIVIDUÁLNÍ POD DOHLEDEM NA PŘÍSTROJÍCH (KÓD: 21219)

Popis výkonu: Terapie s použitím přístrojů včetně vertikalizace na stavěcím stole dle pokynů a pod kontrolou fyzioterapeuta. Cílem terapie je především zvyšování svalové síly, udržení, zlepšení hybnosti. Výkony individuální léčebné tělesné výchovy lze vzájemně kombinovat nejvýše do 60 minut 2x v jednom dni.

Čas	15 minut
Omezení	specializované pracoviště
Body	95

INDIVIDUÁLNÍ KINEZIOTERAPIE I (KÓD: 21221)

Popis výkonu: Individuální pohybová terapie založená na ucelené znalosti terapeuta ve specializovaném terapeutickém konceptu nebo metodě. Terapeut je intenzivně vzdělán ve specializovaných metodách kinezioterapie vztahující se ke konkrétní problematice poruch pohybového systému jako celku. Výkony individuální kinezioterapie lze vzájemně kombinovat nejvýše do 60 minut dvakrát v jednom dni.

Čas	45 minut
Omezení	specializované pracoviště
Body	570

LÉČEBNÁ TĚLESNÁ VÝCHOVA V HUBBARDOVĚ TANKU (KÓD: 21223)

Popis výkonu: Individuální cvičení obtížně mobilních pacientů, využívající fyzikálních vlastností vodního prostředí a tepla. Pacient je pomocí speciálního zvedáku dopraven na speciální cvičební lehátko do vody. Ve vodě se provádí cvičení pro zlepšení hybnosti a cvičení aktivní, ev. s dopomocí, k posílení slabých, paretických svalů.

Čas	15 minut
Omezení	specializované pracoviště
Body	223

U obtížně mobilních pacientů se využije speciální zvedák. Pro tento typ cvičení se užívají speciální nádrže, tanky nazývané dle tvůrce - Hubbart, nebo dle tvaru - Butterfly. Dle indikace lze použít speciální trysky k podvodní masáži.

INDIVIDUÁLNÍ KINEZIOTERAPIE II. (KÓD: 21225)

Popis výkonu: Individuální pohybová terapie využívající obecné principy a metody k odstranění poruch v pohybovém systému. Výkon zahrne metody ke zvýšení svalové síly, zvětšení rozsahu pohybu, k reedukaci pohybových stereotypů, nebo metody respirační fyzioterapie. K terapii mohou být využívány terapeutické (nebo cvičební) pomůcky, náčiní, nářadí a další jednoduché technologie. Výkony individuální kinezioterapie lze vzájemně kombinovat nejvýše do 60 minut dvakrát v jednom dni.

Čas	15 minut
Omezení	specializované pracoviště
Body	149

VODOLÉČBA II (KÓD: 21315)

Popis výkonu: Vodoléčebné procedury aplikované na končetiny - vzestupné končetinové koupele, vířivé koupele, střídavé nožní koupele, studené zapařovací koupele.

Čas	15 minut
Omezení	specializované pracoviště
Body	123

VODOLÉČBA III (KÓD: 21317)

Popis výkonu: Střídaté skotské stříky nebo podvodní masáž. Iritační nebo relaxační vodoléčebné procedury.

Čas	15 minut
Omezení	specializované pracoviště
Body	199

TECHNIKY MĚKKÝCH TKÁNÍ (KÓD: 21413)

Popis výkonu: Směřují k dosažení balance měkkých tkání a redukce bolestivých stavů prostřednictvím ovlivnění měkkých tkání v dané oblasti, tj. kůže, podkoží, facií a svalů, včetně trigger pointu pomocí technik využívajících post facilitačního útlumu, protahování, pressure či jiných inhibičně a facilitačních postupů a myofasciálních technik.

Čas	15 minut
Omezení	bez omezení
Body	90

MOBILIZACE PÁTEŘE A PERIFERNÍCH KLOUBŮ (KÓD: 21415)

Popis výkonu: Jedná se o nenásilnou metodu, charakteristickou specifickými postupy využívajícími prvky manuální terapie s hlavním cílem normalizovat funkci pohybového systému.

Čas	15 minut
Omezení	bez omezení
Body	190

MASÁŽ REFLEXNÍ A VAZIVOVÁ (KÓD: 21713)

Popis výkonu: Manuální léčebný zásah na povrchu těla, aplikovaný v místech druhotných, onemocněním reflexně vyvolaných změn, včetně předebrátí.

Čas	30 minut
Omezení	bez omezení
Body	303

INDIVIDUÁLNÍ LTV – NÁCVIK LOKOMOCE A MOBILITY (KÓD: 21717)

Popis výkonu: Vertikalizace, nácvik chůze, užívání protetické pomůcky. Výkony individuální LTV lze vzájemně kombinovat nejvýše do 60 minut dvakrát v jednom dni.

Čas	15 minut
Omezení	bez omezení
Body	89

KOUPEL S VYUŽITÍM VÝTĚŽKU PŘÍRODNÍHO LÉČIVÉHO ZDROJE (KÓD: 21751)

Popis výkonu: Aplikace léčivé minerální vody nebo peloidu ve vanách formou koupele; provádí se ve zdravotnických zařízeních určených pro poskytování následné lůžkové lázeňské léčebně rehabilitační péče, která se nacházejí v místě výskytu přírodního léčivého zdroje, který je při provádění výkonu využíván, a to na základě indikace příslušného lékaře a odborných kritérií stanovených pro poskytování lůžkové lázeňské léčebně rehabilitační péče jiným právním předpisem.

Čas	15 minut
Omezení	bez omezení
Body	156

CELOTĚLOVÝ ZÁBAL S VYUŽITÍM VÝTĚŽKU PŘÍRODNÍHO LÉČIVÉHO ZDROJE (KÓD: 21752)

Popis výkonu: Aplikace peloidu formou celotělového zábalu; provádí se ve zdravotnických zařízeních určených pro poskytování následné lůžkové lázeňské léčebně rehabilitační péče, která se nacházejí v místě výskytu přírodního léčivého zdroje, který je při provádění výkonu využíván, a to na základě indikace příslušného lékaře a odborných kritérií stanovených pro poskytování lůžkové lázeňské léčebně rehabilitační péče jiným právním předpisem.

Čas	10 minut
Omezení	bez omezení
Body	143

ČÁSTEČNÝ ZÁBAL S VYUŽITÍM VÝTĚŽKU PŘÍRODNÍHO LÉČIVÉHO ZDROJE (KÓD: 21753)

Popis výkonu: Aplikace peloidu formou částečného zábalu; provádí se ve zdravotnických zařízeních určených pro poskytování následné lůžkové lázeňské léčebně rehabilitační péče, která se nacházejí v místě výskytu přírodního léčivého zdroje, který je při provádění výkonu využíván, a to na základě indikace příslušného lékaře a odborných kritérií stanovených pro poskytování lůžkové lázeňské léčebně rehabilitační péče jiným právním předpisem.

Čas	10 minut
Omezení	bez omezení
Body	99

VÝZKUMNÁ ČÁST

9. CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

9.1. VÝZKUMNÉ CÍLE

Cílem této evaluační práce je analýza způsobu, jakým jsou teorie a koncept rehabilitace, rehabilitačních metod a postupů využívány (z hlediska historického kontextu i současné podoby její aplikace) v oboru adiktologie, respektive přímo v tzv. Apolinářském modelu komplexní léčby závislostí, a v oboru fyzioterapie, to znamená, že chceme zpětně porovnat, jaký je rozdíl v aplikaci těchto pojmů a konstruktů a jak se oba obory od sebe ve výkladu a zacházení s těmito pojmy a konstrukty liší. Prostřednictvím této práce budeme hledat překrytí těchto dvou oborů v oblasti rehabilitace. Prakticky jde o zhodnocení obsahu rehabilitace aplikované v ambulantní formě doléčovacího programu léčby závislostí na ženském a mužském oddělení na Klinice adiktologie, jež je založen na Apolinářském modelu léčby závislostí, včetně zhodnocení personálního zajištění rehabilitace poskytované v rámci programu a porovnání realizace rehabilitace se způsobem vykazování zdravotní péče v tomto zařízení.

Konečným cílem této diplomové práce bude posoudit, zda by bylo možné v budoucnosti vylepšit jak obsah ambulantního doléčovacího programu, tak jeho financování díky uplatnění fyzioterapeuta jako součásti multidisciplinárního terapeutického týmu.

9.2. VÝZKUMNÉ OTÁZKY

1. Jak je definován a ukotven pojem rehabilitace v literatuře a jak se liší či shoduje chápání tohoto pojmu v oboru Adiktologie, konkrétně v apolinářském modelu léčby závislostí a v oboru Fyzioterapie?
2. Jaké složky by dle literatury měla obsahovat komplexní rehabilitace člověka s problémem závislostního chování?
3. Jaké části ambulantního doléčovacího programu na Klinice Adiktologie 1. LF a VFN jsou shodné s definicí a cíli rehabilitace, jak vypadá jejich obsah a kým jsou zajišťovány?
4. Co předchází samotné realizaci rehabilitace v doléčovacím programu na Klinice Adiktologie VFN a co na ni navazuje?
5. Jak je rehabilitace v ambulantní formě doléčovacího programu hrazená a jak je tato péče vykazována?

6. Proč by mohl být fyzioterapeut jakožto nový člen v terapeutickém týmu v doléčovacím programu přínosný, co by mělo být náplní jeho práce a jaké výkony by mohl vykazovat na pojišťovnu?

10. POPIS VÝZKUMNÉHO SOUBORU A VÝZKUMNÉHO VZORKU

10.1. ZÁKLADNÍ SOUBOR

Základním výzkumným souborem jsou všechny doléčovací programy aplikující Apolinářský model léčby závislostí, navazující na předchozí residenční léčbu závislostí. Naše práce se zaměřuje na ambulantní formu doléčovacího programu – viz. teoretická část práce.

V České republice je v současnosti 7 zařízení, která provozují samostatné lůžkové oddělení pro ženy a samostatné pro muže se závislostí, což jsou: Psychiatrická nemocnice Bohnice, Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN, Psychiatrická nemocnice Opava, Psychiatrická nemocnice Jihlava, Psychiatrická nemocnice Horní Beřkovice, Psychiatrická nemocnice v Dobřanech a Psychiatrická léčebna Červený Dvůr.

Po podrobném prozkoumání internetových stránek těchto zařízení je na některých z nich informace o možnosti následného ambulantního doléčování a většinou je zmíněno pouze, že jsou organizovaná setkávání a pravidelné kluby pro abstinující absolventy léčby (Dvořák, 2020; Klinika Adiktologie, 2020; Neupauer, 2019; Plachý, 2020; Psychiatrická nemocnice v Opavě, 2016). Informace o možnosti doléčování v zařízení chybí na stránkách PL Červený Dvůr a PN Jihlava (Dvořáček, 2019; Psychiatrická nemocnice Jihlava, 2020).

10.2. VÝZKUMNÝ SOUBOR

Pro realizovatelnost tohoto výzkumu byl kombinací záměrného a institucionálního výběru zúžen výzkumný soubor na ženské oddělení (LOŽ) a mužské oddělení (LOM) na Klinice Adiktologie – „u Apolináře“, konkrétně je předmětem zkoumání ambulantní forma doléčovacího programu na těchto odděleních. Jedná se o cílenou evaluaci procesu, nebo-li implementace programu v konkrétním zařízení. Výzkumným souborem v této práci je tedy program a jeho jednotlivé intervence, nikoliv pacienti či zaměstnanci zařízení. Pro výzkum je důležité také získání informací od zaměstnanců zařízení, ale předmětem je stále program, nikoliv samotné osobnosti zaměstnanců.

- **Doléčovací program na ženském oddělení na Klinice adiktologie**

Doléčovací program je součástí ženského lůžkového oddělení a úzce navazuje na čtyřměsíční léčebný pobyt. Léčba jako taková nabízí pevnou strukturu s jasně ohraničenými programy a pravidly. Režimový program využívá principu chrono-bio-terapie a socioterapie se zaměřením na rehabilitaci somatických i psychických funkcí, nácvik komunikace, přijetí a zpracování informací, seberegulace, plánování a přijetí zodpovědnosti. Důraz je kladen na spolupráci s rodinou v rodinné terapii ústavní i ambulantní. Doléčovací program nabízí ve své rozmanitosti širší flexibilitu než lůžková léčba a měl by se stát součástí programu života absolventky léčby. Tento program naplňuje principy v současnosti čím dál častěji skloňovaného konceptu „recovery“ neboli údravy/zotavení. Doléčovací program probíhá souběžně v ambulantní a pobytové formě (Klinika adiktologie, 2020; Pecinovská et al., 2020).

Součástí doléčovacího programu jsou týdenní rehospitalizace, které jsou však hrazeny jinak než ambulantní forma doléčování. Ambulantní zdravotní služby, včetně adiktologických, jsou hrazeny platbou za výkon podle seznamu výkonů v bodech. Lůžkové zdravotní služby jsou hrazeny platbou za ošetrovací den – tedy paušální sazbou (Broulíková et al., 2020, p. 34). Paušální platba nezohledňuje, kolik péče bylo poskytnuto, ale je stanovena na základě neměnného měsíčního výpočtu z předchozího období. Každý pacient, který překročí limit je pro zdravotnické zařízení vlastně nákladem, protože se překročená péče již z veřejného zdravotního pojištění neuhradí (Ostrčilová, 2019, p. 41). Právě kvůli rozdílnému financování a jelikož už toto téma v diplomové práci zpracováno bylo (viz. Ostrčilová, 2019), tato práce se evaluaci lůžkové formy doléčovacího programu nevěnuje.

- **Doléčovací program na mužském oddělení na Klinice adiktologie**

Doléčovací program na mužském oddělení Kliniky adiktologie zahrnuje psychoterapeutické skupiny 1x týdně, týdenní opakovací léčby, které jsou doporučeny 3 - 4x za rok, týdenní léčebný pobyt za přítomnosti terapeutického týmu mimo prostředí kliniky 2x ročně, zajišťovací pobyt při hrozbě recidivy nebo pro zvládnutí krizového období (Klinika adiktologie, 2021).

Podpurná doléčovací skupina je určena pro pacienty starší 18 let závislé na návykových látkách a pacienty s nelátkovými závislostmi, kteří splňují alespoň jednu z následujících podmínek (Debnárová & Schönová, 2020):

- Mají ukončenou lůžkovou léčbu na Klinice adiktologie či v jiném zařízení a od ukončení léčby důsledně abstinují.

- Mají na Klinice adiktologie přerušenu lůžkovou léčbu – pravidelná účast na doléčovacích skupinách je pro ně podmínkou pro následné dokončení léčby. Když se ze závažných důvodů nemohou skupiny zúčastnit, musí se předem omluvit.
- Důsledně abstinují po dobu minimálně 3 měsíce, po tuto dobu dochází do specializovaného zařízení, které jejich abstinenci doloží.
- Aktuálně se léčí na lůžkovém oddělení na Klinice adiktologie a zbývá jim měsíc či méně do ukončení léčby (Debnárová & Schönová, 2020).

Při porušení abstinence má pacient možnost léčby recidivy na lůžkovém oddělení, nebo přeléčení recidivy ambulantě. V případě ambulantního přeléčení může do skupiny docházet až po 3 měsících důsledné abstinence, která je potvrzena specializovaným zařízením. Po roce abstinence má pacient prostor k rekapitulaci léčebného a doléčovacího procesu. Dále sdělí své další plány týkající se doléčování, je podpořen k postupnému přebírání kompetencí a separaci od zařízení, která má formu rozvolňování frekvence docházení s vidinou ukončení docházení do doléčovací skupiny (Debnárová & Schönová, 2020).

11. METODIKA VÝZKUMU

Způsob sběru dat a jejich zpracování v tomto výzkumu se dá nejlépe přirovnat k metodě evaluace. Výzkumná část této práce je tedy evaluační, konkrétně jde o formativní evaluaci procesu, jejíž popis a specifika jsou uvedeny níže.

