

**Univerzita Karlova**

**1. lékařská fakulta**

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie



**Ladislav Děkány**

Komparace a konceptuální vymezení různých komponent rehabilitační péče v rámci residenčních léčebných programů pro muže vycházejících z původního Apolinářského modelu

Comparison and conceptual definition of various components of rehabilitation care within residential treatment programs for men based on the original Apolinář model of addiction treatment

Diplomová práce

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

Praha, 2022

**Prohlášení:**

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracoval samostatně a že jsem uvedl a citoval 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, 14.07.2022

Ladislav Děkány

Podpis:

**Poděkování:**

Rád bych poděkoval za věcné připomínky a cenné rady vedoucímu diplomové práce prof. PhDr. Michalu Miovkému, Ph.D. Další poděkování směřuji všem informantům, kteří byli ochotni sdílet informace o pohybových rehabilitačních aktivitách a byli tak nápomocni této studii.

**Identifikační záznam:**

DÉKÁNY, Ladislav. Komparace a konceptuální vymezení různých komponent rehabilitační péče v rámci residenčních léčebných programů pro muže vycházejících z původního Apolinářského modelu [Comparison and conceptual definition of various components of rehabilitation care within residential treatment programs for men based on the original Apolinář model of addiction treatment]. Praha, 2022. 89 s., 1 příloha. Diplomová práce (Mgr.). Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie. Vedoucí práce: Michal Miovský.

## **Abstrakt:**

**Východiska:** Apolinářský model léčby závislosti na návykových látkách byl formován v letech 1948-1958. Po jeho vzoru vznikaly další provozy, které navazovali na širší koncept pohybové rehabilitace. V současné době nejsou dostupné žádné informace o odlišnosti souboru pohybových aktivit mezi jednotlivými programy, stejně jako nejsou systematicky popsány. Konceptualizace a komparace těchto aktivit by v kontextu potřeby zasadit rehabilitační péči v adiktologii do širšího konceptu měla napomoci ke zkvalitnění a zefektivnění léčby.

**Cíle:** Cílem bylo popsat, analyzovat a komparovat pohybové rehabilitační aktivity léčebných programů pro muže vycházejících z Apolinářského modelu. Dílčím cílem bylo popsat, jak jsou tyto aktivity konceptuálně vymezeny, totiž jak jsou frekventované, jaká je skladba jejich dílčích částí, rozsah, indikace, technické a personální zabezpečení a kontext v programu. Konečným cílem bylo jednotlivé programy vycházející z Apolinářského modelu komparovat vůči původní podobě modelu v místě jeho vzniku.

**Metody:** Data byla získána polostrukturovaným rozhovorem s personálem jednotlivých oddělení pro léčbu závislosti. Výzkumný vzorek deseti programů byl zvolen záměrným výběrem. Pomocí předem vytvořeného checklistu byly jednotlivé programy analyzovány a konceptuálně vymezeny. Nástrojem normativní evaluace byly komparovány pohybové rehabilitační aktivity.

**Výsledky:** Variabilita pohybových aktivit napříč provozy je velká a jednotlivé aktivity se odlišují ve frekvenci, indikaci, technickém a personálním zajištění. Důvod zařazení aktivit do programu je většinou stejný a odpovídá současným vědeckým poznatkům na poli rehabilitace. Největší problém je absence jasně vymezeného rehabilitačního konceptu a odborného personálního zajištění. Z normativní evaluace vyplývají doporučení v podobě implementace uceleného konceptu rehabilitační péče a s tím související definování cílů a metodiky, zajištění individuální péče, alokace finančních prostředků na rehabilitační péči v adiktologii a zvážení pozice odborného rehabilitačního pracovníka.

**Závěr:** Rehabilitační péče a s ní související pohybové aktivity jsou klíčové pro kvalitní a efektivní léčbu a odpovídají účinným faktorům léčby. V současné podobě je tato péče neadekvátně uchopena. Doporučujeme další výzkum v oblasti rehabilitační péče v adiktologii, a to zejména z hlediska koncepce, odborného zajištění a financování.

**Klíčová slova:** alkohol – závislost – pohybová aktivita – Apolinářský model – rezidenční léčba – rehabilitační péče

## **Abstract:**

**Background:** The Apolinář model of substance abuse treatment was formed between 1948 and 1958. Other facilities implemented this model based on the broader concept of physical rehabilitation. Currently, no information is available on the differences in the set of physical activities between the different programs, nor are they systematically described. The conceptualization and comparison of these activities in the context of the need to place rehabilitation care in addiction medicine within a broader concept should help to improve the quality and effectiveness of treatment.

**Aim:** The aim was to describe, analyse and compare the physical rehabilitation activities of treatment programs for men based on the Apollinarian model. The sub-objective was to describe how these activities are conceptually defined, namely how frequent they are, the composition of their components, their scope, indications, technical and personnel support and the context in the program. The final objective was to compare the individual programmes based on the Apolinář model against the original form of the model at the point of its inception.

**Methods:** Data were obtained through semi-structured interviews with personnel in each addiction treatment department. The research sample of ten programs was selected by purposive sampling. Using a pre-designed checklist, each program was analysed and conceptually defined. The normative evaluation tool was used to compare the physical rehabilitation activities.

**Results:** The variability of physical activities across the facilities is large and individual activities differ in frequency, indication, technical and personnel support. The reason to include physical activities in the programme is mostly the same and corresponds to current scientific knowledge in the field of rehabilitation. The biggest problem is the lack of a clearly defined rehabilitation concept and professional personnel. Recommendations from the normative evaluation include the implementation of a comprehensive rehabilitation care concept and the related definition of goals and methodology, provision of individual care, allocation of financial resources for rehabilitation care in addiction medicine and consideration of the position of a professional rehabilitation worker.

**Conclusion:** Rehabilitation care and related physical activities are key to quality and effective treatment and correspond to effective treatment factors. In its current form, this care is inadequately grasped. We recommend further research in the field of rehabilitation care in addiction medicine, especially in terms of conception, professional personnel and funding.