Evaluace obvykle tvoří součást uceleného procesu provádění intervencí, které jsou obecně chápány jako soubor opatření, jejichž cílem je změna či formování chování jednotlivců. Evaluace umožňuje získávat zpětnou vazbu o fungování prováděných intervencí a ověřovat jejich správnost, vhodnost či účinnost (Hendl & Remr, 2017, p. 271). Dle WHO (2000, p. 8) může evaluační výzkum pomoci určit, které léčebné služby jsou potřeba, a také stanovit efektivitu a účinnost stávajících služeb. Evaluační výzkum má signifikantní vliv nejen na vývoj intervencí, ale také na vývoj samotného oboru.

Základní rozdělení evaluace je na metodu formativní a sumativní. Formativní evaluace je spojována se snahou o zlepšování a rozvíjení daných intervencí (programů, veřejných politik, projektů). Jde o průběžné monitorování, jež nám nabízí porozumění a dává nám zpětnou vazbu, která může být využívána pro korigování běžících intervencí nebo pro návrh nových opatření v dané oblasti. Výsledek formativní evaluace poskytuje evidenci směřující k vylepšení stávajících

intervencí a je předpokládáno, že intervence bude poskytována i do budoucna. Formativní evaluace má obvykle interní povahu a její výsledky jsou obvykle využívány provozovateli intervencí, což jsou například manažeři intervence či jejich řadoví pracovníci. Sumativní evaluace posuzuje dosažené výsledky a pomáhá rozhodnutí o dalším pokračování či zastavení hodnocených intervencí. Je to retrospektivní analýza, která se provádí až po skončení nebo v předem definované etapě dané intervence (Carpenter, 2011, p. 171; Hendl & Remr, 2017, pp. 275-277).

Evaluace procesu znamená, že je důraz kladen na vlastní implementaci programu, nikoliv na jeho přípravu, samotný efekt či výsledky. Zaměřuje se na způsob, jakým je původní záměr intervence převeden do praxe, zda realizace odpovídá definovaným cílům a účelu (Miovský, 2006, p. 117). Důvodem selhání mnoha intervencí není jejich nevhodný návrh či rezistence cílové skupiny vůči dané intervenci, ale chyby při jejich provádění. Například pracovníci, kteří intervenci implementují, jednají jinak, než jak bylo očekáváno podle původně definovaných vzorců (Hendl & Remr, 2017, p. 281).

Rossi et al. (2005, p. 25) definují evaluaci programu jako využití sociálních výzkumných metod k systematickému zkoumání efektivity sociálních intervenčních programů cestami, které jsou adaptovány do jejich politického a organizačního prostředí a které jsou prováděny za cílem zlepšení sociálních podmínek. Sběr dat probíhá v přirozeném prostředí intervence. Evaluaci programu využíváme k tomu, abychom byli schopní rozlišit užitečné sociální programy od těch neefektivních, zakládat nové programy či upravovat stávající. Může přinést užitečné a využitelné náměty na zlepšení prováděných intervencí, odstranit či minimalizovat implementační selhání a tím zvyšovat účinnost prováděných intervencí. Kromě rozhodovacího procesu nám evaluace pomáhá stanovit zodpovědnost (Hendl & Remr, 2017, pp. 272-274).

Když přemýšlíme o definici cílů pro evaluaci programu léčby, je důležité mít jasno v tom, jak daný program funguje a čeho má dosáhnout. Evaluace procesu se přímo netýká změn, které mohou v důsledku léčby nastat u klientů, ale zaměřuje se spíše na fungování léčebných služeb a systémů a na způsoby využití prostředků ke generování výstupů (WHO, 2000). Program můžeme cíleně implementovat tak, aby byl pro naši cílovou skupinu co nejvhodnější. Abychom tohoto mohli docílit, je třeba si klást následující otázky, na něž nám přináší odpověď právě evaluace (Rossi et al., 2004, pp. 12-14):

- Jaká je podstata a rozsah problému, koho se dotýká a jak tyto dotčené jedince problém ovlivňuje?

- Co je klíčový bod problému, který vyžaduje vznik nové, rozšíření nebo změnu intervence?
- Jaké proveditelné intervence mají potenciál daný problém zmírnit či ovlivnit pozitivním směrem?
- Jaká je přesně definovaná cílová populace programu a je naše intervence schopná opravdu pokrýt naši cílovou skupinu?
- Je intervence prováděna správně? Jsou služby opravdu poskytovány tak, jak byly naplánovány?
- Je intervence účinná v dosažení žádoucích cílů?
- Jsou náklady programu opodstatněné v porovnání s jeho efektivitou a přínosem?

WHO (2000, pp. 13-15) ve svých Mezinárodně platných pokynech k evaluaci služeb a systémů zaměřených na léčbu poruch způsobených užíváním psychoaktivních látek uvádí příklady specifických otázek, které se stanovují u evaluace procesu:

- Čeho má program/služba/systém dosáhnout?
- Do jaké míry je léčba realizována podle plánu (věrohodnost programu)?
- Do jaké míry má určitá služba nebo systém koncepčně nebo teoreticky pevné základy?
- Jsou služby kvalitní?
- Jaké jsou názory a pocity pracovníků programu ohledně přínosu a kvality služby?
- Do jaké míry jsou pracovníci programu adekvátně vyškoleni a do jaké míry jsou spokojeni se svou prací?
- Jaké jsou charakteristiky klientů dané služby? Využívají ji ti klienti, pro které byla původně určena a je pro ně dostupná? Kteří klienti léčbu nedokončují?

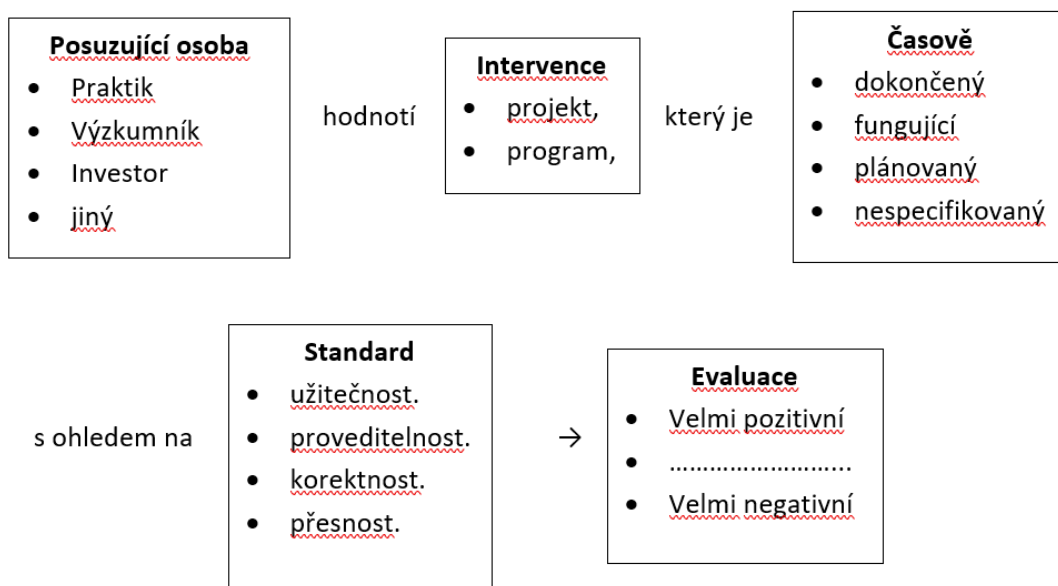
Dle Hendl & Remr (2017, p. 289) by evaluace měla být:

- analytická – založená na uznávaných postupech;
- systematická – používající zvolené techniky konzistentně, plánovaná pečlivě;
- spolehlivá – používající replikovatelné a kontrolovatelné postupy;
- tematicky zaměřená – obracející pozornost ke klíčovým otázkám intervence;
- zaměřená na uživatele – poskytující užitečné informace zainteresovaným stranám.

Koncept evaluace zahrnuje jak popis provádění intervence, která je evaluována, tak určité standardy či kritéria, podle kterých je tento způsob provádění dále hodnocen. Tento standard může být jak objektivní, tak subjektivní. V našem případě jde o popis programu ambulantního doléčovacího programu na Klinice adiktologie a jeho hodnocení na základě definic rehabilitace.

Správně provedený popis programu je velmi důležitý. Musí být detailní a precizně vypracovaný. Pokud není dostatečně validní, může to výsledek evaluace programu zkreslovat. Nemělo by dojít k popření úspěchu nebo naopak k přehlížení nedostatků v programu. Nepřesný popis by mohl znemožnit posouzení, zda intervence opravdu dané standardy splňuje (Bilsky & Cairns, 2005, p. 19-20; Rossi et al., 2004, p. 25).

Bilsky & Cairns (2005, pp. 20-21) vytvořili tzv. „mapovací větu“ evaluace programu, kde posuzují jednotlivé aspekty evaluačního výzkumu. Posuzované aspekty jsou tyto:



- **Perspektiva osobnosti**, která program hodnotí. Standardy, podle kterých program hodnotíme, se v evaluaci se mohou lišit podle toho, jakou má pověřená osoba funkci. Zda je sponzorem či investorem, výzkumníkem, nebo praktikem, jehož úkolem je zprostředkování intervence.
- **Druh intervence**. V závislosti na dostupných zdrojích (jako je personální zajištění, časová dotace, financování) může být intervence dočasná či časově neomezená. Druh intervence ovlivňuje cíle a způsob provedení evaluace.
- **Časový aspekt**. Cíl evaluace určuje to, zda bude probíhat na začátku, v průběhu, nebo na konci programu. Ukončené projekty mohou být zajímavým podkladem pro vytvoření intervence nové, pozorování probíhající intervence nám pomáhá rozhodovat o její budoucnosti.
- **Standard** je jádrem „mapovací věty“ a klíčovým aspektem v (nejen) evaluačním výzkumu. Splnění standardů evaluace zajišťuje to, že bude správně provedena. Určuje to, jaký bude konečný výsledek evaluace. Dle Smíšeného výboru pro standardy hodnocení vzdělávání

rozlišujeme tyto standardy evaluace programu (JCSEE, 1994 podle Bilsky & Cairns, 2005; Yarbrough, 2010):

- **Užitečnost** – tento standard zajišťuje to, že výsledek evaluace odpovídá potřebám konečného uživatele.
- **Proveditelnost** – garantuje, že výzkum je plánován s ohledem na jeho realizovatelnost a finanční dostupnost. Evaluace by měla být realistická, diplomatická a ekonomicky úsporná.
- **Korektnost** – tento standard souvisí s otázkou etiky a legality. Výzkum musí být prováděn s ohledem na práva jednotlivců, kteří jsou v evaluaci zahrnuti, stejně tak jako těch, kteří by mohli být postiženi výsledky.
- **Přesnost** – zohledňuje metodické standardy, jako je validita a reliabilita. Zajišťuje, že budou poskytnuty adekvátní informace o vlastnostech, které určují hodnotu programu.

Formativní evaluace procesu může přinést identifikaci nejslabších článků v procesu, tedy v programu, a nalezení způsobů, jak činnosti v těchto úsecích vylepšit (Hendl & Remr, 2017, p. 280). Dle Guerrero (2018 – in press) je formativní evaluace důležitá v tom, že určuje životaschopnost a jedinečnost programu včetně posouzení jeho financování. To vše vede ke strategickému a cílenému plánování programu.

Scriven (1991, podle Hendl & Remr, 2017, p. 274) sepsal obecný nástin metodologického rámce evaluační studie. Podle něj se budeme řídit i v našem výzkumu:

1. Identifikace kritérií – stanovení vlastností, jež mají být posuzovány.
 - V našem výzkumu jsme si stanovili jako kritérium rehabilitaci a její komponenty. Prvním krokem je tedy rešerše zdrojů týkajících se tohoto tématu, která nám pomůže ve stanovení vlastností, které chceme posuzovat.
2. Definování standardů, tedy určení, jaké intenzity mají vlastnosti hodnoceného objektu v daných kritériích dosáhnout.
 - Budeme hledat, jakou má rehabilitace v apolinářském modelu léčby závislosti podobu, jak je v tomto oboru definována a jak je realizována.
3. Získávání relevantních informací – aplikace příslušných metod sběru dat, které umožňují ověřit skutečný stav.
 - Po provedení rešerše literatury a přípravné fázi výzkumu přichází sběr dat, jehož jednotlivé metody jsou popsány v další části designu výzkumu.

4. Integrace či syntéza získaných výsledků, jež porovnává získané údaje s předem stanovenými standardy.

→ Po sběru dat následuje jejich zpracování a analýza a s ohledem na předem stanovené výzkumné cíle bude odpovězeno na výzkumné otázky.

11.1. PŘÍPRAVA VÝZKUMU

Součástí přípravy výzkumu bude zajištění vstupu do terénu, tedy zajištění možnosti navštívit zařízení a účastnit se doléčovacího programu. Kromě umožnění vstupu do zařízení je potřeba zajistit povolení a souhlas zařízení s provedením výzkumu (Hendl & Remr, 2017, p. 58). Bude zajištěná odborná stáž, kdy bude výzkumník po dobu svou měsíců docházet na veškerý program ambulantního doléčovacího programu na ženském a také na mužském oddělení Kliniky adiktologie 1.LF a VFN. Personál bude předem informován a seznámen o účelu výzkumu a o přítomnosti výzkumníka na programu.

11.2. ZÍSKÁNÍ A SBĚR DAT

Pro sběr dat je třeba zvolit objekty, či jedince, které budeme sledovat. V našem výzkumu je objektem program, předmětem pozorování budou do určité míry i poskytovatelé jednotlivých intervencí, protože zde bude pozorováno, jak pracují s klienty (Hendl & Remr, 2017, p. 59).

Metody sběru a zdroje dat:

1. Analýza publikací definující rehabilitaci a komponenty, které by měla obsahovat;
2. Analýza publikací o tzv. apolinářském modelu léčby závislostí;
3. Operační manuál doléčovacího programu na Klinice Adiktologie – Dokument vydán zařízením, který definuje, jak služba vypadá, a kterým by se měli pracovníci při implementaci programu řídit;
4. Participativní (zúčastněné) pozorování programu ambulantní formy doléčování - Pozorování znamená sledování a zaznamenávání vybraného okolí. Vědecké pozorování se odlišuje od běžného tím, že si vědec dopředu určuje, co a jak bude pozorovat. Patří mezi důležité zdroje informací pro porozumění chování jedinců a sociálním souvislostem. Pomocí pozorování můžeme zjistit informace o fenoménu, který nás zajímá. Stejně jako u jiných metod získávání dat si musíme všimnout jeho validity a přesnosti. V našem výzkumu se jedná o kvalitativní nestrukturované pozorování, které spočívá v pozorování všech relevantních jevů a není předem určeno,

co vše se bude pozorovat. Kvalitativní pozorování se provádí obvykle v přirozených podmínkách a výzkumník se účastní na dění v terénu, kdy je možná i interakce se členy skupiny, kterou pozoruje (Hendl & Remr, 2017, p. 83).

5. Sekundární data a dokumenty - Zdrojem informací budou i data, která byla vyhotovena a shromážděna v minulosti někým jiným než výzkumníkem. Účel jejich pořízení se lišil od cílů aktuálního výzkumu. V tomto případě půjde o oficiální dokumenty, pořízené pracovníky zařízení – záznamy z programu či ze schůzí (Hendl & Remr, 2017, p. 87-88).
6. Rozhovory se zaměstnanci zařízení - za účelem doplnění informací je možné, že zaměstnanci zařízení budou požádáni o krátký rozhovor, který proběhne pouze s jejich souhlasem.
7. Nahlédnutí do systému vykazování ambulantní doléčovací péče v zařízení – pro získání přehledu o tom, jak probíhá financování v praxi, by bylo dobré mít možnost do systému nahlédnout.
8. Sazebník výkonů zdravotní péče – pro hledání souvislostí a možností vykazování péče fyzioterapeutem je třeba mít přehled o jednotlivých výkonech.

Informace a data získané v průběhu této fáze výzkumu budou písemně zaznamenávány společně s osobními poznatky pozorovatele do předpřipravených záznamových archů.