**Key words:** alcohol – addiction – physical activity – Apolinář model – residential treatment – rehabilitation care

# Obsah

<b>1</b>	<b>ÚVOD</b>	<b>10</b>
<b>2</b>	<b>TEORETICKÁ ČÁST</b>	<b>11</b>
<b>2.1</b>	<b>REZIDENČNÍ LÉČBA V SYSTÉMU PÉČE</b>	<b>11</b>
2.1.1	DEFINICE	11
2.1.2	TÝM	12
<b>2.2</b>	<b>PREVALENCE UŽÍVÁNÍ ALKOHOLU A SOUVISEJÍCÍ INDIKÁTORY</b>	<b>13</b>
2.2.1	INTERVENCE V PROGRAMU A ZÁKLADNÍ POJMY	14
<b>2.3</b>	<b>APOLINÁŘSKÝ MODEL LÉČBY ZÁVISLOSTI</b>	<b>19</b>
<b>2.4</b>	<b>REHABILITACE A JEJÍ KOMPONENTY</b>	<b>20</b>
<b>2.5</b>	<b>POJETÍ REHABILITACE V OBORU ADIKTOLOGIE</b>	<b>23</b>
<b>2.6</b>	<b>FYZICKÁ AKTIVITA</b>	<b>24</b>
2.6.1	POHYB	24
2.6.2	ZDRAVOTNÍ BENEFITY NA FYZICKÉ ZDRAVÍ	24
2.6.3	ZDRAVOTNÍ BENEFITY NA PSYCHICKÉ ZDRAVÍ	27
2.6.4	NEGATIVNÍ VLIV FYZICKÉ AKTIVITY	29
<b>2.7</b>	<b>PROVÁZÁNÍ ÚČINNÝCH FAKTORŮ TERAPEUTICKÝCH KOMUNIT DLE KOOYMANA S FYZICKOU AKTIVITOU</b>	<b>30</b>
<b>2.8</b>	<b>OBECNÁ KRITÉRIA KVALITY REHABILITAČNÍ PÉČE V REZIDENČNÍ LÉČBĚ</b>	<b>33</b>
<b>3</b>	<b>VÝZKUMNÁ ČÁST</b>	<b>34</b>
<b>3.1</b>	<b>VÝZKUMNÝ DESIGN</b>	<b>34</b>
3.1.1	VÝZKUMNÝ CÍL	35
3.1.2	ZDŮVODNĚNÍ VÝZKUMNÉHO CÍLE	35
3.1.3	VÝZKUMNÉ OTÁZKY	35
3.1.4	ETICKÁ KLAUSULE	36
3.1.5	VÝZKUMNÝ SOUBOR	36
3.1.6	OPERACIONALIZACE REHABILITAČNÍ KOMPONENTY	37
3.1.7	METODY TVORBY A ANALÝZY DAT	38
3.1.8	PRŮBĚH NÁBĚRU RESPONDENTŮ	39
<b>4</b>	<b>VÝSLEDKY VÝZKUMU</b>	<b>41</b>
<b>4.1</b>	<b>POPIS A EVALUACE POHYBOVÝCH AKTIVIT NA LŮŽKOVÉM ODDĚLENÍ MUŽŮ KLINIKY ADIKTOLOGIE (U APOLINÁŘE)</b>	<b>41</b>
<b>4.2</b>	<b>POPIS A EVALUACE POHYBOVÝCH AKTIVIT PROGRAMU 2</b>	<b>46</b>
<b>4.3</b>	<b>POPIS A EVALUACE POHYBOVÝCH AKTIVIT PROGRAMU 3</b>	<b>49</b>
<b>4.4</b>	<b>POPIS A EVALUACE POHYBOVÝCH AKTIVIT PROGRAMU 4</b>	<b>52</b>
<b>4.5</b>	<b>POPIS A EVALUACE POHYBOVÝCH AKTIVIT PROGRAMU 5</b>	<b>54</b>
<b>4.6</b>	<b>POPIS A EVALUACE POHYBOVÝCH AKTIVIT PROGRAMU 6</b>	<b>58</b>



<b>4.7</b>	<b>POPIS A EVALUACE POHYBOVÝCH AKTIVIT PROGRAMU 7</b>	<b>60</b>
<b>4.8</b>	<b>POPIS A EVALUACE POHYBOVÝCH AKTIVIT PROGRAMU 8</b>	<b>62</b>
<b>4.9</b>	<b>POPIS A EVALUACE POHYBOVÝCH AKTIVIT PROGRAMU 9</b>	<b>63</b>
<b>4.10</b>	<b>POPIS A EVALUACE POHYBOVÝCH AKTIVIT PROGRAMU 10</b>	<b>66</b>
<b>4.11</b>	<b>KOMPARACE POHYBOVÝCH AKTIVIT PROGRAMŮ ODDĚLENÍ PRO LÉČBU ZÁVISLOSTÍ</b>	<b>67</b>
<b>5</b>	<b><u>INTERPRETACE VÝZKUMNÝCH OTÁZEK</u></b>	<b><u>70</u></b>
<b>6</b>	<b><u>DISKUSE</u></b>	<b><u>77</u></b>
<b>7</b>	<b><u>ZÁVĚR</u></b>	<b><u>79</u></b>
<b>8</b>	<b><u>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY</u></b>	<b><u>80</u></b>
<b>9</b>	<b><u>PŘÍLOHY</u></b>	<b><u>87</u></b>
<b>9.1</b>	<b>SEZNAM TABULEK</b>	<b>87</b>
<b>9.2</b>	<b>SEZNAM ZKRATEK</b>	<b>88</b>
<b>9.3</b>	<b>SEZNAM PŘÍLOH</b>	<b>88</b>

# 1 Úvod

Apolinářský model léčby závislostí byl ve své původní podobě formován v letech 1948-1958 a poprvé systematicky publikován v knize Jaroslava Skály (1957). Ačkoli tento model navazoval na předchozí zkušenosti a modely využití v ústavech ve Velkých Kunčicích a Tuchlově, měl mnoho odlišností. Mezi ně patří také větší důraz na pohybové aktivity a další suplementy odpovídající dnes širšímu konceptu pohybové rehabilitace. Tento soubor různých aktivit variuje po celou dobu vývoje Apolinářského modelu a také napříč provozy, které vznikaly po jeho vzoru. Nikdy tento soubor aktivit neprošel evaluací a není dostupná informace nejen z hlediska kontextu vývoje modelu (tedy jak se v různých etapách tento soubor aktivit měnil proporčně, pojetím atd.), ale ani jak odlišný je tento soubor aktivit, pokud porovnáme dnešní programy mezi sebou. Výzkumným úkolem je tak systematicky popsat a konceptualizovat rehabilitační komponenty dnešní podoby apolinářského modelu v místě jeho vzniku (původní pracoviště v Apolináři) a následně srovnat vůči této podobě všechny ostatní dnes existující programy vycházející z toho modelu.

Vymezení rehabilitační péče a její definice je komplikovaná nejen nehomogenitou pojmů na poli samotného oboru rehabilitace, ale zejména adiktologie. Autoři se zamýšlí nad potřebou zmapovat jak rehabilitační péče, zejména léčba pohybem, vypadá na mužských lůžkových odděleních zařízení Apolinářského modelu. Problematika názvosloví nijak nepřispívá ke tvorbě uceleného obrazu, jak rehabilitační péče vypadá. Ačkoliv najdeme mnoho definic rehabilitační péče, dle předního českého odborníka na rehabilitaci prof. MUDr. Jana Pfeiffera, DrSc. je rehabilitace jen jedna a členění na jednotlivé druhy spíše odráží fázi, ve které se klient aktuálně nachází. Na úvod bychom rádi zmínili také definici Světové zdravotnické organizace, která rehabilitaci popisuje jako řešení dopadu zdravotního stavu na každodenní život člověka tím, že optimalizuje jeho fungování a snižuje jeho zkušenost s postižením.

V zájmu je popsat a vymezit nejen její druh a typ, ale také délku, frekvenci a individualizaci. Práce pak může přispět k celkovému obrazu o rehabilitační péči v takovýchto zařízeních. Podpoří nejen výměnu informací a postupů mezi službami, ale může napomoci i samotnému pacientovi prostřednictvím definice, jak taková péče vypadá a jak může vypadat při konceptuálním zasazení rehabilitační péče do programu oddělení pro léčbu návykových onemocnění.

Adiktologii je možné chápat jako obor rehabilitace a spolu navzájem tyto dva obory sdílí bio-psycho-socio-spirituální přístup. Potřeba multidisciplinárního týmu je z podstaty oborů klíčová k zajištění kvalitní a efektivní péče. Na pacienty je třeba nahlížet holisticky a nezústat jen u samotného problému s užíváním návykové látky, ale také se zabývat širšími dopady a souvislostmi napříč biologickým, sociálním, psychickým a spirituálním spektrem.

## 2 Teoretická část

### 2.1 Rezidenční léčba v systému péče

Následující kapitoly poskytují širší pohled na různé druhy intervencí prováděných na odděleních rezidenční léčby v České republice a slouží k vytvoření celkového obrazu léčebných strategií, diagnostiky a postupů. Popis považujeme za důležitý z důvodu získání lepší představy o léčebném programu a následnému zamýšlení nad tím, jak rehabilitace jako samostatný obor zapadá do kontextu léčby.

#### 2.1.1 Definice

Rezidenční léčba v České republice je realizována standardně ve třech formách. Krátkodobá, střednědobá a dlouhodobá. Ke krátkodobým pobytům se řadí zejména pobyt na detoxifikační jednotce, tj. akutní lůžková péče. Krátkodobá ústavní léčba je dle Kaliny et al. (2001) definovaná jako léčba kratší než 3 měsíce, nejčastěji trvající mezi 1 – 2 měsíci. Pro Českou republiku není typická a její účinek je mnohdy podceňován. Střednědobá léčba má typickou dobu trvání 3 až 6 měsíců a v Českém prostředí je nejobvyklejší. Poskytujícími zařízeními je psychiatrická nemocnice nebo specializované psychiatrické oddělení (Dvořáček, 2003).

Kalina et al. (2001) definuje ústavní léčbu jako léčbu „v lůžkovém zařízení obecně (jako protiklad léčby ambulantní) nebo v užším smyslu léčba na specializovaném oddělení nemocnice nebo psychiatrické léčebny. Podmínkou je vždy lékařské vedení a strukturovaný program.“ (s. 114)

Spolu s Richterovou Těmínovou (2008) se shodují na tom, že může jít krátkodobou, střednědobou i dlouhodobou léčbu. Krátkodobá a střednědobá léčba je zajištěna zdravotnickými zařízeními, přičemž dlouhodobá většinou sociálními. Sociálním zařízením je v tomto smyslu terapeutická komunita. Na rozdíl od ambulantní léčby jsou pro ústavní léčbu indikováni pacienti, kteří mají nějaké somatické či psychické komorbidity, nestabilní sociální prostředí a kvůli tomu vyšší potenciál pro relaps.

Cílem střednědobé ústavní léčby je abstinence od návykových látek. Obtížným úkolem je vzhledem k abstinenci zaujetí optimálního postoje k relapsu, neboť je přirozenou součástí léčby a přílišné zatížení pacienta pocitu viny může vést k předčasnému ukončení (Dvořáček, 2003).

Standardy odborné způsobilosti adiktologických služeb dále definují požadavky, které zařízení musí splňovat pro získání certifikace. Specifikum rezidenčních služeb je multidisciplinarita, strukturovaný psychoterapeutický program doplněný o socioterapeutické aktivity a stabilní stav pacientů ve smyslu absence potřeby akutní somatické péče (Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, 2021).

Systém péče je koncipován tak, aby pacient z detoxifikační jednotky nebo ambulantní léčby mohl navázat na léčbu rezidenční a následně měl možnost některého druhu následné péče.

Ve Spojených státech amerických je rezidenční léčba často zajišťována mimo nemocniční zařízení v samostatně stojících rezidenčních zařízeních, které jsou licencováni jednotlivými státy. Dle Reif et al. (2014) je rezidenční léčba závislosti na návykových látkách charakterizována spíše jako prostředí, ve kterém se vyskytují služby než samostatné léčebné intervence. Společným znakem všech zařízení je poskytování ubytování pacientům, kteří potřebují rehabilitační péči. Léčba je poskytována široké škále pacientů s poruchami způsobených užíváním návykových látek a různými sociodemografickými charakteristikami. Je vhodná pro pacienty s potřebou bezpečného prostředí, psychiatrickými komorbiditami či pro osoby bez přístřeší.

Charakteristickým rysem rezidenčních programů podle ASAM (The American Society of Addiction Medicine) je, že slouží osobám, které potřebují bezpečný a stabilní životní prostředí, aby mohli rozvíjet své zotavovací (*recovery*) dovednosti. Je pro ně typické, že mají strukturované prostředí s kvalifikovaným léčebným personálem, ale bez přítomnosti lékaře (Mee-Lee et al., 2001).

V této práci se věnujeme rehabilitační péči poskytované ve střednědobé rezidenční léčbě<sup>1</sup>.

### 2.1.2 Tým

Složení týmu ve střednědobých ústavních léčbách odpovídá charakteru zdravotnického zařízení, a tudíž se skládá zejména ze zdravotnických pracovníků. Typicky je to lékař, zdravotní sestra a klinický psycholog. Mohou se zde vyskytovat i nezdravotničtí pracovníci, laičtí terapeuti, sociální pracovníci a psychoterapeuti (Richterová Těmínová, 2008). Psychoterapeut může být i nezdravotnický pracovník, je potom ale omezen vykazováním psychoterapeutických výkonů na pojišťovnu.

Vedoucí oddělení je nejčastěji psychiatr. Základní premisou týmu ústavní léčby je jeho multidisciplinarita. Správná rovnováha hierarchizace je klíčová pro vytvoření léčebného společenství. Vzhledem k multidisciplinárnímu zastoupení týmu je program komplexní a obsahuje prvky terapeutické, výchovné a edukativní (Dvořáček, 2003).

---

<sup>1</sup> V České republice je typické rezidenční střednědobou léčbu nazývat ústavní léčbou, dá se však označit i pojmy pobytová či rezidenční.

Adiktolog, ačkoliv je zdravotník, není typický pracovník ve střednědobých ústavních léčbách. Důvodů je více, např. postavení adiktologa v katalogu prací na méně lukrativní pozici oproti zdravotní sestře, horší finanční ohodnocení a další (Lososová et al., 2020).

Klíčovými požadavky ve standardech odborné způsobilosti je požadavek na definici nároků na jednotlivé pozice v multidisciplinárním týmu, kvalifikovaného vedoucího, plánování provozu, předávání informací o pacientech, stanovené předpisů pro případné peer konzultanty a personální zabezpečení nepřetržitého provozu. V případě, že jde o zdravotnické zařízení, je personál převážně zdravotnický s alespoň jedním pracovníkem nezdravotnické pomáhající profese. V případě sociální služby je třeba zajistit dostupnost zdravotnické péče a služba zaměstnává alespoň dva zaměstnance pomáhajících profesí (Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, 2021).