11.3. ANALÝZA A INTERPRETACE DAT

Analýza dat následuje po jejich kompletaci. Úkolem analýzy dat je redukce, organizace, syntéza a sumarizace získaných informací s cílem dát jim nějaký význam a provádět úvahy podporované kvalitní evidencí. Data pocházející z vlastního pozorování výzkumníka a informace získané ze sekundárních zdrojů či od pracovníků budou vyhodnoceny podle metodiky evaluace. O získaných datech budou provedeny závěry s ohledem na položené výzkumné otázky a cíle výzkumu (Hendl & Remr, 2017, p. 59).

12. ETICKÉ ASPEKTY VÝZKUMU A JEHO LIMITY

- **Etika**

V souvislosti s evaluací mohou vyvstat určité etické otázky. Je nutné zajistit, aby všichni zúčastnění důkladně porozuměli účelu dané evaluace a aby udělili informovaný souhlas s účastí. Měly by být zohledněny zájmy potenciálních účastníků, zvláště pak otázky ochrany osobních dat

(WHO, 2000, p. 12). Klienti i pracovníci budou před zahájením evaluace informováni o jejím účelu, délce a průběhu výzkumu a o zpracování získaných dat. Po pacientech ani pracovnících nebudou vyžadovány žádné jejich osobní údaje, nejsou tedy ohroženi de-anonymizací.

- **Subjektivita vs. Objektivita**

Rizikem každé evaluace je to, že bude nepřiměřeně vyhodnocená, že kritika bude příliš velká či malá. Velkou roli zde jistě hraje odbornost a zaměření výzkumníka a jeho subjektivní pohled. Je proto důležité si správně stanovit kritéria, podle kterých bude program hodnocen, aby byla evaluace co nejvíce objektivní.

- **Validita a reliabilita**

V každém výzkumu je třeba dbát na otázky validity a reliability. Výzkum bude validní, pokud se podaří splnit jeho cíle a bude správně a objektivně odpovězeno na výzkumné otázky. Reliabilní bude, pokud při opakovaném provádění výzkumu bude docházet ke stejným výsledkům.

- **Reprezentativnost**

Vzhledem k tomu, že v tomto výzkumu je předmětem zkoumání program pouze v jednom zařízení, je otázka, zda by se výsledek při evaluaci programu v dalších zařízeních aplikujících apolinářský model lišil. Výzkum tedy není možné hodnotit jako reprezentativní. Nicméně pro účel této diplomové práce reprezentativnost není tolik důležitá.

- **Změna v programu**

Může se stát, že v průběhu fáze sběru dat z různých důvodů dojde ke zrušení nebo změně programu. To by mohlo způsobit to, že sběr dat nebude dostatečný. Podoba programu by mohla být také ovlivněna přítomností výzkumníka. Je také otázka, jestli implementace programu vypadá jinak v letním a jinak v zimním ročním období. Všechna tato rizika je třeba brát v úvahu.

13. REALIZACE VÝZKUMU – PRŮBĚH ZÍSKÁVÁNÍ DAT

Vzhledem k pandemii koronaviru SARS CoV-2 a z důvodu vyhlášeného nouzového stavu od října 2020 nebylo možné navštěvovat zařízení podle původního výzkumného plánu. Účast výzkumníka na doléčovacích skupinách na mužském oddělení nebyla z důvodu protipandemických opatření umožněna. Účast na skupinách na ženském oddělení byla zrealizována již před začátkem nouzového stavu a celkově se podařilo zúčastnit skupiny třikrát.

Ačkoliv skupiny v nouzovém stavu stále probíhaly, tak byly později přesunuty do jiných prostor a zúčastňovalo se jich mnohem méně klientů, než za normální situace. Dá se tedy říct, že došlo ke změně v programu, což byl jeden z rizikových faktorů, které byly stanoveny před počátkem výzkumu. Vedení doléčovacího programu v rámci LOM považovalo účast výzkumníka na skupinách za rizikové.

Bylo tedy více potřeba požádat o spolupráci pracovníky z Kliniky adiktologie, kteří mají přehled o programu a kteří nám mohli zprostředkovat informace pro zpracování výzkumu. Informace od pracovníků byly získány prostřednictvím schůzky a on-line video-hovoru, kdy byly provedeny semi-strukturované rozhovory. Byl proveden jeden rozhovor s adiktoložkou z mužského oddělení a jeden s adiktoložkou z ženského oddělení na Klinice adiktologie, dále e-mailová komunikace s lékařkou z LOŽ, které byly ochotné kromě seznámení s programem sdílet také své osobní pohledy.

Byly jim pokládány předem stanovené otázky, které byly dále rozvíjeny podle potřeby. Připravené otázky jsou uvedené v následující tabulce:

1. Co obsahuje doléčovací program a co je náplní jednotlivých aktivit?
2. Je pacientům v rámci doléčovacího programu nabízena možnost pohybové aktivity, případně je možnost konzultace ohledně tělesného zdraví, zdravého pohybu a vhodných sportovních aktivit?
3. Kdo vede a zajišťuje ambulantní doléčovací program?
4. Mají pacienti také individuální konzultace v rámci ambulantního doléčovacího programu?
5. Co předchází nastoupení do doléčovacího programu? Jsou předem stanoveny individuální cíle?
6. Jak probíhá ukončení doléčování a co na něj navazuje?
7. Jak je péče v ambulantním doléčovacím programu hrazená a jak je vykazována na zdravotní pojišťovnu? (Skupiny i další výjezdy)

<p>8. Myslíte si, že pacienti docházející do doléčovacího programu řeší fyzické bolesti a problémy s pohybovým aparátem (například bolesti zad, kloubů, svalová ztuhlost a podobně)?</p>
<p>9. Dokážete si představit doplnění profesního týmu doléčovacího programu fyzioterapeutem? Proč by podle Vás mohl být přínosem?</p>
<p>10. (doplňková, dobrovolná otázka) Co si představujete pod pojmem „rehabilitace v adiktologii“?</p>

Tab. č. 2: Otázky pro zaměstnance Kliniky adiktologie připravené pro semi-strukturovaný rozhovor.

Kromě pozorování na ženské skupině a rozhovorů se zaměstnanci na odděleních nám byl umožněn přístup k následujícím dokumentům:

- Léčebný řád LOŽ
- Interní dokument Doléčovací program LOŽ Kliniky adiktologie VFN a 1.LF UK: Doléčování je integrální součást léčby závislosti (Pecinová et al., 2020)
- Léčebný řád LOM
- Informační leták o doléčovací skupině na LOM

13.4. DOLÉČOVACÍ PROGRAM NA ŽENSKÉM ODDĚLENÍ

DATA ZÍSKANÁ POZOROVÁNÍM

V rámci pozorování na ženském ambulantním doléčovacím programu jsme se zúčastnili ženských doléčovacích skupin celkem třikrát. Naším hlavním cílem bylo zjistit, jak skupina probíhá a o jakých tématech se na nich mluví, a především zda se objeví témata týkající se pohybu, sportovních aktivit, či fyzických obtíží. Na začátku skupiny se vždy pozorovatelka představila a ujistila se, že všechny pacientky souhlasí s její účastí na skupině.

Skupiny byly vedeny jedním terapeutem - psychologkou, která zastupovala lékařku, jež doléčovací skupinu obvykle vede. Účastníků na skupinách v době pozorování bylo 7 – 10, přičemž některé ženy byly na skupině po dobu pozorování jen jednou, některé dvakrát a tři z nich byly na všech. Složení skupiny bylo různorodé. Většina žen byla absolventkami lůžkového léčebného programu, dále pár zúčastněných žen bylo z konečné fáze pobytové léčby. Byly tam i ženy čekající

na nástup do léčby a jedna, která měla přerušenu léčbu kvůli jiným zdravotním problémům. Nejvíce žen bylo závislých na alkoholu.

Všechny tyto skupiny probíhaly formou otevřeného diskutování aktuálních témat vyvstávajících v životech patientek. Na začátku se terapeutka vždy zeptala členů skupiny, jak se jim daří a s čím na skupinu přichází. Některá z patientek vždy navázala s určitým tématem, který právě řeší, a ostatní na to reagovaly a dávaly zpětnou vazbu. Občas zpětnou vazbou nebo podpurnými slovy přispěla také terapeutka. Některé ženy byly více aktivní, jiné nemluvíly na skupinách vůbec a jen poslouchaly. Skupina trvala pokaždé 75 minut.

Na skupinách se často diskutovalo o omezeních v rámci pandemie koronaviru a o tom, že je to náročné období pro zdravé trávení volného času a hledání nových zájmů. Shodly se na tom, že „potřebují cíl“. Některé pacientky si stěžovaly například na nemožnost chodit cvičit. Některé si stěžovaly na bolest zad při nedostatku pohybu, při práci z domova. Jedna z klientek řekla, že jí „cvičení a běhání“ naplňuje a že jí pomáhá se odreagovat.

Hlavním a skoro jediným tématem jedné doléčovací skupiny byly problémy s bulimií, z diskuze vyplynulo, že množství patientek záleží na tom, jaký mají vzhled. Dále se na skupinách mluvilo o doléčovacích výjezdech, občas zazněly informace o ostatních pacientkách doléčovacího programu, které nebyly na skupině přítomny. Pacientky často mluvily o možnostech trávení volného času, o rodinných problémech, o svých zkušenostech po léčbě.

Skupiny probíhaly bez problémů nebo konfliktů, atmosféra se jevila přátelsky a podpurně. Zároveň pacientky vyjádřovaly své názory a zpětné vazby, jejichž cílem bylo podpořit jinou pacientku ve změně určitého chování. „Mladším“ pacientkám byla poskytována zpětná vazba a osobní rady od „starších“ patientek. Základními principy na všech třech skupinách bylo: prostor pro sdílení, vzájemná podpora, dávání tipů a zpětná vazba.

DATA ZÍSKANÁ Z DOKUMENTŮ

Komplexní léčebný systém na LOŽ má 2 složky:

- **ústavní léčba:** léčebný program s informačním systémem, psychoterapií, socioterapií, ergoterapií, pohybovou terapií, relaxačními technikami, specifickou farmakoterapií a léčbou somatických komplikací.
- **dlouhodobé doléčování** v ambulantní i pobytové formě s postupnou redukcí intenzity dle zlepšování zdravotního stavu pacientky. V podstatě by pacientka měla trvale udržovat

nějakou formu kontaktu s léčebným systémem, včetně např. spolupráce se svépomocným sdružením Pavučina (Léčebný řád LOŽ).

Doléčování je na lůžkovém oddělení závislosti žen chápáno jako klíčové a jako nedílná součást léčby. Doléčovací program naplňuje principy konceptu recovery neboli úzdravy/zotavení. Základní principy procesu úzdravy jsou podpora a integrace naděje; převzetí osobní zodpovědnosti a sebeřízení své cesty; princip individuální cesty k uzdravě; holistický přístup; podpora od lidí se stejnými problémy (peer support); podpůrné vztahy a sociální síť; kulturní citlivost; práce s traumaty a dalšími závažnými psychickými problémy; práce se silnými stránkami a zodpovědností na úrovni individuální, rodiny a komunity; respekt k náročnosti této cesty a její ocenění (Pecinovská et al, 2020).

Základem ambulantního doléčování na Klinice Adiktologie jsou doléčovací psychoterapeutické skupiny, vedené terapeuty oddělení, realizované dlouhodobě každý týden v pravidelném čase a přístupné vedle absolventek léčby i jejich blízkým osobám. Dalším prvkem je socioterapeutický klub KLUS, který je založen na diskusi absolventek léčby a pacientek aktuálně prodávajících ústavní léčbu k zvolenému tématu moderované terapeutem. Program doplňují socioterapeutické programy, organizované ve spolupráci s abstinujícími bývalými pacientkami, resp. jejich svépomocnou organizací Pavučina. Socioterapeutické programy absolventkám léčby napomáhají k rozvoji komunikačních, organizačních i dalších specifických dovedností, k posílení pocitu sounáležitosti ve skupině abstinujících a k prohloubení gratifikace v abstinentním životním stylu (Klinika adiktologie, 2020; Pecinovská et al., 2020).

Podmínkou účasti v ambulantních doléčovacích programech je abstinence od návykových látek, programu se může zúčastnit i pacientka v období přerušování ústavní odvykací léčby. Programu se může pacientka zúčastnit po domluvě s terapeutem v doprovodu své blízké osoby. Jako host se programu může zúčastnit pacientka objednaná k ústavní odvykací léčbě na Klinice adiktologie (případně v doprovodu blízké osoby), podmínkou účasti je aktuální střízlivost (Pecinovská et al., 2020).

Doléčovací program na LOŽ může zajistit:

V prvním roce:
<ol style="list-style-type: none">1. Prosazení a stabilizaci pevného programu týdne.2. Prosazení a stabilizaci bezdrogové diety.3. Zvládnutí základních komunikačních dovedností a zpětné vazby.
V druhém roce:
<ol style="list-style-type: none">4. Důvěra mikrosvěta zkvalitňováním komunikace.5. Rozvoj vztahů mikrosvěta až na úroveň sebedůvěry.6. Pozitivní výsledky potvrzující kvalitu životního stylu.
Ve třetím roce:
<ol style="list-style-type: none">7. Socializace v makrosvětě s podporou mikrosvěta.8. Zvládání skutečných problémů a růst kvality osobnosti.9. Hledání zdravého životního stylu bez pocitu ztráty.10. Schopnost seberealizace v dlouhodobém vývoji.

DATA ZÍSKANÁ ROZHOVOREM

1. Co obsahuje ambulantní doléčovací program a co je náplní jednotlivých aktivit?

Pro doléčovací program na Klinice adiktologie je typické promíchávání lidí, kteří léčbu již absolvovali a abstinují, a lidí, kteří jsou aktuálně hospitalizováni. Absolventky zde hrají důležitou roli jako motivace, vzor a podpora pro ženy, které jsou na počátku cesty za abstinencí.

„Doporučujeme 17týdenní léčbu a alespoň 17týdenní doléčování a snažíme se pacientkám vysvětlit, že základní léčbou to nekončí“.

Doléčovací program sestává z týdenních rehospitalizací v termínu zvoleném pacientkou, týdenních intenzivních terapeutických programů v Albeři, ambulantních doléčovacích skupin a socioterapeutického klubu (KLUS). Doplnují jej socioterapeutické programy organizované ve spolupráci s abstinujícími pacientkami: A-ples, víkendové výlety, apolinářské cestování, vernisáž výtvarných prací atd.

2. Je pacientům v rámci doléčovacího programu nabízena možnost pohybové aktivity, případně je možnost konzultace ohledně tělesného zdraví, zdravého pohybu a vhodných sportovních aktivit?

Cíleně ne. V rámci základní léčby jsou pacientky vedeny k pohybu relativně hodně a pohybové aktivity jsou součástí denního programu. U opakovacího pobytu je program shodný s programem lůžkové léčby. V ambulantní doléčovací skupině to není předmětem. Nicméně před koronavirovou pandemií byla v Apolináři realizována např. jóga nebo kondiční cvičení, vedené abstinující bývalou pacientkou.

3. Kdo vede a zajišťuje ambulantní doléčovací program?

Doléčovací skupiny vede paní doktorka Pecinovská, do nedávna s panem doktorem Hellerem. V současné době spolu s paní doktorkou skupiny vede psychologka z LOM. Občas „terapeutický tým“ na skupině doplňuje někdo další z oddělení.

4. Mají pacienti také individuální konzultace v rámci ambulantního doléčovacího programu?

Individuální konzultace cíleně v rámci programu nejsou formálně ukotveny. Pacientky mají však možnost zařízení kontaktovat, volat, psát e-maily, nebo si domluvit individuální konzultaci, v případě potřeby.

5. Co předchází nastoupení do doléčovacího programu? Jsou předem stanoveny individuální cíle?

Nastoupení do doléčovacího programu předchází 4 měsíční léčba a pro účast na programu je nezbytná abstinence. Doléčovací skupiny jsou otevřené i pro klienty/pacienty odjinud, pokud určitým způsobem doloží svou abstinenci. Skupiny jsou také otevřené rodinným příslušníkům a čekatelům na nástup do léčby.