## 2.2 Prevalence užívání alkoholu a související indikátory

Data ohledně prevalence užívání alkoholu či celkovému počtu hospitalizací poskytuje výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2019. Jde o první zprávu (v pořadí již 18.), která komplexněji pokrývá základní ukazatele z oblastí užívání alkoholu. Do této chvíle se problematice věnoval zevrubněji Státní zdravotní ústav, avšak v jeho údajích nenalezneme data ohledně nabídky zdravotních služeb a sociálních dopadů užívání alkoholu.

Většina léčebných oddělení v České republice, které jsou součástí psychiatrických nemocnic, nabízí léčbu pro uživatele alkoholu, nealkoholových psychoaktivních látek a patologického hráčství. Nejčastějším důvodem pro hospitalizaci v psychiatrické péči byly poruchy způsobené alkoholem (9 694 hospitalizací) následované kombinací látek (3 505 hospitalizací) (Mravčík et al., 2020). Z tohoto důvodu považujeme za důležité zmínit prevalenci užívání alkoholu a související indikátory.

Celková roční spotřeba alkoholu na osobu za poslední tři roky mírně stoupla na 7,7 litrů na osobu včetně abstinentů. Stejně tak vzrostla průměrná denní spotřeba alkoholu, která je 17,8 g alkoholu (25,3 g u mužů) včetně abstinentů. Ze všech věkových skupin má největší spotřebu alkoholu skupina 45 – 64 let (Mravčík et al., 2020).

- Žadatelé o léčbu

Ze všech žádostí o léčbu užívání návykových látek bylo nejvíce žádostí o léčbu užívání alkoholu (primární droga). Konkrétně 3 385 lidí podalo žádost o léčbu poprvé a všech žádostí bylo dohromady 7 613. Meziročně jde o nárůst zhruba tisíc pacientů, avšak oproti roku 2015 je nárůst znatelný a počet pacientů žádacích o léčbu vzrostl o zhruba šest tisíc. Mužů žádajících o léčbu spojených s užíváním alkoholu bylo 65 % (Mravčík et al., 2020).

- Rezidenční programy

Mimo devatenácti terapeutických komunit lze léčbu závislosti na návykových látkách podstoupit zejména v psychiatrických nemocnicích a jejich odděleních. V roce 2019 disponovala Česká republika devatenácti psychiatrickými nemocnicemi pro dospělé s celkovou kapacitou 8 606 lůžek a třiceti dvou psychiatrických oddělení s kapacitou 1 361 lůžek. Detoxifikačních programů disponovala čtrnácti s kapacitou 234 lůžek. Ze všech rezidenčních klientů těchto programů tvoří zhruba dvě třetiny muži. Z 11 488 pacientů hospitalizovaných z důvodu detoxifikace jich tvořilo 6 569 pacientů se závislostí na alkoholu. Podobný podíl (61 %) tvořili hospitalizace pacientů v rezidenční psychiatrické péči se závislostí na alkoholu (9 646 z 15 890) (Mravčík et al., 2020).

## 2.2.1 Intervence v programu a základní pojmy

- Práce s motivací

Dřívější domněnka, že pacient musí padnout „na dno“, aby byl dostatečně motivován pro vstup do léčebného procesu, je dnes již překonaná. Pro prognózu pacienta je daleko vhodnější zapojit se do léčebného procesu co nejdříve. V současné době existuje několik nástrojů, jak na motivaci u pacienta pohlížet (Kalina, 2008b).

- CMRS

Škála CMRS vznikla jako nástroj pro dospělé a dospívající klienty hledající léčbu v terapeutické komunitě. Celkové skóre získané prostřednictvím škály CMRS se ukazuje jako velice dobrý prediktor retence v léčbě s vysokou reliabilitou a validitou (Leon et al., 1994).

<b>Circumstances</b>	<b>Okolnosti vnějšího charakteru</b>
<b>Motivation</b>	<b>Motivace vnitřní i vnější</b>
<b>Readiness</b>	<b>Připravenost k léčbě</b>
<b>Suitability</b>	<b>Vhodnost druhu léčby, matching</b>

Tabulka 1: CMRS

- Kruh změny

Prochaska a DiClemente (1983) popsali cyklický trans teoretický model změny chování, který má pět hlavních komponent.

1. Prekontemplace – pacient neuvažuje o změně chování v následujících 6 měsících
2. Kontemplace – pacient uvažuje o změně chování v následujících 6 měsících

3. Rozhodnutí – pacient uvažuje, že podnikne kroky ke změně chování v následujících 30 dnech a učinil nějaké kroky vedoucí k tomuto rozhodnutí
4. Akce – pacient změnil své chování v době menší než 6 měsíců
5. Udržování – pacient změnil své chování v době delší než 6 měsíců
6. Relaps

Tento model uvažování o motivaci pacienta může být užitečný zejména při volbě intervence. Každé stádium změny vyžaduje odlišnou intervenci. Pokud pracovník ví, ve kterém stadiu se pacient nachází, při použití vhodné intervence je možné pacienta posunout do další fáze, případně ho v ní udržet. Ideálním cílem z hlediska léčby je pacienta dlouhodobě udržovat ve stádiu „udržování“.

- **Motivační rozhovory**

Jedna z možných a využívaných technik jsou motivační rozhovory (motivational interviewing). Nelze předpokládat, že pacienti přichází již připraveni na absolvování léčby. Téměř vždy se u každého pacienta vyskytuje určitá míra ambivalence, zvažování důvodů, proč léčbu podstoupit a proč nikoliv.

Motivační rozhovory byly vyvinuty za účelem potvrdit své rozhodnutí a vyřešit ambivalenci, se kterou přichází. Jinými slovy, pomoci dospět pacientovi k myšlence, že je na léčbu připraven. Jsou zvláště účinné u pacientů, kteří jsou méně motivováni k léčbě či se nachází „v odporu“.

Při pohledu z transteoretického hlediska je možná příčina nepřipravenosti k léčbě nesoulad fází, ve kterých se nachází pracovník a pacient. Pracovník v ústavní léčbě často pracuje s pacientem tak, jako by byl ve fázi akce, protože podnikl kroky k tomu absolvovat léčbu. Pacient však může stále být ve fázi prekontemplace či kontemplace (Hettema et al., 2005).

- **Psychoterapie**

Carroll (1997) upozorňuje, že dvě hlavní komponenty v léčbě uživatelů závislých na návykových látkách, se sice vyvíjeli paralelně, ale nezávisle na sobě. Mluví o psychoterapii a farmakoterapii. Problematické se jeví nepropojení nových poznatků z obou oborů a nepodpoření nových inovativních psychoterapeutických intervencí farmakologicky a naopak.