6. Jak probíhá ukončení doléčování a co na něj navazuje?

Oficiální ukončení doléčovacího programu není. Existuje pouze doporučená délka doléčování, což je 3 roky - rok intenzivní (ambulantní skupina alespoň 2x měsíčně, týdenní pobyt 3-4x ročně), další 2 roky s nižší intenzitou (ambulantní kontakt alespoň 1x měsíčně, týdenní pobyt 2x ročně), v dalších letech je pak vhodná udržovací dávka programu - např. 1 zvolený program ročně.

Ukončení doléčování je individuální, pacient se sám rozhoduje, kdy přestane chodit, a nemusí to nijak oficiálně hlásit. Některé pacientky se doléčování účastní dlouhá léta.

7. Jak je péče v ambulantním doléčovacím programu hrazená a jak je vykazována na zdravotní pojišťovnu? (Skupiny i další výjezdy)

Doléčovací skupiny jsou vykazované přes ambulanci, která je součástí Kliniky adiktologie, na pojišťovnu jako Psychoterapie skupinová.

„Výjezdy do Albeře jsou hrazeny částečně zdravotní pojišťovnou (pacientky jsou hospitalizovány ve VFN v rámci tzv. přenesené péče), pacientky si doplácí rozdíl ve stravném oproti stravovací jednotce nemocnice a dopravu autobusem, pokud není autobus uhrazen z dotace (např. MHMP)“.

8. Myslíte si, že pacienti docházející do doléčovacího programu řeší fyzické bolesti a problémy s pohybovým aparátem (například bolesti zad, kloubů, svalová ztuhlost a podobně)?

Ano, pacienti řeší tato témata už v léčbě a je to časté a silné téma.

9. Dokážete si představit doplnění profesního týmu doléčovacího programu fyzioterapeutem? Proč by podle Vás mohl být přínosem?

Ano, rozhodně i v rámci ústavní léčby by to byl velký přínos. Je to však otázka financování.

10. (doplňková, dobrovolná otázka:) Co si představujete pod pojmem „rehabilitace v adiktologii“?

„Záleží na úhlu pohledu – od toho nejužšího, konkrétního problému, až po nejširší pojetí, které zahrnuje psychologickou, sociální, somatickou úroveň. Obecně jakoukoliv rehabilitaci chápu jako obnovení funkcí“.

13.5. DOLÉČOVACÍ PROGRAM NA MUŽSKÉM ODDĚLENÍ

DATA ZÍSKANÁ POZOROVÁNÍM

Jak již bylo výše řečeno, pozorování doléčovacího programu na mužském oddělení nám nebylo z důvodu pandemie umožněno a zároveň nebylo možné z časového důvodu dále čekat, zda se situace v následujících měsících zlepší.

DATA ZÍSKANÁ Z DOKUMENTŮ

Doléčování je program kombinující léčbu ambulantní - pravidelná doléčovací skupina 1x týdně a léčbu pobytovou – týdenní pobyt v Apolináři na opakovací léčbě. Během prvního roku po dokončení léčby je doporučováno pravidelné docházení na skupiny (jednou týdně) a absolvování 3 pobytů, z toho první pobyt by měl být do 3 měsíců od ukončení léčby. Program doléčování pacient zpracovává písemně v elaborátu „Co mi dala léčba“ před zakončením základní léčby (Léčebný řád LOM).

Doléčovací skupina probíhá pravidelně 1x týdně každé úterý od 17:00. Pacienti, kteří užívají Antabus, ho mohou užít před doléčovací skupinou po předchozí domluvě. Opakovací léčba probíhá od pondělí do pátku. Jejím cílem je především zhodnocení plánů a cílů, které si pacient/klient nastavil při odchodu z léčby. Pacient se účastní programu v plném rozsahu a doléčovací skupiny (Léčebný řád LOM).

Pokud by někdo chtěl navštěvovat ambulantní doléčovací program, a vyčerpal možnosti léčby na LOM, je to možné při prokázání řádného dokončení léčby v jiném zařízení, popřípadě po prokázání plné abstinence po dobu 3 měsíců v ambulantní péči (Léčebný řád LOM).

DATA ZÍSKANÁ ROZHOVOREM

1. Co obsahuje ambulantní doléčovací program a co je náplní jednotlivých aktivit?

„Ambulatní formou doléčovacího programu je pravidelná doléčovací skupina. Pacienti v posledním měsíci léčby dochází na skupiny, při čemž se rozhodují, jestli ji budou navštěvovat i po léčbě“.

„V současné době prochází doléčovací skupina určitou reformou a aktuálně dochází k personálním změnám. Od března 2021 jsou vedeny magistrou Hudačkovou a plánuje se přijetí dalšího terapeuta“.

Když jsou pořádány výlety s rezidenčními pacienty, bývají na ně přizváni také absolventi.

2. Je pacientům v rámci doléčovacího programu nabízena možnost pohybové aktivity, případně je možnost konzultace ohledně tělesného zdraví, zdravého pohybu a vhodných sportovních aktivit?

„Spíše v rámci lůžkové léčby, jedna kolegyně má trenérské znalosti, takže pacienti mají možnost s ní chodit do posilovny. Pohybové aktivity mají denně. V rámci ambulantního doléčovacího programu tato možnost spíše není“.

„Občas jsou v rámci rezidenční léčby pořádány výlety, na které jsou absolventi přizváni“.

3. Kdo vede a zajišťuje ambulantní doléčovací program?

Jak už bylo řečeno, v současné době dochází v programu ke změnám. Doléčovací skupiny má teď na starosti magistra Hudačková.

4. Mají pacienti také individuální konzultace v rámci ambulantního doléčovacího programu?

Ne.

5. Co předchází nastoupení do doléčovacího programu? Jsou předem stanoveny individuální cíle?

Pacienti v posledním měsíci rezidenční léčby dochází do doléčovací skupiny. Poté se sami rozhodnou, zda budou na skupiny chodit i po ukončení základní léčby. Ta je ukončená na volné tribuně a pacient musí odevzdat elaborát, ve kterém vypracuje svůj plán na doléčování.

Kontrakt se s pacientem přicházejícím do doléčovacího programu neuzavírá a cíle doléčování se nestanovují.

6. Jak probíhá ukončení doléčování a co na něj navazuje?

Oficiální ukončení doléčovacího programu opět není formálně definován. Nástup i ukončení je dobrovolné.

7. Jak je péče v ambulantním doléčovacím programu hrazená a jak je vykazována na zdravotní pojišťovnu? (Skupiny i další výjezdy)

„Doléčovací skupina je vykazovaná na pojišťovnu výkonem Skupinová psychoterapie. Dále obvykle bývá proveden alko-test, občas také test na přítomnost látek v moči“.

8. Myslíte si, že pacienti docházející do doléčovacího programu řeší fyzické bolesti a problémy s pohybovým aparátem (například bolesti zad, kloubů, svalová ztuhlost a podobně)?

„Ano, i v léčbě. Pacienti řeší pourazové stavy. Hodně z nich má zkušenost s vrcholovým sportem v minulosti, kdy úraz a nemožnost ve sportu pokračovat vedla k užívání NL. Množství pacientů řeší váhu a svůj vzhled. Zvyšuje se také zájem o zdravý životní styl a cvičení“.

„Ani úrazy v rámci léčby nejsou výjimečné a může to být i proto, že při pohybovém programu nejsou vedeni odborníkem, nebo že mají horší motoriku a neumí dobře vnímat své tělo“.

9. Dokážete si představit doplnění profesního týmu doléčovacího programu fyzioterapeutem? Proč by podle Vás mohl být přínosem?

„Ano, líbilo by se mi, kdyby měli pacienti pohybový program pod vedením fyzioterapeuta. My chodíme jako dozor, ale jsme tam jen pro případ nějaké komplikace, ale pokud by se nás pacienti zeptali na konkrétní rady či cvičení, tak na to nemáme znalosti“.

10. (doplňková, dobrovolná otázka:) Co si představujete pod pojmem „rehabilitace v adiktologii“?

„Jako první mě tento pojem napadl v užším kontextu pohybovém, nebo fyzioterapeutickém. Ale je fakt, že je to může být celý okruh. Dokáží si představit tam zakomponovat více rodinný systém a myslím, že i skrze nějaké pohybové intervence by to mohlo vést k lepšímu, méně násilnému propojení a navázání vztahů. Bylo by také fajn pacientům ukazovat více možností trávení volného času (např. jít do sauny a podobně)“.

14. INTERPRETACE VÝZKUMNÝCH OTÁZEK

1. Jak je definován a ukotven pojem rehabilitace v literatuře a jak se liší či shoduje chápání tohoto pojmu v oboru Adiktologie, konkrétně v apolinářském modelu léčby závislosti a v oboru Fyzioterapie?

Pojem rehabilitace je celosvětově rozšířen a je definován i Světovou zdravotnickou organizací. Vychází z komplexního, holistického pohledu na člověka. Rehabilitace není pouze léčba medicínská, ale jejím cílem je co největší optimalizace a obnova fungování člověka

ve společnosti a zlepšení objektivních i subjektivních psychických a fyzických obtíží, které v různé formě narušují životní pohodu jedince. Je to tedy soubor intervencí různých oborů.

Pojem rehabilitace v adiktologii není přesně definován ani teoreticky ukotven. Ačkoliv někteří autoři tento pojem v literatuře zmiňují, neexistuje na ni jednotný pohled jako takový. Nejčastěji je v české adiktologické literatuře rehabilitace spojována s psycho-sociální rehabilitací, a to nejvíce ve fázi následné péče. V teoretické koncepci apolinářského modelu léčby závislosti se pojem rehabilitace nevyužíval, nicméně tento model klade kromě psycho-sociální terapie velký důraz na fyzickou složku člověka a na terapeutický potenciál pohybové aktivity.

Co se týče chápání rozdílu v pojmech recovery a rehabilitace, náš pohled je takový, že recovery (údrava) je zastřešující a širší pojem, který zahrnuje principy a filozofický rozměr léčby závislosti, zatímco rehabilitace je nástrojem, tedy zahrnuje konkrétní intervence a metody vedoucí k celkové údravě ze závislosti. Rehabilitace je tedy součástí konceptu recovery.

Současný léčebný model závislosti vychází z teorie bio-psycho-sociálního propojení člověka a proto by léčba závislosti měla působit na všech těchto úrovních. Tedy, i když definice rehabilitace v adiktologii není jednotná, cíle komplexní péče o adiktologického pacienta se shodují s cílem komplexní rehabilitace.

Naopak obor fyzioterapie je považován za velmi důležitou součást léčebné rehabilitace, která je v literatuře celkem přesně definována. Fyzioterapie je v obecném slova smyslu zaměřená na terapii pohybem a léčbu fyzikálními prostředky, ale je prokázáno, že některé metody fyzioterapie pomáhají zlepšit i psychickou pohodu a přispět k efektivnější léčbě psychické nemoci. Fyzioterapie má své místo také v psychiatrii a v oblasti duševního zdraví a psychosomatiky.

Autorčino chápání rehabilitace v oboru adiktologie vs. fyzioterapie je takové, že dlouhodobý cíl rehabilitace se napříč těmito obory shoduje, přičemž každý obor má své krátkodobější cíle, které jsou naplňovány pomocí různých metod a technik specifických pro daný obor.

Jako příklad si lze představit pacienta závislého na alkoholu a nikotinu, který v opilosti spadl na schodech a utrpěl vícečetné zlomeniny, do toho jako dlouhodobý kuřák trpí na chronickou obstrukční plicní nemoc, která způsobuje změnu jeho postury a dechového stereotypu. Primárním cílem adiktologie by u tohoto pacienta bylo zmapování míry závislosti a doporučení léčby. Ta je primárně zaměřena na abstinenci a řešení psycho-sociálních témat, kdežto fyzioterapeut by s pacientem primárně řešil regeneraci po zlomenině, případně by s pacientem dělal respirační fyzioterapii a korekci postury. Adiktolog by však měl být schopen zmapovat vztah pacienta

k vlastnímu tělu a využívat různé prvky práce s tělem v rámci terapie. A naopak fyzioterapeut by měl být schopen zmapovat pacientův problém se závislostí, poskytnout krátkou intervenci či motivační rozhovor. Dlouhodobý cíl péče o tohoto pacienta je pro oba dva obory ve velké míře shodný – a to pomoci mu překonat nemoc / poruchu a všechny důsledky z ní vyplývající.

Nebo si můžeme představit pacientku, která trpí na psycho-somatické problémy, kde se nedá jednoznačně určit primární příčina. Trpí na úzkost a zároveň na zvýšené tělesné napětí a vnitřní neklid, které zahání pitím alkoholu nebo užíváním jiných návykových látek. Cílem rehabilitace je potom využití veškerých možných prostředků, které jí pomohou v co největší míře zlepšit všechny tyto symptomy. A toho nejlépe docílíme mezioborovou spoluprací.

Cíle a plán rehabilitace by měly být stanoveny na základě komplexního vyšetření – nejen zdravotnického, ale je potřeba zmapovat všechny životní oblasti, které jsou vznikem nemoci (v případě adiktologického pacienta tedy vznikem závislosti) zasaženy a ovlivněny. K tomu je možno využít Mezinárodní klasifikaci funkčních schopností, disability a zdraví, která definuje pojmy impairment, disability a hendikep. Podíváme se na tyto pojmy z pohledu adiktologie:

- **Závislost jako impairment – poškození.**

V definici dle WHO je impairment jakákoliv ztráta nebo dysfunkce psychické či fyzické struktury nebo funkce.

Člověk pravidelně užívající návykové látky postupem času ztrácí kontrolu nad jejím užíváním, dochází ke změnám psychických i fyzických funkcí. Návyková látka biochemicky ovlivňuje systém mozkové odměny a jejím opakovaným užíváním dochází k rozvoji závislosti. Syndrom závislosti je dle WHO považován za nemoc, která má složku psychickou (subjektivní) i fyzickou (patofyziologickou). Klíčovými příznaky závislosti jsou velmi silná touha užívat látku, zvyšování tolerance vůči látce a odvykací stav při jejím vysazení. Dalším kritériem závislosti je pokračování v užívání i přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků (Jeřábek, 2015, pp. 191-193).

Důsledkem dlouhodobého užívání návykových látek jsou také další, přidružené změny, z nichž některé nejsou reverzibilní. Jedná se například o poruchu kognitivních funkcí, poškození nervového systému, poškození jater a podobně, což dále může způsobit disability.

- **Závislost jako disability – omezení**

Dle WHO jde o jakékoliv omezení či nedostatečnou schopnost člověka vykonávat aktivitu v takové míře, jaká je považována za normální pro zdravého člověka.

Z důvodu závislosti dochází k postupnému zanedbávání zájmů a činností, které člověk dělal dříve a které byly zdrojem potěšení, ve prospěch užívané psychoaktivní látky. Čím dál více času je věnováno získávání nebo užívání látky, nebo k zotavení se z jejího účinku. Závislý člověk není schopen fungovat v běžných denních činnostech a často ztrácí schopnost plnit své sociální role. Dochází ke ztrátě sociálních vazeb a často až ke ztrátě zaměstnání (Jeřábek, 2015, p. 192).

○ **Závislost jako handicap – postižení**

Dle WHO jde o znevýhodnění člověka, které limituje nebo zabraňuje jedinci naplňovat normální životní role. Tento pojem zahrnuje také roli společnosti ve vytváření bariér a limitovaných možností pro člověka s omezením.

Závislost souvisí s množstvím dalších, přidružených komplikací a důsledků, které ovlivňují samotné chování jedince k sobě a ke svému okolí, ale velký význam hrají také postoje společnosti vůči uživatelům návykových látek.

Závislí lidé se ve velké míře potýkají se znevýhodněním ve společnosti, s odsuzováním a stigmatizací. Zneužívání návykových látek nebo závislost jsou často považovány spíše za morální a kriminální problémy než za problém zdravotní. A kriminalizace uživatelů drog zvyšuje jejich stigmatizaci, což vede k jejich sociálnímu vyloučení. Škodlivé účinky stigmatu na uživatele návykových látek jsou významné a dalekosáhlé. Sociální odcizení závislých může nepříznivě ovlivňovat mnoho oblastí jejich života – jako například zaměstnanost, bydlení i sociální vztahy (Ocisková & Praško, 2015, pp. 160-162). Tyto problémy často přetrvávají i po překonání závislosti a udržování abstinence.

Také sebestigmatizace má nepříznivé důsledky na psychické i fyzické zdraví, vyhýbání se léčbě, nedokončování léčby a recidivu. Strach z odsuzování také zvyšuje rizikové chování a zdrženlivost ve vyhledávání pomoci (Ocisková & Praško, 2015, p. 162).

2. Jaké složky by dle literatury měla obsahovat komplexní rehabilitace člověka s problémem závislostního chování?

Česká ani zahraniční literatura pojem rehabilitace v léčbě závislostí specificky nepopisuje, ale jak již bylo naznačeno, cíle léčby návykových nemocí se v mnohém shodují s definicemi a cíli komplexní rehabilitace jakéhokoliv onemocnění. Navíc závislostní porucha jde často ruku v ruce s jinými psychiatrickými poruchami. Rehabilitace adiktologického pacienta z velké části vychází z psychiatrické rehabilitace, která byla v literatuře definována i popsána výrazně více.

Za účelem zodpovězení této výzkumné otázky jsme vytvořili komplexní přehled jednotlivých složek rehabilitace, které jsou (nebo by měly být) důležitou součástí léčby závislostní poruchy a procesu doléčování. Následující přehled byl stanoven na základě teorií ve 2. kapitole v teoretické části této práce (Bouček, 2004; Javůrek, 1999; Kolář et al., 2009 a další) a literatury o komponentách léčby závislostí.

Jednotlivé složky rehabilitace byly didakticky rozděleny do kategorií, nicméně je důležité brát v potaz, že se tyto složky vzájemně prolínají a nejsou od sebe jasně oddělitelné. V rehabilitačním procesu by měla být zahrnuta každá oblast, nebo alespoň většina.

I.	Léčebná rehabilitace	Lékařská péče
		Farmakoterapie
		Kinezioterapie a fyzioterapie
		Ergoterapie
II.	Sociální rehabilitace	Sociální práce a poradenství
		Volnočasové aktivity
		Chráněné bydlení
III.	Psychologická rehabilitace	Individuální psychoterapie
		Skupinová psychoterapie
		Rodinná terapie
		Expresivní techniky
IV.	Pracovní rehabilitace	Pracovní a činnostní terapie
		Chráněné pracovní programy

Tab. č. 3: Dělení rehabilitace v adiktologii a její jednotlivé podsložky.

I. Léčebná rehabilitace

Duševní poruchy způsobené návykovými látkami jsou velmi různorodé, obsahují celé spektrum psychiatrických poruch od akutních stavů (intoxikace, odvykací stav, akutní psychotický syndrom) přes vlastní syndrom závislosti po další chronické důsledky užívání (reziduální psychotické stavy, sekundární poruchy osobnosti, poruchy nálady a úzkosti...).

U závislých jsou ale zároveň velmi časté poruchy orgánů a tělních systémů (kardiovaskulární, respirační, trávicí systém a podobně), které je potřeba léčit. U uživatelů návykových látek je také zvýšené riziko úrazů a nehod, což může kromě jiného mít za následek poruchu pohybového systému a zhoršení pohybových schopností. Zajištění lékařské a zdravotní péče je tedy podstatnou součástí léčby.

○ **Lékařská péče**

Je nezbytné v rámci léčby závislosti umožnit klientovi vedle psychosociální stabilizace také stabilizaci na úrovni fyzické. Proto je důležité pomoci klientovi nalézt adekvátní lékařskou péči pro různé oblasti, včetně péče psychiatrické, podle individuálních potřeb klienta. Medicínská složka rehabilitace by neměla být opomíjena ani v doléčovací fázi (Dvořáček & Kalina, 2015, pp. 363-364; Kuda, 2008, p. 220).

Důležitá je dostupnost zdravotnických služeb v těchto rozměrech (O'Donnell, 2007, podle Miovský, 2013, p. 12) :

- dostupnost ve smyslu existence služby (availability)
- dostupnost z geografického pohledu (geographic accessibility)
- dostupnost z pohledu finanční dosažitelnosti (affordability)
- dostupnost v širším společenském a kulturním kontextu (acceptability)

○ **Farmakoterapie**

Spektrum podávaných léků u adiktologických pacientů je velmi široké. Nejčastěji se v léčbě závislostí používají léky z následujících skupin: léčiva k terapii samotné závislosti (anticravingové léky, léky snižující účinek drogy, substituční látky atd.), psycholeptika (antipsychotika, anxiolytika, hypnotika a sedativa), antiepileptika a analgetika. V rámci komplexní terapie léčby závislostí je často nezbytná paralelně realizovaná farmakoterapie somatických komorbidit (Dvořáček & Kalina, 2015, pp. 363-375).

○ **Kinezioterapie a fyzioterapie (Léčba pohybem a sportem)**

Jak již bylo popsáno v teoretické části této práce, pohybová aktivita je velmi důležitým a účinným nástrojem při léčbě všemožných poruch a má pozitivní vliv jak na fyzickou, tak psychickou stránku člověka. Kinezioterapie pomáhá lidem znovunalezat vědomí pohyblivosti, psychosomatické jednoty, pozitivní sebedřívění, emoční spontaneitu a tvořivost (Hátlová & Adámková, 2009, p. 673), což jsou kvality, které adiktologickým pacientům často chybí. Do

léčebné rehabilitace patří také fyzioterapie, která kromě výše zmíněných benefitů kinezioterapie může pomoci v léčbě systémových onemocnění, prostřednictvím např. respirační fyzioterapie, senzomotorické stimulace, individuálně nastavené (manuální a pohybové) terapie a skupinového cvičení. Vhodné je také využití relaxačních cvičení a cvičení zaměřené na vnímání těla.

○ **Ergoterapie**

Další důležitou podsoložkou léčebné rehabilitace je obor ergoterapie, jež svou podstatou a principy těsně navazuje na fyzioterapii. Využívá specifické diagnostické a léčebné metody, postupy, eventuelně činnosti při léčbě jedinců, kteří jsou trvale nebo dočasně fyzicky, psychicky, smyslově nebo mentálně postiženi. Cílem ergoterapie je dosažení a zachování maximální soběstačnosti a nezávislosti jedince při běžných pracovních a zájmových činnostech. U psychiatrických pacientů se provádí nácvik kognitivních, komunikačních a sociálních funkcí s cílem začlenění do běžného sociálního i pracovního prostředí. (Schönová & Kolář, 2009, pp. 297).

II. Sociální rehabilitace

Cílem sociální rehabilitace je (re)integrace závislého do společnosti prostřednictvím (znovu)nabytých sociálních a profesních dovedností a podpůrného sociálního prostředí a vztahů. To je úzce spojeno se (znovu)nabytím sebeúcty a kompetence vést život v běžné společnosti. Sociální rehabilitaci je nutné poskytovat aktivním uživatelům drog, klientům v substitučním programu i abstinujícím klientům (Dvořák, 2003a, p. 64).

Nejčastější okruhy problémů, které jsou řešeny v rámci sociální rehabilitace, zpravidla obsahují:

- Narušenou nebo neexistující sít' blízkých vztahů neschopností blízké vztahy vytvářet, udržet a rozvíjet;
- Nedostatečné sociální dovednosti v oblasti komunikace, vyjadřování emocí a přiměřeného sebezprosažení;
- Nízké vzdělání a malé nebo žádné profesní dovednosti a návyky;
- Právní a finanční problémy, nízký socioekonomický statut;
- Nízké sebehodnocení a absence sociálního ocenění (Dvořák, 2003a, pp. 65-66).

V sociální terapii lidí se závažným duševním onemocněním je vhodné posouzení spouštěčů stresu, využití intervencí na snížení stresu, rozvíjení dovedností na zvládnání stresu, zaměření na vliv prostředí a rozvíjení sociálních dovedností (Šupa, 2010a, p. 478). Klíčovým tématem je

zvládnutí sociálních rolí, které umožňují úspěšné začlenění člověka do společnosti (Dvořák, 2003a, p. 64).

Kombinace poradenských, tréninkových a vzdělávacích aktivit, které nabízí „terapeutický prostor“ k vytvoření potřebných změn, může být doplněna řadou sociálně podpůrných služeb týkajících se rozvoje profesního vzdělání, způsobů trávení volného času (socioterapeutické kluby), nebo dočasným sociálním zabezpečením v podobě chráněného bydlení (Dvořák, 2003a, p. 66).

○ **Sociální práce a poradenství**

U uživatelů návykových látek vzniká pestrá škála sociálně-právních problémů jako jsou dluhy, trestní stíhání, řešení sociálních dávek a podobně. Sociální práce má proto nezastupitelnou roli při intervencích zaměřených na stabilizaci životního stylu závislých osob (Kuda, 2008, p. 209). Cílem sociální práce je snaha o podporu zvládnání problematických důsledků interakce mezi klientem a požadavky jeho sociálního prostředí a stabilizace sociální situace klienta (Navrátil, 2003, p. 70).

○ **Volnočasové aktivity**

Volnočasové aktivity učí jiným dovednostem, potřebným pro zdravý životní styl. Je to čas využitý pro (skupinové) neformální interakce v nejrůznějších situacích (Kalina, 2013, p. 456). Cílem je naučit závislé trávit volný čas zábavnou formou bez drog a nabídnout různé alternativy, které může jedinec realizovat také sám ve svém volném čase, jakožto vhodný způsob trávení volného času. Je důležité dbát na to, aby se abstinující klient nesoustředil pouze na povinnosti, protože to z dlouhodobého hlediska není udržitelné (Kuda, 2003, p. 210).

Nabídka volnočasových aktivit je socializační nástroj, který pomáhá člověku se rozvíjet v různých směrech. Může se jednat o kulturní, různé sportovní, rekreační, herní a další zábavné aktivity. Dalším typickým příkladem je například hipoterapie, nebo chození do divadla, či výlety do hor. Tyto aktivity mají také vliv na snížení stresu, zvýšení nezávislosti a pomáhají adiktologickým klientům hledat nové zájmy.

○ **Chráněné bydlení**

Chráněné bydlení je důležitou službou následné péče a vychází ze skutečnosti, že návrat klienta z léčby do původního prostředí může být náročný a mnohdy není reálné, aby si klient

v průběhu léčby zajistil samostatné bydlení. Zajištění chráněného bydlení může napomoci retenci a dokončení doléčování (Pavlovská & Makovská Dolanská, 2015, p. 473).

Ubytování je poskytováno na omezenou dobu, nutnou k sociální stabilizaci pacienta/klienta (zaměstnání a nalezení samostatného bydlení). Doba ubytování je stanovena předem (při vstupu klienta do programu) a je prodlužována jen ve výjimečných případech a je jasně uvedena v písemné smlouvě. Pacient/klient se finančně podílí na nákladech ubytování částkou stanovenou zařízením. Podmínkou poskytnutí ubytování je účast pacienta/klienta v doléčovacím programu podle jeho individuálního terapeutického plánu (Libra, 2015, pp. 65-66). Mezi základní pravidla patří dodržování „bezdrogového prostředí“ v objektu chráněného bydlení a respektování práv ostatních ubytovaných. Bydlení má podobu samostatného bytu nebo pokojů, které jsou určeny více osobám (Dvořák, 2003b, p. 215).

III. Psychologická rehabilitace

Existuje velké množství teorií vysvětlujících působení psychologických faktorů na vznik závislosti. Dle psychoterapeutického směru odlišujeme teorie behaviorální, kognitivní a psychoanalytické. Behaviorální teorie pokládají závislost za chování naučené. Kognitivní teorie považují závislost za strategii chování, která se odvíjí od tzv. jádrových přesvědčení vytvářených v dětství. Psychodynamické teorie vidí podstatu problému ve vývojové poruše osobnostní struktury, která pramení z problematického utváření vztahů v raných etapách života (Kalina, 2015a, p. 102). Dle Frouzové (2003, p. 124) lze říci, že lidé berou drogy a stávají se na nich závislími hlavně pro jejich účinky, které buď pomáhaly řešit stávající psychický stav (jako pocity odcizení, nemilovanosti, selhání a bezmoci, frustrace, tenze, apatie, nuda, deprese, emocionální bolest, nejistota, samota, nízká sebeúcta či sebevědomí), či nabízely něco, po čem jedinec toužil (např. odvaha, vzdor, únik, uvolnění, legrace, moc).

Psychologické a vztahové problémy je třeba zahrnout do léčebného procesu. Nezaměří-li se léčba i na tyto „hlubší“ vrstvy (narušené vývojové potřeby nebo rodinný systém), může se stát, že z ní pacienti vyjdou, ale budou hledat jiné formy kompenzace svých obtíží, nebo se k užívání psychoaktivních látek dříve či později vrátí (Hajný, 2015, p. 187). Proto je psychoterapie nezbytnou součástí v rehabilitaci závislých osob.

U adiktologických pacientů je také velmi častý souběh poruchy z užívání návykových látek a jiné psychické poruchy, nebo-li „komorbidita“ či „duální diagnóza“. Při neschopnosti řešit obě tyto poruchy současně se zvyšuje pravděpodobnost horší schopnosti jedinců dosáhnout cílů

rehabilitace. Často je však obtížné oddělit překrývající se příznaky a stanovit tak přesnou diagnózu a plán léčby (Koch & Rumrill, 2017, p. 143).

Psychologická, respektive psycho-sociální rehabilitace se orientuje na člověka, podporuje jeho silné stránky a optimismus. Hlavní složkou procesu je dodávání naděje. V psychosociální rehabilitaci se klade důraz na postupy, které jsou srozumitelné a snadno vysvětlitelné klientovi a vedou k ovlivnění chování (Šupa, 2010a, pp. 480-484). Zároveň je ale důležité porozumění faktorům, které vedly u daného člověka ke vzniku závislosti. V ČR se pokládá za velmi významnou metodu v léčbě závislostí skupinová, dynamicky orientovaná psychoterapie (Kalina, 2015b, p. 432).

Mezi psychoterapeutické cíle u lidí se závažnými duševními problémy patří: zmírnění nebo odstranění příznaků, zvýšení spokojenosti v životě, zabránění relapsu a hospitalizaci, snižování sociální izolace, zlepšení fungování v zaměstnání, v rodině a sociálních vztazích, zvýšení sebekontroly, sebedůvěry a sebevědomí, změna sebepojetí, kontrola afektů, zvládnání úzkostí a stresů, redukce strachu, posílení autonomie a další (Šupa, 2010a, p. 484).

Jako podpůrný prvek psychoterapeutického procesu i psychosociální rehabilitace působí psychoedukační programy, které pomocí zprostředkování vědomostí vedou k nové kognitivní orientaci, rozpoznávání emocí a k cílené modifikaci chování (Šupa, 2010a, p. 484). V případě adiktologických pacientů je třeba, aby se naučili rozpoznávat rizikové situace a spouštěče, které mohou vést k relapsu. Proto je **prevence relapsu** zásadní intervencí v léčbě závislostí. V Česku se prevence relapsu využívá především v oblasti následné péče (Pavlovská, 2015, p. 490). Obava z relapsu je klíčovým motivačním faktorem klientů pro vstup do doléčovacího programu. Hlavní náplň skupin prevence relapsu je předcházení návratu k závislostnímu chování skrze zpracovávání širokého spektra témat z různých oblastí, což umožňuje klientovi posunout svou životní stabilitu na vyšší úroveň. Je to kognitivně behaviorální přístup, který se zaměřuje na zvyšování kontroly kombinováním nácviku dovedností zvládnání, kognitivní restrukturalizace a intervencí zaměřených na stabilizaci životního stylu. Jde o to, aby klient zvládal rizikové situace rozpoznat a efektivně je zvládat (Kuda, 2003, p. 209).

o **Individuální psychoterapie**

Psychoterapie je odborné užívání psychologických postupů a prostředků při prevenci, léčbě a rehabilitaci poruch zdraví. Je součástí bio-psycho.sociálního přístupu ke zdraví a tvoří jeden ze základních článků systému péče o osoby trpící závislostí. Její uplatnění najdeme v různých

modifikacích ve všech typech služeb – od terénní práce, přes substituční programy, terapeutické komunity až po následnou péči. Psychoterapie je odborná a kvalifikovaná činnost, jejímž obsahem je léčení či ovlivňování duševního zdraví a pomoc při dosahování změny potřebné k rozvoji potenciálu duševního zdraví. Psychoterapie se zaměřuje především na člověka a jeho problémy se sebezpojetím, vztahy k druhým a ke světu. Jejím cílem je především odstranění nebo zmírnění psychologicky ovlivnitelných potíží a nejlépe jejich příčin. Naplnění cílů psychoterapie můžeme pozorovat na změnách v osobnosti, na chování a sociálních vztazích klienta (Kalina, 2013, p. 24; Miovský & Bartošíková, 2003a, pp. 25-26).