Role psychoterapie podle Carrolla (1997)

### **I. Setting the resolve to stop – stanovení rozhodnutí přestat**

Stejně jako Miller a Rollnick (1995) i Carroll popisuje pacientovu ambivalenci při vstupu do léčby. Pokud pacient vnímá léčbu vynucenou exkluzivně vnějšími faktory (vnější motivací)

a nemá jasný smysl pro osobní důvod léčby, je pravděpodobné, že léčba nebude mít požadovanou účinnost.

## II. **Teaching coping skills** – učení se zvládacím dovednostem

Teorie sociálního učení předpokládá, že užívání návykových látek může být způsob, jakým se pacient vyrovnává s obtížnými životními situacemi. Léčba by měla pomoci pacientovi naučit se novým zvládacím mechanismům, které mu pomohou se vyrovnat s rizikovými situacemi.

## III. **Changing reinforcement contingencies** – změna jistoty v nepředvídatelných událostech

Než pacient vyhledá léčbu, často většinu času tráví užíváním návykové látky či jejím obstaráváním. Pokud přestane užívat návykovou látku, je třeba nově vzniklý volný čas zaplnit zdravými návyky. Léčba by měla povzbuzovat k hledání nových zájmů, koníčků a přátel.

## IV. **Fostering management of painful affects** – podpora zvládnání bolestivých afektů

Nejčastější důvod relapsu je nezvládnutí silného negativního afektu. Jeden z úkolů léčby by měl být najít a osvojit si způsob, jak indentifikovat, tolerovat a vyrovnat se se silnými afekty.

## V. **Improving interpersonal functioning and enhancing social supports** – zlepšení mezilidského fungování a posilování sociální podpory

Jedním z hlavních protektivních faktorů je funkční a zdravá sociální síť. Je důležité se v léčbě setkávat s přístupy rodinné terapie a budovat si síť sociálních kontaktů, které nejsou pro abstinenci ohrožující.

## VI. **Fostering compliance with pharmacotherapy** – podpora dodržování farmakoterapie

Typickým problémem léčby uživatelů návykových látek je nízká *compliance*, tedy dodržování léčebného režimu, včetně farmakoterapie. Psychoterapie může mít za úkol pomoci pacientovi dodržovat nastavenou farmakoterapii např. prostřednictvím zvyšování self-efficacy pacienta, podpory upřímné konverzace mezi personálem a pacientem o účincích léčby nebo uzavírání smluv s pacienty o dodržování předepsané farmakoterapie (s. 235-237).

- Farmakoterapie

Vzhledem k vývoji v posledních dvaceti letech ve farmakologickém průmyslu se ukazuje, že některé látky mají potenciál být vhodné pro použití u pacientů se závislostí na alkoholu. Tato možnost vychází zejména z lepšího pochopení neurobiologických procesů při užívání



a odvykání alkoholu. Protože původ závislosti je ale multifaktoriální, samotná farmakoterapie nebude dostatečně účinná. Je vhodné ji vždy kombinovat s psychoterapií a dalšími léčebnými prvky, které současná léčba nabízí (Mohan et al., 2010).

### **I. Clomethiazol**

Při léčbě akutního odvykacího stavu byl lékem první volby clomethiazol, který má však kontraindikaci u pacientů s respirační insuficiencí. Proto se v těchto případech používá tiaprid. V případě závažnějších odvykacích stavů je možné kombinovat tyto léky s benzodiazepiny.

Cílem je postupně snižovat inhibiční působení alkoholu, aby nedošlo k rozvoji život ohrožujících stavů, jako je delirium tremens (Faldyna & Zedková, 2006).

### **II. Disulfiram**

Averzivní terapie disulfiramem se v České republice postupně ztrácí, protože jednak má určitá specifická rizika a druhá je mnohými pracovníky a pacienty považována za neetickou.

### **III. Akamprosát**

Akamprosát se zdá být účinnou a bezpečnou látkou pro podporu abstinence po detoxifikaci u pacientů závislých na alkoholu. I přes to, že se jeho účinky dají nazvat mírné, vzhledem k současné nabídce farmak a charakteru onemocnění jako recidivujícího, je lék odborníky přijímán (Mason & Higley, 2013).

### **IV. Nalmefen**

Nalmefen, jakožto specifický agonista opioidních receptorů, se využívá při léčbě pacientů závislých na alkoholu bez výrazných fyzických abstinčních příznaků. Jeho hlavní úlohou, na rozdíl od naltrexonu, je zejména snížení užívání alkoholu. Naltrexone je spíše používán jako podpůrný prostředek v abstinenci (Hess, 2013).

Nalmefen má signifikantní efekt na snížení užívání alkoholu oproti placebo. Někteří autoři označují výsledky studií za nové farmakologické paradigma v léčbě závislosti na alkoholu, resp. zejména ve snížení množství užívání alkoholu (Gual et al., 2013).

- Rodinná terapie a práce s rodinou

Protože se závislost často nedotýká jen samotného pacienta, je vhodné do léčebného procesu zapojit i rodinu.

Rodinná terapie „je setkání několika členů rodiny s terapeutem, při kterém se účastníci snaží rozhovorem vyřešit problém, který se týká jich všech“ (Gjuričová & Kubička, 2009, s. 17).

- Kodependence

Kodependence (spoluzávislost) je souhrn faktorů, které užívání návykové látky podporují, namísto aby podporovali snahu o léčbu. Rodinný příslušníci rizikové chování spíše umožňují na základě jejich komunikace, postojů a chování a mohou v rodině zaujímat různé role: oběť, pronásledovatel či soudce. Další příklady potenciálních patologických situací jsou: funkce užívání jako náhradního problému, problematika separace a individuace, hyperprotektivita matek, citová apatie otců, chaotické mezigenerační vztahy, závislost dalšího člena rodiny a problematické rysy rodinných vztahů (Hajný, 2013).

- Krizová intervence

Pacienti se v průběhu léčby často mění a vyvíjí. Na krizi nelze pohlížet jako na něco výjimečného a nekontrolovatelného, ale spíše jako na přirozenou součást života pacienta. Krizová intervence je velice účinný prostředek, jak pacienta v takových okamžicích podpořit, stabilizovat, nasměrovat ho ke zdrojům a podpořit jeho vlastní schopnosti a dovednosti krizi zvládnout. Jednou ze strukturovaných metod je intervence vyjádřená v akronymu RAPID (anglická verze). Reflektivní naslouchání, analýza potřeb, prvořadé zaopatření, intervence a předat dál či propustit. (Špatenková, 2017).

- Intervence v programu

Není snahou tohoto textu obsáhnout veškeré intervence, které probíhají v prostředí rezidenční léčby, ani to není cílem. Považujeme však za důležité alespoň pojmenovat několik dalších intervencí pro lepší představu fungování rezidenční léčby jako celku. Protože služba je velmi často součástí psychiatrické nemocnice, tj. je registrovanou zdravotnickou službou, pacienti standardně podstupují psychiatrické vyšetření, aby se mohla uplatnit farmakologická péče. Není výjimkou, že je možné podstoupit i somatické vyšetření či jiné odborné vyšetření. Někde to může být i podmínkou, avšak existuje obecný konsensus všech zařízení, že je pro pacienta lepší ostatní somatické obtíže vyřešit ještě před samotnou léčbou. Zvýší se tak kvalita a efektivita poskytované péče a pacient může lépe využít všeho, co mu léčba nabízí, zejména pak pohybových aktivit.

Nesmíme opomenout ani sociální rozměr léčby. Často je k dispozici sociální pracovník, který intervenuje na úrovni sociální práce a sociální rehabilitace.

## 2.3 Apolinářský model léčby závislosti

Apolinář, resp. Oddělení pro léčbu závislosti na alkoholu, byl otevřen 7. září 1948 pod vedením lékaře Jaroslava Skály v Apolinářské ulici. Toto datum určuje pomyslný začátek rozvoje léčby závislostí na našem území, jelikož se jednalo o první službu takového druhu v bývalém Československu a její působení pokračuje do současnosti (Šejvl, 2020).

Jaroslav Skála začal systematicky pracovat na oddělení pro léčbu závislostí po roce 1949 a do oddělení zakomponoval prvky z terapeutické komunity. První klasická terapeutická komunita vznikla pro pacienty s neurózami v Lobči v roce 1954 (Richterová Těmínová et al., 2003). Apolinářský model, někdy také nazývaný Skálův model, je kombinací zásad terapeutické komunity a behaviorálních přístupů. V pacientech formuje pocit nejen individuální, ale také skupinové zodpovědnosti. Často se v léčbě uplatňuje tzv. bodový systém (token system), který vyobrazuje zmiňovaný behaviorální přístup. Kladné body se přidělují za aktivity, které jsou u pacientů žádoucí a záporné naopak. Důraz je kladen i na práci s rodinou pacienta (Kalina et al., 2001). Skálův model se začal odlišovat silnou implikací psychické a fyzické zátěže, která měla vést k větší odpovědnosti pacientů. Ne všichni pacienti se s takovými nároky dokázali vyrovnat (Richterová Těmínová et al., 2003).

Jaroslav Skála vedl Apolinářské oddělení do roku 1982 a jeho vliv na formování léčebných přístupů je zcela zásadní. Promoval nejen na lékařské fakultě, ale zároveň absolvoval i Institut tělesné výchovy a sportu. Apolinářský model silně podporuje zvyšování fyzické kondice pacientů a sám Jaroslav Skála byl sportovcem, který se s pacienty fyzických aktivit účastnil.

Dalším typickým znakem je Apolinářského modelu je režim. Tento pojem je do jisté míry ambivalentní, neboť jeho důsledné dodržování může způsobovat odmítnutí léčby, zároveň je ale možné režim prosazovat vlídně s přijímajícím postojem k pacientům. Často se hovoří o potřebě znovunastolení režimu v životě pacientů, kteří o něj vlivem užívání návykových látek přišli. Tím se působení režimu pokládá do terapeutické roviny oproti rovině výchovné, která ale může být v konkrétních případech stejně užitečná (Kalina et al., 2001).

Klíčové metody a formy používané ve střednědobé ústavní léčbě založené na Apolinářském modelu popsala Richterová Těmínová (2008):

- Strukturovaný program, ve kterém se během týdne vystřídají všechny části komplexního programu, jehož jednotlivé části jsou vyváženy tak, aby podporovaly účinnost léčby
- Režim a pravidla jako základní struktura,
- Léčebné společenství vytváří bezpečné a podnětné prostředí pro samotnou terapii, poskytuje množství interakcí a zpětných vazeb.

- Komunitní setkání – prostor pro řešení důležitých problémů léčby, konfrontace s programem a pravidly, úprava legislativy, hodnocení programu a procesu.
- Skupinová a individuální psychoterapie kombinující více psychoterapeutických směrů, především kognitivně behaviorální terapii a psychoterapii humanistických směrů.
- Rodinná a partnerská terapie a poradenství.
- Pracovní terapie, v rámci které se klient podílí na zajištění chodu zařízení, musí být smysluplná a užitečná.
- **Volnočasové aktivity, sport** (s.382)

Sám Skála svůj léčebný model nazýval terapeutickou komunitou, resp. její demokratickou linií, avšak s mnohými odlišnostmi. V zásadě šlo o přísnější podmínky na oddělení a represivnějších opatřeních, což v důsledku způsobuje větší důraz na kázeň pacientů. Terapeutické komunity však nejsou jedinou paralelou Skálova modelu. Najdeme v něm i souvislosti se svépomocnými skupinami jako jsou Anonymní alkoholici s absencí spirituálního rozměru (Kalina, 2008a).

Skálův model se postupem času stal jakýmsi vzorem pro ostatní zařízení, které zahajovaly svůj provoz (Dvořáček, 2003). Klíčové charakteristiky, převzaté z Apolinářského modelu, byly strukturovaný program, režim, kombinace zásad terapeutických komunit (podílení se na chodu zařízení) a behaviorálních intervencí, důraz na pohybové aktivity a bodový systém.

## 2.4 Rehabilitace a její komponenty

Světová zdravotnická organizace rehabilitaci definuje jako soubor intervencí určených k optimalizaci fungování a snížení disability u jedinců se zdravotními problémy v interakci s jejich prostředím. Rehabilitace je řešení dopadu zdravotního stavu na každodenní život člověka prostřednictvím optimalizace jeho fungování. Rozšiřuje zaměření zdraví nad rámec preventivní a léčebné péče, aby zajistila lidem co největší nezávislost a možnost účasti ve vzdělávacích a pracovních rolích. Každý může v určité fázi života potřebovat rehabilitaci, ať už z důvodu zranění, nemoci, nebo poklesu fungování z důvodu vyššího věku (World Health Organization, 2022).

Dle Sládkové (2021, s. 7) je rehabilitace „klinický obor, který je často chápán pouze jako léčení bolestí zad, ale jde o dlouhodobý interprofesní individuálně zaměřený a koordinovaný celospolečenský proces.“ Stejně jako v adiktologii se i v rehabilitaci hovoří o biopsychosociálním modelu, který tvoří základní rámec zhodnocení dopadu obtíží jedince na jeho zdraví. Možná i proto zmiňuje Švestková et al. (2017) holistický přístup v rehabilitaci a termín koordinovaná rehabilitace. Sládková (2021, s. 10-11) dále popisuje čtyři základní druhy rehabilitace.

- I. **Léčebná rehabilitace** (ve zdravotnictví)  
Ambulantní či lůžková forma zajištění diagnostických a terapeutických aktivit např. na rehabilitační klinice, ústavu či lázeňském provozu.
- II. **Sociální rehabilitace**  
Oproti léčebné je spíše zaměřená na rozvoj dovedností potřebných pro uplatnění ve společnosti.
- III. **Pedagogicko-výchovná rehabilitace**  
Zaměřená na rozvoj osobnosti, vzdělávání.
- IV. **Pracovní rehabilitace**  
Je v kompetenci Úřadu práce a zaměřuje se na získání či udržení konkrétní pracovní pozice.