V individuální psychoterapii se setkává jeden terapeut s jedním klientem a její forma záleží na psychoterapeutickém směru. Individuální terapie může probíhat jak v rámci ústavní, tak ambulantní léčby (Miovský & Bartošíková, 2003b, p. 36).

o Skupinová psychoterapie

Skupinová psychoterapie využívá skupinovou dynamiku, která je dána interpersonálními vztahy a interakcemi členů skupiny, k léčebným účelům (Miovský & Bartošíková, 2003b, p. 37). Skupinová terapie funguje na principu koheze – soudržnosti a sounáležitosti, což členům nabízí vztahové přimknutí, akceptaci, pocit bezpečí, jistoty, důvěry a podpory. Skupinová terapie také podněcuje k otevřenému sebezprojevení i sebereflexi a zároveň skupina člověku poskytuje zpětnou vazbu o jeho chování. Konfrontace je do určité míry žádoucí. Člověk díky ní lépe porozumí tomu, co cítí lidé v jeho okolí a jak jej vnímají. Je to nezbytný prostředek růstu, získání náhledu, uvědomění si hranic. Emoce doprovázející konfrontaci pomáhají na cestě od změny postoje ke změně chování. Členství ve skupině má velký význam především u lidí, kteří jsou z různých důvodů odtrženi od sociálních kontaktů a kteří mají nedostatek blízkých lidí, kterým by se mohli svěřit (Kalina, 2013, pp. 407-418; Kalina, 2015b, pp. 432-434).

Při skupinovém sezení většinou sedí všichni členové včetně terapeutů v kruhu tak, aby na sebe všichni navzájem viděli. Kruh je symbolem jednoty, dokonalosti a harmonie. V magickém myšlení představuje ochranu proti zlým duhům a démonům (Kalina, 2013, pp. 31-32)

Skupinové programy využívají prvky různých směrů a přístupů, závisí na typu a cíli skupiny. V léčbě závislostí jsou v ČR nejčastěji využívány následující typy skupin:

- životopisné,
- tématické,
- dynamické,

- hodnotící,
- fokální,
- nácvikové,
- psychoedukační,
- motivační,
- genderové,
- skupiny s blízkými.

I po absolvování léčby se objevují nová témata vystávající až při konfrontaci s realitou mimo léčebné zařízení. Z toho důvodu je důležité nepřerušit kontakt s léčebným zařízením a vydržet v doléčovacím programu. V následné péči jde o podpůrnou psychoterapii zaměřenou dle Kudy (2008, p. 217) především na stabilizaci klientovy emotivity. V případě, že některá témata přesahují rámec programu následné péče, je vhodné mít kontakt na odborné psychoterapeuty, kteří s klientem mohou intenzivně pracovat s určitými tématy. Typickou formou skupinové psychoterapie v doléčování jsou **svépomocné skupiny**.

o **Rodinná terapie**

Patologická symptomatologie v rodině je často jedním z faktorů vzniku závislosti. V léčbě člověk prochází osobností změnou, což při návratu vyžaduje také změnu postojů a vzorců chování celé rodiny. Jindy rodiče závislého mohou být často několikrát zklamáni a zraněni, což vytváří atmosféru nedůvěry. Oba tyto případy mohou klientův návrat do stabilního života ztěžovat (Kuda, 2008, p. 220). Rodinné vztahy se odráží v psychice člověka a to i tehdy, když v ní nežije, protože nukleární rodina formuje podstatným způsobem osobnost a chování. Brát v úvahu rodinný kontext je tedy při práci se závislými vždy potřebné a přínosné, a to i v případě, kdy konkrétní práce s rodinou není možná nebo vhodná. Přínosné může být i symbolické zpracování rodinných témat ve skupinové nebo individuální terapii (Čtrnáctá, 2015, p. 507).

Práce s rodinnými příslušníky může být důležitou součástí také doléčování a napomáhat tak úzdravě a stabilizaci klienta. Důležité je však brát v úvahu i to, že v některých případech je obnova rodinných vztahů spíše kontraindikována a klient by měl směřovat spíše k odpoutání se ve smyslu, že přestane považovat urovnání vztahů za nutné (Kuda, 2008, p. 220).

o **Expresivní terapie**

Také expresivní techniky, kde se záměrně využívá prvků umění, jsou velmi důležitou součástí léčby závislostí. Pojem „expresivní“ vystihuje podstatu přístupu, kterou je sebevyjádření.

Kreativní činnost spouští údravné síly, vyvolává stav, kdy člověk získává kontakt sám se sebou, s druhými či se světem. Tento proces lze verbálně reflektovat a terapeuticky s ním dále pracovat. Expresivní techniky mají socializační efekt, dále mají vliv na změny v kognitivních funkcích a pomáhají psycho-somatické integraci. Mezi expresivní terapie patří například arteterapie, taneční pohybová terapie, dramaterapie, muzikoterapie a poetoterapie (Šupa, 2010b, p. 513).

IV. Pedagogická a pracovní rehabilitace

Tato složka rehabilitace má za cíl zmírnit hendikep a disabilitu, které způsobila závislost. Je úzce spojena se sociální rehabilitací a jejím cílem je sociální integrace a participace jedince.

o Pracovní a činnostní terapie

Pracovní činnost v léčebném procesu má zajistit, že si klient osvojí nebo obnoví pracovní návyky a dovednosti. Má ale také terapeutické a (re)socializační cíle a pomáhá k získání sociální zodpovědnosti a získání interpersonálních dovedností (Kalina, 2013, p. 456). V ČR je pracovní program běžnou součástí struktury denního programu krátkodobé, střednědobé a dlouhodobé léčby. Práce v externích podmínkách se většinou odehrává až v závěrečné fázi v terapeutických komunitách (Dvořák, 2003b, pp. 216-217).

V apolinářském modelu léčby závislostí – respektive na Klinice adiktologie je pracovní terapie pojmenována také jako **ergoterapie**. Nicméně obor ergoterapie se řadí mezi zdravotnické léčebné obory, jež jsou součástí léčebné rehabilitace. Dalo by se říci, že ergoterapie v adiktologii se nachází na pomezí pracovní a činnostní terapie a léčebné rehabilitace. Ergoterapeut je také kompetentní k provádění předpracovní rehabilitace (Schönová & Kolář, 2009, pp. 297-299).

o Chráněné pracovní programy

Zaměstnání je pro závislé základním cílem na cestě k integraci do normálního života. Často ale čelí poměrně velkému množství překážek. Adiktologičtí klienti často postrádají jakoukoliv pracovní zkušenost a vzdělání. Celá věc je ještě komplikována trestnou činností páchanou v průběhu užívání drog, což ztěžuje jejich zaměstnanost (Kuda, 2008, p. 218).

Součástí doléčovacího programu mohou být chráněné pracovní programy (nebo-li chráněné dílny), což je forma podporovaného zaměstnání. Tyto programy slouží ke zvýšení pracovních dovedností až do úrovně rekvalifikace, zpevnění pracovních návyků a získání práce u externího zaměstnavatele. Délka poskytování chráněných pracovních programů je na omezenou, nezbytně nutnou dobu stanovenou v léčebném/individuálním plánu. Délka může být

prodlužována v indikovaných případech dle pacientovy/klientovy situace. Podmínkou poskytnutí chráněných pracovních programů je účast pacienta/klienta na terapeutickém programu podle individuálního terapeutického plánu (Libra, 2015, p. 66). Podporované pracovní programy jsou zpravidla dotovány. Dříve než klientovi poskytneme nějaký pracovní program, měli bychom zjišťovat a ptát se, zda a jak je klient vdělatelný a zaměstnatelný, s ohledem na předchozí profesní dovednosti a současný způsob života. Každá služba typu chráněného bydlení či zaměstnání by mělaa dobře zhodnotit možnosti klienta a co nejvíce podporovat jeho samostatnost. Tyto programy by neměly sloužit k úniku před okolním světem, ale ke zvýšení schopnosti obstat v běžné společnosti (Dvořák, 2003b, p. 216-218).

3. Jaké části ambulantního doléčovacího programu na Klinice Adiktologie 1. LF a VFN jsou shodné s definicí a cíli rehabilitace, jak vypadá jejich obsah a kým jsou zajišťovány?

Dle Pecinová et al. (2020) léčebný systém založený na apolinářském modelu dlouhodobě naplňuje principy konceptu recovery. Cílem ženského doléčovacího programu je stabilizace bezdrogového života po léčbě, zvládnání komunikačních dovedností, zpětné vazby a zkvalitňování komunikace, rozvoj sebedůvěry, zvládnání skutečných problémů a růst osobnosti, sociální intergrace s podporou okolí, hledání a udržení zdravého životního stylu a schopnost seberealizace v dlouhodobém vývoji.

Jak už bylo řečeno, za klíčový nástroj recovery považujeme právě rehabilitaci. Nicméně komplexní rehabilitace tak, jak byla definována v teoretické části, je v ambulantním doléčovacím programu na ženském i mužském oddělení naplňována jen částečně. Program pokrývá především část rehabilitace, jež se zaměřuje na psycho-sociální oblasti a témata.

V ambulantní složce doléčovacího programu je tedy aplikována psychická a sociální rehabilitace, nebo-li psycho-sociální rehabilitace. Léčebná rehabilitace ve smyslu složky fyzické není běžnou součástí ambulantního doléčovacího programu. Na LOŽ byla možnost (před začátkem pandemie COVID-19) přijít na skupinovou lekci jógy, řízenou bývalou pacientkou. Vzhledem k chybějící odbornosti však není možné toto nijak vykazovat na pojišťovnu. Naopak v pobytovém doléčovacím programu je poněkud více zahrnuta složka somatické léčebné rehabilitace skrze pohybové aktivity v programu. Nicméně jsou to většinou aktivity řízené samotnými pacienty a v zařízení není zaměstnanec, který by mohl plně zastoupit terapeuta, jež by

měl na starosti veškeré pohybové aktivity v rámci programu, a především který by měl dostatečnou kvalifikaci pro jejich cílené vedení.

Ani pracovní rehabilitace není součástí ambulantního doléčovacího programu, zatímco při opakovací léčbě je v rámci programu zahrnuta pracovní terapie.

4. Co předchází samotné realizaci rehabilitace v doléčovacím programu na Klinice Adiktologie VFN a co na ni navazuje?

Jak na mužském, tak na ženském oddělení v naprosté většině doléčovací program na Klinice adiktologie navazuje na pobytovou – rezidenční střednědobou léčbu. Na mužském oddělení v minimální délce 13 týdnů, na ženském je doporučená délka léčby 17 týdnů. Základní léčba je ukončena volnou tribunou a vypracováním elaborátu „Co mi dala léčba“. Na LOŽ tento elaborát musí obsahovat také plán doléčování.

Na mužském oddělení začínají pacienti v posledním měsíci léčby chodit do doléčovací skupiny. Cílem je ten, aby se mohli svobodně rozhodnout, zda na tyto skupiny budou chodit nadále.

Doléčovací skupiny jsou otevřené ale i pro pacienty, kteří absolvovali základní léčbu jinde, případně také pro rodinné příslušníky i pro čekatele na nastoupení do léčby. Nezbytná je abstinence od návykových látek pro všechny členy skupiny.

S pacientem se neuzavírá individuální kontrakt ani smlouva o poskytování služby doléčovacího programu a účast na doléčovacím programu je dobrovolná, ale zároveň je pacientům zařízením doporučovaná a v rámci základní léčby je kladen důraz na to, že je potřeba nezanedbat následnou péči.

Celková délka doléčovacího programu není formálně stanovená a není s pacientem nijak ukončována. Je to dáno tím, že účast na doléčování je dobrovolná. Na LOŽ je však délka doléčování doporučovaná především první 3 roky po absolvování léčby. Udržení kontaktu s léčebným programem se doporučuje po dobu 10 let.

5. Jak je rehabilitace v ambulantní formě doléčovacího programu hrazená a jak je tato péče vykazována?

Ambulantní doléčovací program spočívá v doléčovacích psychoterapeutických skupinách, které jsou vykazované na pojišťovnu jako Psychoterapie skupinová. Dále je před začátkem

skupiny provedeno vyšetření alcotestem, v některých případech i test na přítomnost drog v moči, nebo podání antabusu lékařem.

Pobytová forma doléčovacího programu je hrazena paušálně, tzn. za lůžko / den. Při opakovací léčbě a na společném extramurálním pobytu je pacient přijímán lékařem a hospitalizován po dobu pobytu.

6. Proč by mohl být fyzioterapeut jakožto nový člen v terapeutickém týmu v doléčovacím programu přínosný, co by mělo být náplní jeho práce a jaké výkony by mohl vykazovat na pojišťovnu?

Zástupci z LOM i LOŽ si myslí, že by přítomnost fyzioterapeuta v týmu byla užitečná a vítaná, a to jak na lůžkovém oddělení, tak v doléčovacím programu. Myslí si, že pohybová aktivita, zdravý životní styl a řešení zdravotních obtíží jsou častá a důležitá témata mezi pacienty. Sami se však necítí být dostatečně kompetentní k tomu jim určit, jak a co by měli cvičit a jaké pohybové aktivity, případně konkrétní cviky jsou pro ně vhodné. Pacienti také často řeší svou váhu a vzhled. Na mužském oddělení má hodně pacientů také zkušenost s vrcholovým sportem. Mnoho pacientů je po úrazech, trpí na bolesti pohybového aparátu a další onemocnění. Někteří pacienti doléčovacího programu jsou vyšší věková kategorie, s čímž zdravotní problémy narůstají.

Pokud by cílem doléčovacího programu byla aplikace komplexní rehabilitace, pak je přítomnost fyzioterapeuta v týmu téměř nezbytná. Případně by mohla být zajistěna úzká spolupráce s externím zařízením. Fyzioterapeut by mohl se svými znalostmi a kompetencemi přispět ke kvalitnějšímu pohybovému vedení pacientů, podpořit jejich motivaci se pohybu věnovat ve svém volném čase. Dalším benefitem by mohla být možnost individuální konzultace s fyzioterapeutem a komplexní kineziologické vyšetření včetně odebrání komplexní anamnézy nejen pohybových možností, ale také na pracovní a sociální omezení. V případě indikací by mohla být prováděna individuální terapie, která by mohla sestávat z manuálních technik (jako jsou mobilizace, techniky měkkých tkání, vazivová masáž) a z cíleně nastaveného cvičení, dle možností pacienta. I samotný dotyk může mít v mnoha směrech velký terapeutický potenciál.

Důležité je brát na mysl, že někteří pacienti využívají pohybovou aktivitu jako jakýsi únik od ostatních problémů a věnují se sportu příliš často a intenzivně, což může vést až k negativnímu vlivu na tělo i psychiku a k vyčerpání. Proto by fyzioterapeut mohl pacienty nejen vést ke cvičení, ale v případě, kdy se pacient věnuje sportu příliš moc, jej usměrňovat a vést ho spíše k relaxačnímu cvičení.