Vybrané obory rehabilitace podle Sládkové (2021) a Švestková et al. (2017):

- **Fyzioterapie**

Obor zaměřený na diagnostiku a terapii funkčních poruch, mezi jehož základní postup patří např. kinezioterapie, techniky měkkých tkání, reflexní a vazivová masáž, léčebná tělesná výchova a další. Fyzioterapeut, tedy pracovník vykonávající fyzioterapii, se uplatní v široké paletě medicínských oborů a v současné době vznikají i výzkumné práce (Ostrčilová, 2019), které fyzioterapeuta pokládají do adiktologické roviny.

Paragraf 24 zákona č. 96/2004 Sb. upravuje výkon povolání fyzioterapeuta. K získání odborné způsobilosti musí v současné době fyzioterapeut absolvovat akreditovaný bakalářský studijní program. Pro získání specializované způsobilosti pak musí fyzioterapeut absolvovat akreditovaný magisterský program.

- **Ergoterapie**

Obor prostřednictvím jeho diagnostických, terapeutických a rehabilitačních technik stanovuje optimální ergoterapeutický postup vedoucí ke zlepšení funkčních schopností vykonávaných v běžných denních aktivitách. Cílem je mimo reedukace dosažení maximální možné míry soběstačnosti. Ergoterapeut v adiktologii zajišťuje přípravu pro návrat pacienta do svého domova a zajištění smysluplných aktivit, které může vykonávat. Může pracovat v systému zdravotnického pojištění a vykazovat výkony. Mimo diagnostickou činnost jde o klasifikování dle MKF (Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví), individuální a skupinovou ergoterapii, nácvik všedních dovedností, cílená ergoterapie ruky, ergoterapii s využitím dílen a další.

Podobně jako u fyzioterapie definuje § 7 zákona č. 96/2004 Sb. podmínky k získání odborné způsobilosti ergoterapeuta. Pro její získání musí uchazeč absolvovat akreditovaný bakalářský studijní program.

Pojem, který může být zavádějící, je pracovní terapeut. Způsobilost k výkonu pracovního terapeuta se nezískává absolvováním akreditovaného bakalářského či magisterského studijního programu, ale absolvováním kvalifikačního kurzu v rozsahu 300 hodin (140 hodin teoretické a 160 hodin praktické výuky (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, n.d.).

- **Klinická psychologie**

Speciální obor psychologie, který se zabývá diagnostikou, terapií a prevencí duševních obtíží a onemocnění. Jako u ostatních oborů je jejím cílem zvýšení kvality života pacienta a pomoci s psychickými obtížemi, které mohou somatická onemocnění vyvolat.

- **Klinická logopedie**

Obor úzce specializovaný na diagnostiku, terapii a prevenci obtíží způsobených narušenými komunikačními schopnostmi a polykáním.

- **Speciální pedagogika**

Je oborem zabývajícím se zejména vzděláváním, ale i rozvojem, péčí či výchovou jedinců s nějakým zdravotním znevýhodněním. Jejím cílem je taktéž zajistit co největší kvalitu života jedince a zároveň nabídnout co největší možnost integrace do společnosti.

- **Muzikoterapie**

S rozvojem diagnostických metod jako je funkční magnetická rezonance se rozvíjejí i další rehabilitační obory, a právě jedním z nich je muzikoterapie. Nejvíce prominentní je ve zdravotnictví neurologická muzikoterapie, která pomocí pravidelného rytmu rozcvičuje kupříkladu chůzi (repetitivní pohyby).

- **Adiktologie**

Důležitý úhel pohledu poskytuje Svěcená et al. (2022), která adiktologii vnímá jako jeden z oborů rehabilitace. Ze své multidisciplinární podstaty adiktologie nahlíží na pacienta jako na celé spektrum obtíží, které užívání návykových látek přináší, a nikoliv jen jako na diagnózu. Užívání návykových látek také přináší celou řadu dopadů na různé složky pacientova života. Zaměřování se pouze na užívání návykové látky v léčbě není efektivní a z tohoto důvodu se nejen v adiktologii uplatňuje bio-psycho-socio-spirituální model. Pro účely klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví byla vyvinuta mezinárodní klasifikace (MKF). Ta má ve svém kódování zahrnuto i popis konkrétních obtíží vycházejících z komponenty těla a spolupůsobících faktorů (ÚZIS ČR, n.d.). Rehabilitační obory ergoterapie, fyzioterapie a rehabilitační lékařství jsou tak s adiktologií úzce propojeny a pro zajištění efektivní léčby je jejich spolupráce nezbytná.

Další související obory a pojmy jsem Švestková et al. (2017) řadí psychoterapii, psychologické poradenství, dopravní psychologii, psychodiagnostiku a neuropsychologii.

Výčet uvedených oborů nemá sloužit k jejich separaci, ale naopak, poskytuje spojující pohled na všechny možné odbornosti, které se v rehabilitaci uplatňují. Rehabilitační péče by měla být jednotná a tento fakt neulehčuje rozdělení péče na zdravotní a sociální. Jedním z vhodných přístupů by mohl být case management, který zahrnuje poskytování dlouhodobé, integrované a koordinované péče a spojuje její zdravotní a sociální složky (McLellan et al., 1999; Morandi et al., 2017; Saitz et al., 2008).

## 2.5 Pojetí rehabilitace v oboru adiktologie

Adiktologie je obor vycházející z bio-psycho-socio-spirituálního modelu, ke kterému rehabilitace neodmyslitelně patří. Pojetí tohoto termínu či jeho teoretické ukotvení v adiktologii je však nejasné. Spojujícím faktorem mohou být intervence, obory a cíle např. dle Sládkové (2017) nebo Švestkové (2021) v kapitole 2.4.

Dle Kaliny (2013, s. 119) neexistuje léčba a s ní související léčebné intervence, které by vyhovovali a byly účinné pro každého pacienta. Zároveň není žádný pacient, kterému by vyhovovala právě jedna specifická intervence či léčba. Paradigmat, na kterých léčba a intervence staví, existuje veliké množství. Bylo by neúčinné některé z nich zavrhnout. Zatím nejvíce efektivní přístup je integrativní, protože jak již bylo popsáno v předchozích kapitolách, fyzické a psychické zdraví nejsou dvě samostatné jednotky, ale jsou vzájemně úzce a silně propojeny.

Častý pojem, který se v adiktologii uplatňuje, je recovery (úzdava). Tento koncept je všeobecně chápán jako celková úzdava jedince. Ani definice recovery není jednotná a její různé interpretace podporují fakt, že jde o koncept velice široký a obecný (Ralph, 2011). Dle Deegan (1988, s. 15) jde o proces, způsob života, postoj a metodu, jak přistupovat k událostem všedního dne. Nejedná se o lineární proces, ale o potřebu znovu nastolit nový a vážený způsob integrity a účelu v mezích kapacit daného jedince. Aspirací procesu je žít, pracovat a milovat v komunitě, ve které daný jedinec přispívá svým dílem.