Náplní fyzioterapeuta na Klinice adiktologie by mohlo být (konkrétní výkony viz. tab. č. 4):

- Kineziologické vyšetření a stanovení individuálního léčebně-rehabilitačního plánu, průběžné kontrolní vyšetření;
- Vedení skupinových pohybových cvičení – na pokoji, v tělocvičně, venku, či na sportovním hřišti za využití různých pomůcek, a to ve skupině do 12 pacientů. Podle Hátlové (2003, p. 94) je účinnost kinezioterapie vyšší, probíhá-li v malých skupinách právě do 12 osob;
- Individuální léčebná tělesná výchova – cvičení pod dohledem fyzioterapeuta zaměřené především na zvyšování svalové síly, udržení a zlepšení hybnosti;
- Instruktaž pacienta – edukace, vysvětlení a nácvik cviků, které si bude pacient dělat sám;
- Individuální kinezioterapie – cvičení založené na speciálních fyzioterapeutických metodách a přístupech používané za cílem zvýšení svalové síly, zvětšení rozsahu pohybu, reedukace pohybových stereotypů, zmírnění bolesti nebo využití metod respirační fyzioterapie.
- Manuální techniky – techniky měkkých tkání, reflexní a vazivová masáž, mobilizace páteře a kloubů.

KÓD VÝKONU	NÁZEV VÝKONU
21001	Komplexní kineziologické vyšetření
21002	Kineziologické vyšetření
21003	Kontrolní kineziologické vyšetření
21017	Vyšetření s použitím přístroje
21211	Léčebná tělesná výchova skupinová - typ I (3 - 5 osob)
21213	Léčebná tělesná výchova skupinová – typ II (6 - 12 osob)
21215	Léčebná tělesná výchova – instruktáž a zácvik pacienta a jeho rodinných příslušníků
21219	Léčebná tělesná výchova individuální pod dohledem na přístrojích
21221	Individuální kinezioterapie I
21225	Individuální kinezioterapie II
21413	Techniky měkkých tkání

21415	Mobilizace páteře a periferních kloubů
21713	Masáž reflexní a vazivová

Tab. č. 4: Přehled výkonů s bodovými hodnotami, který by mohl fyzioterapeut v ambulantním provozu na Klinice adiktologie vykazovat na pojišťovnu.

Možnosti provádění výkonů fyzioterapeutem se liší podle míry jeho vzdělání, délky praxe a absolvovaných kurzů. Ideální by byl v tomto případě fyzioterapeut, který může vykonávat své povolání bez odborného dohledu. Pro to, aby mohl výkony s bodovým hodnocením vykazovat, je potřeba, aby měl pacient od lékaře vystaven poukaz FT, podle kterého se fyzioterapeut v terapii řídí a na jehož základě může vykazovat provedené výkony.

Další možností zefektivnění a lepšího financování rehabilitace by mohlo být zaměstnání ergoterapeuta, což je také zdravotnická profese, která těsně navazuje na fyzioterapii. Také ergoterapeut může své zdravotní výkony vykazovat na pojišťovnu. Nicméně tato odbornost není v naší kompetenci a proto by bylo vhodné téma financování ergoterapie v doléčovacím programu (na Klinice adiktologie) zpracovat v další práci specialistou vzdělaným z oboru ergoterapie.

15. DISKUZE A ZHODNOCENÍ

Cílem výzkumné části této práce bylo zmapovat koncept rehabilitace, analyzovat způsob, jakým jsou teorie a koncept rehabilitace, rehabilitačních metod a postupů využívány v oboru adiktologie, respektive přímo v tzv. Apolinářském modelu komplexní léčby závislostí, a v oboru fyzioterapie, tyto dva obory porovnat a hledat jejich překrytí v oblasti rehabilitace. Dalším cílem bylo zhodnotit obsah rehabilitace aplikované v ambulantní formě doléčovacího programu léčby závislostí na ženském a mužském oddělení na Klinice adiktologie, včetně zhodnocení personálního zajištění rehabilitace poskytované v rámci programu a porovnání realizace rehabilitace se způsobem vykazování zdravotní péče v tomto zařízení. Konečným cílem bylo posoudit, zda by bylo možné v budoucnosti vylepšit obsah a financování komplexní rehabilitace díky uplatnění fyzioterapeuta jako součásti multidisciplinárního terapeutického týmu.

Koncept rehabilitace v adiktologii, respektive v doléčovacím programu založeném na apolinářském modelu léčby závislostí, nebyl v literatuře dostatečně popsán a jeho definice a cíle jsou nejasné. My jsme se pokusili takový koncept rozvinout v rámci první a druhé výzkumné otázky. Rehabilitace závislého začíná již jeho nastoupením do léčby, ale nejdůležitější část začíná

s ukončením základní léčby a s počátkem následné péče. Účast na doléčovacím programu zvyšuje pravděpodobnost udržení abstinence a napomáhá pacientově stabilizaci ve „vnějším světě“ a v bezdrogovém životě. Proto je rehabilitace v následné péči důležitá a předpokládáme, že čím více intervencí je pacientům nabízeno, tím větší je pravděpodobnost, že se v doléčovacím programu udrží.

Pro zodpovězení třetí až šesté výzkumné otázky byl proveden výzkum na Klinice adiktologie, jehož cílem bylo analyzování komponent rehabilitace v ambulantní složce doléčovacího programu na ženském i mužském oddělení. Konkrétními metodami sběru dat bylo: pozorování, čtení dokumentů souvisejících s doléčovacím programem a semi-strukturované rozhovory se zaměstnanci. Vzhledem k pandemii koronaviru SARS CoV-2 a z důvodu vyhlášeného nouzového stavu od října 2020 nebylo možné navštěvovat zařízení podle původního výzkumného plánu a účast výzkumníka na doléčovacích skupinách na mužském oddělení nebyla z důvodu protipandemických opatření umožněna. Z důvodu časové tísně již nebylo možné čekat, zda se situace v následujících měsících zlepší. Nicméně se dá říci, že i přes komplikace se podařilo cíle výzkumu naplnit a výzkumné otázky zodpovědět.

Naším předpokládaným výsledkem bylo, že realizace rehabilitace v ambulantní formě doléčovacího programu na odděleních Kliniky adiktologie není dostatečná a že rehabilitace tak, jak je definována v literatuře, je v programu implementována pouze částečně a odvětví rehabilitace, které se zaměřuje na fyzickou a pohybovou stránku, není v programu zahrnuté vůbec, nebo jen minimálně. Podle sesbíraných informací a jejich analýzy byl tento předpoklad pravdivý. V ambulantním doléčovacím programu pohybová terapie nebo jiná forma terapie zaměřující se na řešení fyzických obtíží není.

V pobytové formě doléčovacího programu jsou složky rehabilitace uplatňovány více než v ambulantní formě, nicméně pohybové intervence nejsou zajišťovány odborníkem specializovaným v dané oblasti. Řešením by mohla být přítomnost fyzioterapeuta. Problémem je však financování a působení fyzioterapeuta v rámci pobytové formy programu by bylo pro Kliniky adiktologie nevýhodné. Této formě doléčovacího programu byla věnována diplomová práce Ostrčilové (2019). Pokud by byly splněny určité podmínky, bylo by možné zvažovat založení fyzioterapeutické ambulance, jež by mohla být součástí ambulantního doléčovacího programu. Zde by mohl fyzioterapeut vykazovat výkony s bodovými hodnotami na zdravotní pojišťovnu. Nicméně pro to, aby mohl fyzioterapeut tyto výkony provádět, je nutné, aby pacient měl od lékaře vypsany poukaz FT s konkrétním zadáním pro terapii.

Co se týče srovnání ženského a mužského oddělení, koncept rehabilitace a doléčovacího programu na ženském oddělení je poněkud lépe definován než na oddělení mužském. Tento program je definován v operačním manuálu včetně jeho cílů a principů. Doléčovací program na mužském oddělení v současnosti prochází určitými změnami a vytváření jeho koncepce je teprve na počátku. Nicméně ani na jednom z oddělení není rehabilitace prováděna tak, jak je definována v literatuře, a v implementaci rehabilitace se doléčovací programy na mužském a ženském oddělení velmi podobají.

Podle rozhovorů se zaměstnanci z ženského i mužského oddělení by byla přítomnost fyzioterapeuta v doléčovacím programu velmi přínosná a prospěšná a rehabilitace by díky tomu byla efektivnější. Pacienti často řeší problémy s pohybovým aparátem i další nemoci, které ovlivňují kvalitu jejich života, ať už vznikly před rozvojem závislosti, či jako její důsledek.

Je možné si například představit, že by fyzioterapeut jednou či dvakrát týdně vedl skupinová cvičení pro pacienty v celkovém počtu do 12 osob, stejně jako jsou pravidelně jednou týdně pořádány doléčovací skupiny. Případně by se mohli pacienti přiřazovat do určitého typu skupiny – například skupina zaměřená na zvýšení svalové síly a kondice, skupina zaměřená na zmírnění bolestí, skupina zaměřená na relaxační cvičení, na zlepšení vnímání těla a podobně. K tomu by mohl fyzioterapeut fungovat ve své ordinaci pro individuální terapii, provádět kineziologické vyšetření, stanovovat léčebný plán a provádět související úkony.

Výhoda fyzioterapeuta v ambulantním doléčovacím programu by mohla být ta, že pacient již funguje ve svém denním a pracovním režimu, proto by nebylo potřeba nijak zasahovat do programu lůžkové léčby a pacienti by se mohli na fyzioterapii domlouvat individuálně dle svých časových možností. Zároveň by mohlo být pro pacienty motivační, že by mohli průběžně udržovat kontakt s odborníkem, který jim může v oblasti pohybu a v řešení fyzických obtíží poradit a doporučit pro ně vhodné cvičení.

Vzhledem k cílové skupině by však měl fyzioterapeut pracující s osobami závislými na NL mít poněkud širší okruh znalostí, než čistě fyzioterapeutických. Bylo by vhodné, aby měl také znalosti z oblasti psychologie, psychoterapie, psychiatrie a především adiktologie a aby dokázal pracovat s motivací. Vhodný by byl například kurz motivačních rozhovorů a základní krizové intervence. Také by měl brát v potaz možnou traumatizaci pacientů v minulosti, a to především u ženských pacientek, která může ovlivňovat jejich vnímání vlastního těla a vnímání doteku jinými. S takovým pacientem je potom třeba pracovat jinak, například skrze psychoterapii zaměřenou na tělo.

Tyto úvahy jsou teoretickým nástínem, jak by práce fyzioterapeuta v doléčovacím programu na Klinice adiktologie mohla vypadat. V praxi je to však cesta složitější a jeho přijetí na kliniku je jistě podmíněno dalšími faktory, které by bylo potřeba nejdříve vyřídit – například zjistit, co vše je potřeba pro realizaci fyzioterapie v zařízení, vybudovat zázemí pro fyzioterapeuta, vymyslet systém předepisování FT poukazů a podobně.

16. ZÁVĚR

Tato diplomová práce byla věnována konceptu rehabilitace v adiktologii, respektive v apolinářském modelu léčby závislostí. V teoretické části práce jsme zmapovali, jak je pojem rehabilitace ukotven v literatuře, jaké jsou její jednotlivé komponenty a jak je na ni pohlíženo v oboru adiktologie a v oboru fyzioterapie. Další kapitoly v teoretické části jsou věnovány kinezioterapii a pohybové terapii v psychiatrii a v léčbě závislostí. A konečně je čtenář seznámen s apolinářským modelem léčby závislostí a s tím, co je a co by měl obsahovat doléčovací program.

Pojem rehabilitace osoby se závislostní poruchou nelze chápat pouze jako léčbu na úrovni fyzické, s čímž bývá pojem rehabilitace často spojován. Je to mnohem komplexnější pojem, který zahrnuje intervence multidisciplinárního charakteru, jejichž společným cílem je údrava člověka a zmírnění problémů spojených s nemocí v co největší možné míře. Pro to, aby byla rehabilitace aplikována tak, jak je v literatuře popisována, je potřeba mezioborová spolupráce. V léčbě závislostí by pak byl vhodným členem terapeutického týmu také fyzioterapeut, který léčí především prostřednictvím pohybu. A pohyb má pozitivní vliv nejen na tělo, ale může ovlivňovat také psychiku a podporovat psycho-sociální integraci člověka.

Výzkumná část této práce byla věnována evaluaci aplikace rehabilitace v doléčovacím programu na Klinice adiktologie, přičemž jsme se zaměřovali především na ambulantní formu tohoto programu. Cílem bylo zjistit, jaké složky rehabilitace jsou součástí doléčovacího programu, jak jsou personálně zajišťovány a financovány. Speciálně jsme se zaměřovali na intervence obsahující pohybové aktivity a kinezioterapii. Konečným cílem bylo zvážit, jak by mohl přispět v rehabilitaci v rámci doléčovacího programu fyzioterapeut a jaká by mohla být náplň jeho práce včetně návrhu seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, které by bylo vhodné a možné v rámci Kliniky adiktologie realizovat.

V rámci ambulantního doléčovacího programu dosud nejsou implementovány žádné pohybové aktivity či cílená terapie zaměřená na fyzickou či psycho-somatickou složku člověka.

Nicméně je zřejmé, že fyzioterapeut by mohl tento program obohatit a se svou odborností přispět k zefektivnění rehabilitace závislých pacientů. Co se týče financování, v ambulantní formě by mělo, za určitých podmínek, být možné vykazovat výkony fyzioterapeuta na pojišťovnu.

Dá se říct, že cíle výzkumu této diplomové práce byly splněny a výzkumné otázky se podařilo zodpovědět.

17. REFERENCE

Adamíková, Ž. (2017). Pohybová terapie v ústavní léčbě závislostí [Bakalářská práce]. Univerzita Karlova, 2. lékařská fakulta, Klinika rehabilitace a tělovýchovného lékařství.

Americans with Disabilities Act of 1990 (ADA), as amended. (2009). Information and Technical Assistance on the Americans with Disabilities Act. Retrieved January 31, 2021, from <https://www.ada.gov/pubs/adastatute08.htm#12101>

Anonymní alkoholici. (2020). Je AA pro mě?. Retrieved May 01, 2020, from <https://www.anonymnialkoholici.cz/nove-prichozi/je-aa-pro-me/>

Bilsky, W., & Cairns, D. (2005). Faceting Program Evaluation: A Systematic Approach. In W. Bilsky & D. Elizur, Facet theory: Design, Analysis and Applications (pp. 19-25). Praha: Zeithamlová, Agentura Action M.

Blake, H. (2010). Physical Activity in Rehabilitation and Recovery. Nova Science Publishers, Inc.

Bouček, J. (2004). Rehabilitace v psychiatrii [Online]. Psychiatria Pre Prax, 2004(5), 233-235. Retrieved from http://www.psychiatriapreprax.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=1907&magazine_id=2

Broulíková, H. M., Dlouhý, M., & Winkler, P. (2020). Ekonomické hodnocení ve zdravotnictví: ZAMĚŘENO NA DUŠEVNÍ ZDRAVÍ (1.). Národní ústav duševního zdraví.

Brown, R. A., Abrantes, A. M., Read, J. P., Marcus, B. H., Jakicic, J., Strong, D. R., Oakley, J. R., Ramsey, S. E., Kahler, C. W., Stuart, G. L., Dubreuil, M. E., & Gordon, A. A. (2010). A pilot study of aerobic exercise as an adjunctive treatment for drug dependence. *Mental Health and Physical Activity*, 3(1). <https://doi.org/10.1016/j.mhpa.2010.03.001>

Carpenter, J. (2011). Project management in libraries, archives and museums: Working with government and other external partners (1st ed.). Oxford: Chandos Publishing.

Čablová, L. (2012). Svépomocné skupiny. *Adiktologie*, 12(2), 161-163.

Čtrnáctá, Š. (2015). Rodinná terapie a práce s blízkými. In K. Kalina a kol., *Klinická adiktologie* (1st ed., pp. 492-509). Grada Publishing.

Debnárová, J., & Schönová, K. (2020). Podpůrná doléčovací skupina: Lůžkové oddělení muži.

Dvořáček, J. (2020). Ústavní léčba v Červeném Dvoře. Červený Dvůr: Tradice a kvalita v léčbě závislostí. Retrieved April 23, 2020, from <https://cervenydvur.cz/wp-content/uploads/2020/03/L%C3%A9%C4%8Dba-v-%C4%8Cerven%C3%A9m-Dvo%C5%99e.pdf>

Dvořák, D. (2003a). Sociální rehabilitace. In K. Kalina a kol., *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup* (pp. 63-67). Úřad vlády České republiky.

Dvořák, D. (2003b). Chráněné bydlení a chráněná práce. In K. Kalina a kol., *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup* (pp. 215-219). Úřad vlády České republiky.

Dvořák, V. (2020). Závislosti – ženy. Psychiatrická Nemocnice Bohnice. Retrieved April 23, 2020, from <https://www.bohnice.cz/lecba/zavislosti-zeny/>

Dylevský, I. (2007). *Obecná kineziologie*. Grada.

Frouzová, M. (2003). Psychologické a psychosociální faktory vzniku a rozvoje závislosti. In K. Kalina a kol., *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup* (pp. 124-129). Úřad vlády České republiky.

Gómez-Conesa, A., & Catalán-Matamoros, D. (2017). Physiotherapy and Substance Misuse. In M. Probst & L. Skjærven, *Physiotherapy in Mental Health and Psychiatry: a scientific and clinical based approach* (1st ed., pp. 234-240). Elsevier.

Guerrero, C. R. (2018). The Importance of Formative Evaluation in Program Planning. Retrieved from https://www.researchgate.net/publication/333386274_The_Importance_of_Formative_Evaluation_in_Program_Planning

Hajný, M. (2015). Psychologické, vývojové a rodinné faktory vzniku a udržování závislosti. In K. Kalina a kol., *Klinická adiktologie* (pp. 172-189). Grada Publishing.

Hátlová, B. (2003). *Kinezioterapie: pohybová cvičení v léčbě psychických poruch* (2. přeprac. vyd.). Karolinum.

Hátlová, B., & Adámková, M. (2009). Psychomotorická terapie. In *Rehabilitace v klinické praxi* (pp. 670-674). Galén.

Hátlová B., Adámková S., Bašný Z. (2013): Psychomotorická terapie – využití aktivního pohybu v léčbě psychiatrických pacientů. *Psychosom*, 11(2), 93-104.

Hendl, J., & Remr, J. (2017). *Metody výzkumu a evaluace* (1st ed.). Praha: Portál.

Inanlou, M., Bahmani, B., Farhoudian, A., & Rafiee, F. (2020). Addiction Recovery: A Systematized Review. *Iranian journal of psychiatry*, 15(2), 172–181. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7215253/>

International statistical classification of diseases and related health problems, ICD-10. (2016) (5. ed.). Geneva: World Health Organization.

Javůrek, J. (1999). *Propedeutika fyzioterapie a rehabilitace* (2. dopl. vyd). Karolinum.

Jeřábek, K. (2008). Psychopatologie závislosti. In K. Kalina a kol., *Základy klinické adiktologie* (pp. 53-74). Grada.

Jeřábek, P. (2015). Psychopatologie závislosti. In K. Kalina a kol., *Klinická adiktologie* (1st ed., pp. 190-210). Grada Publishing.

Kalina, K. a kol. (2001). *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí* © Úřad vlády České republiky. Publikaci vydalo o.s. Filia Nova pro Radu vlády ČR - Meziresortní protidrogovou komisi.

Kalina, K. (2008). Ženy a muži jako specifické cílové skupiny. In K. Kalina a kol., *Základy klinické adiktologie* (pp. 265-274). Grada.

Kalina, K. (2013). *Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii*. Grada.

Kalina, K. (2015a). Bio-psycho-socio-spirituální model a jeho implikace pro odbornou péči. In K. Kalina a kol., *Klinická adiktologie* (pp. 101-128). Grada Publishing.

Kalina, K. (2015b). Skupinové terapie. In K. Kalina a kol., *Klinická adiktologie* (pp. 432-445). Grada Publishing.

Klimešová, L. (2017). *Vývoj apolinářského modelu léčby závislosti na alkoholu v historickém vývoji v kontextu domácího odborného písemnictví mezi lety 1957 a 1989* [Diplomová práce]. Univerzita Karlova, 1. Lékařská fakulta, Klinika adiktologie.

Klinika adiktologie. (2021). *Lůžkové oddělení ženy*. Klinika Adiktologie. Retrieved February 22, 2021, from <https://www.adiktologie.cz/luzkove-oddeleni-zeny>

Klinika adiktologie. (2021). *Lůžkové oddělení muži*. Klinika Adiktologie. Retrieved February 22, 2021, from <https://www.adiktologie.cz/luzkove-oddeleni-muzi>

Koch, L. C., & Rumrill, P. D. (2017). *Rehabilitation Counseling and Emerging Disabilities: Medical, Psychosocial, and Vocational Aspects*.

Kolář, P. et al. (2009). *Rehabilitace v klinické praxi*. Galén.

Kolář, P., & Máček, M. (2015). *Základy klinické rehabilitace* (1st ed.). Praha: Galén.

Kuda, A. (2008). Sociální rehabilitace a následná péče. In K. Kalina a kol., *Základy klinické adiktologie* (pp. 215-224). Grada.

Kuda, A. (2003). Následná péče, doléčovací programy. In K. Kalina a kol., *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup* (pp. 208-214). Úřad vlády České republiky.

Libra, J. (2015). *Standardy odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující adiktologické odborné služby* (2.5nd ed.). Praha: Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky. Retrieved from https://www.vlada.cz/assets/ppov/protidrogova-politika/certifikace/Standardy_odborne_zpusobilosti_uprava_zari_2015.pdf

MKN-10: mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů : desátá revize : obsahová aktualizace k 1.1.2018. (2018). Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR.

Mioviský, M. (2003). Problémy mezioborového přístupu k léčbě závislostí. In K. Kalina a kol., *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup* (pp. 15-18). Úřad vlády České republiky.

Mioviský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing.

Mioviský, M. (E.). (2013). *Koncepce sítě specializovaných adiktologických služeb v České republice*. Praha: Klinika adiktologie.

Mioviský, M., & Bartošíková, I. (2003a). Možnosti a meze psychoterapie v léčbě závislostí. In K. Kalina a kol., *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup* (pp. 25-29). Úřad vlády České republiky.

Mioviský, M., & Bartošíková, I. (2003b). Hlavní psychoterapeutické přístupy. In K. Kalina a kol., *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup* (pp. 36-44). Úřad vlády České republiky.

Navrátil, P. (2003). Sociální práce. In K. Kalina a kol., *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup* (pp. 70-76). Úřad vlády České republiky.

Nešpor, K. (2005). Pohybová cvičení a jóga v prevenci a léčbě závislosti. *Časopis lékařů českých*, 144, 53-55. <http://www.prolekare.cz/casopis-lekaru-ceskych-clanek/pohybova-cviceni-a-joga-v-prevenci-a-lecbe-zavislosti-3334>

Nešpor, K. (2017). Fyzická aktivita, jóga a jejich působení na psychiku. *Cognitive Remediation Journal*, 6(1), 17-33. <http://www.drnespor.eu/Y-Psy2.doc>

Neupauer, P. (2019). Primariát VI. Psychiatrická Nemocnice V Dobřanech. Retrieved April 23, 2020, from <https://www.pldobrany.cz/primariat-vi-odd-2-13-26.html>

Ocisková, M., & Praško, J. (2015). *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. Grada Publishing.

Ostrčilová, K. (2019). Analýza rehabilitační komponenty doléčovacího programu na bázi Apolinářského modelu léčby závislostí na návykových látkách (Diplomová práce). Praha.

Pavlovská, A., & Makovská Dolanská, P. (2015). Následná péče a sociální rehabilitace. In K. a kol. Kalina, *Klinická adiktologie* (pp. 469-470). Praha: Grada Publishing.

Pecinovská, O., Heller, J., & Vondrová, A. (2020). Doléčovací program lůžkové oddělení ženy Kliniky adiktologie VFN a 1.LF UK: Doléčování je integrální součástí léčby závislosti. Praha.

Pěč, O., Vachková, L., & Mužík, J. (2009). Rehabilitace v psychiatrii. In *Rehabilitace v klinické praxi* (pp. 663-670). Galén.

Pfeiffer, J. (2005). Systém moderní rehabilitace. In S. Trojan, J. Votava, R. Druga, & J. Pfeiffer, *Fyziologie a léčebná rehabilitace motoriky člověka* (3., přeprac. a dopl. vyd, pp. 195-227). Praha: Grada.

Plachý, B. (2020). Primariát léčby návykových nemocí. Psychiatrická Nemocnice Horní Beřkovice. Retrieved April 23, 2020, from <https://pnhberkovice.cz/index.php/cs/pro-pacienta/primariaty/lecby-navykovych-nemoci#lecba-zeny>

Preslová, I. (2015). Gender a drogy. In K. a kol. Kalina, *Klinická adiktologie* (pp. 559-568). Praha: Grada Publishing.

Probst M., Skjaerven L., Parker A., et al. (2015). Provisional definition of physiotherapy in mental health. IOPTMH Newsletter, 6 June 2015 .

Probst, M., & Skjærven, L. (2017). *Physiotherapy in Mental Health and Psychiatry: a scientific and clinical based approach*. Elsevier.

Psychiatrická nemocnice Jihlava. (2020). Pavilon 9. Psychiatrická Nemocnice Jihlava. Retrieved April 23, 2020, from https://www.pnj.cz/pavilony/pavilon_9

Psychiatrická nemocnice v Opavě. (2016). 3. Stanice pro léčbu závislosti na alkoholu - ženy. Psychiatrická Nemocnice V Opavě. Retrieved April 23, 2020, from <http://www.pnopava.cz/cs/page/2-stanice-3/>

Rossi, P. H., Lipsey, M. V., & Freeman, H. E. (2004). *Evaluation: A Systematic Approach* (7. ed.). United States of America: Sage Publications.

Sainsbury, M. J., & Young, E. (1965). Physiotherapy and Psychiatry. *Australian Journal of Physiotherapy*, 11(2), 54-58. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0004-9514\(14\)60949-1](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0004-9514(14)60949-1)

SAMHSA (Substance Abuse and Mental Health Services Administration). (2012). SAMHSA's working definition of recovery: 10 guiding principles of recovery. Publication PEP 12-RECDEF. Dostupné z: <https://store.samhsa.gov/system/files/pep12-recdef.pdf>

Schönová, V., & Kolář, P. (2009). Ergoterapie. In P. Kolář et al., *Rehabilitace v klinické praxi* (pp. 297-299). Galén. Schönová, V., & Kolář, P. (2009). Ergoterapie. In P. Kolář et al., *Rehabilitace v klinické praxi* (pp. 297-299). Galén.

Skála, J., Maťová, A., Hrodková, J., & Homolková, J. (1973). Bodovací systém a terapeutická komunita. *Československá Psychiatrie*, 69(5), 303-309.

Skála, J. (1998). *Lékařův maraton: Ber a dávej*. Praha: Český spisovatel.

Světová zdravotnická organizace (2000). *Mezinárodně platné pokyny k evaluaci služeb, a systémů zaměřených na léčbu poruch způsobených užíváním návykových látek*. Geneva: World Health Organisation.

Šupa, J. (2010a). Využití psychoterapie v rámci psychosociální rehabilitace lidí se závažným duševním onemocněním. In Z. Vybíral & J. Roubal, *Současná psychoterapie* (pp. 475-493). Portál.

Šupa, J. (2010b). Expresivní terapie - Úvod. In Z. Vybíral & J. Roubal, *Současná psychoterapie* (p. 513). Portál.

Švestková, O., Angerová, Y., Druga, R., Pfeiffer, J., & Votava, J. (2017). *Rehabilitace motoriky člověka: fyziologie a léčebné postupy* (1st ed.). Praha: Grada Publishing.

Těmínová, M. (2008). Systém léčebné péče. In K. Kalina a kol., *Základy klinické adiktologie*. Grada.

UNIFY. Unie fyzioterapeutů České republiky: Koncepce oboru. Unie fyzioterapeutů České republiky. Retrieved January 31, 2021, from <http://www.unify-cr.cz/o-nas-koncepce-obor>

ÚZIS ČR. (2016). *Seznam zdravotních výkonů*. Databáze zdravotních výkonů. Retrieved February 22, 2021, from <https://szv.mzcr.cz/Vykon>

Vachková, L. (2008). Sociální a rehabilitační programy pro duševně nemocné: Social and rehabilitation programmes for mentally ill. *Psychiatria pre prax*, 9(3), 136 a 138-140.

Véle, F. (2006). *Kineziologie: přehled klinické kineziologie a patokineziologie pro diagnostiku a terapii poruch pohybové soustavy* (Vyd. 2., (V Tritonu 1.). Triton.

Vobořil, J. & Kalina, K. (2003). Svépomocné programy. In K. Kalina a kol., *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup* (p. 84-89). Úřad vlády České republiky.

Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR. (2021). Otázka týdne: Jaké výkony v rámci rehabilitace pojišťovna hradí? Na rehabilitaci mi procedury předepsané po úrazu zredukovali s tím, že všechno to, co mi lékař předepsal, by pojišťovna nezaplatila. <https://www.vzp.cz/>. Retrieved February 22, 2021, from <https://www.vzp.cz/o-nas/tiskove-centrum/otazky-tydne/jake-procedury-hradi-pojistovna-v-ramci-rehabilitace>

Weinstock, J., Wadson, H. K., & VanHeest, J. L. (2012). Exercise as an Adjunct Treatment for Opiate Agonist Treatment: Review of the Current Research and Implementation Strategies. *Substance Abuse*, 33(4), 350-360. <https://doi.org/10.1080/08897077.2012.663327>

White, W. L. (2007). Addiction recovery: Its definition and conceptual boundaries. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 33(3), 229-241. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2007.04.015>

World Health Organization. Rehabilitation Unit. (1994). *Community-based rehabilitation and the health care referral services : a guide for programme managers*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/60710>

World Report on Disability. (2011). Geneva: World Health Organization. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK304079>

Yarbrough, D.B., Shula, L.M., Hopson, R.K., & Caruthers, F.A. (2010). The Program Evaluation Standards : A guide for evaluators and evaluation users (3. ed). Thousand Oaks, CA: Corwin Press.

Zákon č. 379/2005 Sb. o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami.

Zákon č. 108/2006 o sociálních službách.

Zákon č. 96/2004 Sb. o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů.

Zápisy z Apolináře. (1989) (Vol. 38).

18. SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

AA = Alcoholics Anonymous (Anonymní alkoholici)

ADA = Americans with Disabilities Act

CNS = centrální nervový systém

GA = Gamblers Anonymous (Anonymní gambleři)

ICD-10 = International Classification of Diseases, 10. verze

ICF = International classification of functioning, disability and health

IOPTMH = International Organization of Physical Therapy in Mental Health

KLUS = Klub usilující o střízlivost

LOM = Lůžkové oddělení muži

LOŽ = Lůžkové oddělení ženy

LTV = léčebná tělesná výchova

MKF = Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví

NA = Narcotics Anonymous (Anonymní narkomani)

NL = návyková látka / látky

SAMHSA = Substance Abuse and Mental Health Services Administration

TENS = Transkutánní elektrická nervová stimulace

ÚZIS = Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR

VFN = Všeobecná fakultní nemocnice

WCPT = World Confederation for Physical Therapy

WHO = World Health Organization

1. LF UK = První lékařská fakulta Univerzity Karlovy

Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta
Kateřinská 32, Praha 2

**Prohlášení zájemce o nahlédnutí do závěrečné
práce absolventa studijního programu
uskutečňovaného na 1. lékařské fakultě Univerzity
Karlovy v Praze**

Jsem si vědom/a, že závěrečná práce je autorským dílem a že informace získané nahlédnutím do zpřístupněné závěrečné práce nemohou být použity k výdělečným účelům, ani nemohou být vydávány za studijní, vědeckou nebo jinou tvůrčí činnost jiné osoby než autora.

Byl/a jsem seznámen/a se skutečností, že si mohu pořizovat výpisy, opisy nebo kopie závěrečné práce, jsem však povinen/a s nimi nakládat jako s autorským dílem a zachovávat pravidla uvedená v předchozím odstavci.

Příjmení, jméno (hůlkovým písmem)	Číslo dokladu totožnosti vypůjčitele (např. OP, cestovní pas)	Signatura závěrečné práce	Datum	Podpis