Jednoznačně největší zastoupení má léčebná a sociální rehabilitace, což může být způsobeno charakterem služeb – zdravotních a sociálních. Intervence, které tyto druhy rehabilitace nabízí jsou zároveň i nejvíce žádané, neboť pacienti a klienti často potřebují intervence léčebné (zdravotnické) a sociální (týkající se jejich sociální situace, rodinných, osobních a pracovních vztahů). Potřeba pracovní či pedagogické rehabilitace je však stále přítomna a spíše závisí na aktuální fázi pacienta v léčbě. V případě dětských pacientů bývá potřeba pedagogické rehabilitace vyšší než u dospělých pacientů.

## 2.6 Fyzická aktivita

### 2.6.1 Pohyb

V poslední době se zájem o výzkum psychologických benefitů získaný fyzickou aktivitou zvyšuje. Výsledky ukazují na korelaci fyzické aktivity s pozitivním vlivem na psychické i fyzické zdraví jedince (Faulkner & Taylor, 2005; Penedo & Dahn, 2005; Raglin, 1990).

Důvodem, proč je pohybová aktivita prospěšná zejména pro pacienty rezidenčních a ambulantních programů pro léčbu závislostí je zlepšení kognitivních funkcí, snížení úzkosti, depresivních symptomů, psychotických symptomů a jistou ochranu vůči chronickým obtížím. Z těchto důvodů je stále více prosazováno zahrnutí pohybových aktivit do programů pečujících o duševní zdraví (Chapman et al., 2018).

Příkladem je systematické review (Morris et al., 2018) poukazující na prospěšnost pohybové aktivity při snižování úzkosti, deprese a zlepšení únavy u uživatelů metamfetaminů. Celková údrava či *recovery* může být signifikantně zvýrazněna zahrnutím pohybových aktivit od programu. Autoři upozorňují na nutnost dalšího výzkumu a zejména na šíření těchto informací ve zdravotnickém systému.

Meta analýza provedená Wang et al. (2014) došla ke stejnému závěru nejen u uživatelé metamfetaminu, ale i u uživatelů alkoholu, nikotinu a heroínu. Fyzická aktivita může zmírnit příznaky deprese a zlepšit míru abstinence. Vhodně navržená a provedená fyzická aktivita může být účinnou a trvalou léčbou pro osoby s poruchou užívání návykových látek. Signifikantním poznatkem je fakt, že rozdíly mezi intenzitou a druhem aktivity nebyly tak důležité jako pravidelnost a provádění některé aktivity.

Současná evidence ukazuje, že lidé se závažným psychiatrickým onemocněním mají špatnou fyzickou kondici. Někteří autoři požadují, aby se v léčbě těchto pacientů vytvořili jasné směrnice či pokyny, které by o pacientovi přemýšleli v širším kontextu jeho onemocnění. To prakticky znamená např. metabolický screening či kontinuální vzdělávání pracovníků starajících se o psychiatrické pacienta na poli fyzické aktivity (Stanley, 2020).

V následujících kapitolách jsou představeny benefity, které pohybová aktivita má na fyzické a psychické zdraví. Zároveň každá kapitola obsahuje podkapitulu, kde se zaměříme více na fyzické a psychické benefity pro pacienty rezidenční léčby.

### 2.6.2 Zdravotní benefity na fyzické zdraví

Pohybová aktivita má prokazatelné zdravotní benefity v souvislosti s fyzickým zdravím. Pohybovou či fyzickou aktivitu pro účely této práce definujeme dle Caspersena (1985), a to jakýkoliv pohyb vyprodukovaný kosterním svalstvem, který vede k výdeji energie. Cvičení, tedy jakási podkategorie fyzické aktivity, je plánované, strukturované a repetitivní. Většina



benefitů vycházejících z fyzické aktivity sice záleží také na repetitivnosti, avšak hlavním mechanismem stále zůstává pohyb, ať už je jakýkoliv. Ten spouští kaskádu biologických procesů, které jsou popsány níže v textu.

Protože nelze jednoduše oddělit fyzické a psychické zdraví, je důležité na pacienta nahlížet v bio-psycho-socio-spirituálním modelu. Fyzické i psychické zdraví jsou navzájem provázány, a proto ovlivnění jednoho ovlivní druhé. V následující kapitole je popsáno několik onemocnění, u kterých fyzická aktivita pomáhá se zmírněním příznaků.

V následujících kapitolách je popsáno, jakým způsobem benefitují pacienti z pohybu u určitých onemocnění, které se mohou vyskytovat v souvislosti s užíváním alkoholu. Zároveň je i popsáno, jakým mechanismem tyto onemocnění vznikají a jak souvisí s užíváním alkoholu.

## **Obezita**

Obezita je multifaktoriální komplexní onemocnění, které může být rizikovým faktorem pro diabetes mellitus 2. typu, vysoký krevní tlak, vznik aterosklerózy či kardiovaskulární onemocnění.

Ačkoliv je pro léčbu obezity metoda první volby úprava diety, fyzická aktivita v kombinaci s upravenými stravovacími návyky vedla k větší redukci tělesné hmotnosti než samotná dieta. Větší intenzita fyzické aktivity způsobila větší redukci tělesné hmotnosti. Mimo hmotnostní úbytek se snížil diastolický tlak, upravila se lipémie (snížení počtu triglyceridů) a snížila se glykémie na lačno (Shaw et al., 2006).

### **Pacienti rezidenční léčby**

Alkohol užitý před jídlem nebo s jídlem má tendenci zvyšovat celkový příjem potravy. Mechanismus je daný pravděpodobně zvýšením krátkodobých odměňujících účinků jídla. Epidemiologické studie však naznačují, že mírné užívání (nizko rizikové) má spíše protektivní charakter, a to zejména u žen. Nejvíce problematický z hlediska rizika vzniku obezity je vzorec užívání binge drinking (Yeomans, 2010).

Vysvětlení tohoto zdánlivě paradoxního jevu je více. Energie z alkoholu (7.1 kcal/g) zvyšuje celkový energetický výdej organismu, protože má značný termogenní či termický efekt. Dále část energie přijatá v podobě alkoholu je spotřebována na jeho rychlou metabolizaci. U lidí s mírnějšími vzorci užívání se alkohol metabolizuje především skrze alkoholdehydrogenázu. Se zvyšujícím příjmem se aktivuje MEOS (mikrosomální etanol oxidační systém), tedy sekundární oxidační systém, který není tak energeticky úsporný. Nevzniká takové množství ATP (adenosintrifosfát) a hlavní přeměna energie z alkoholu je transformována na energii tepelnou (Poli et al., 2013; Traversy & Chaput, 2015).

## **Kardiovaskulární onemocnění**

Neaktivní životný styl, tj. nedostatek pohybové aktivity je spojován se zhruba dvojnásobným rizikem kardiovaskulárních onemocnění oproti aktivnímu jedinci.

U zdravých jedinců má fyzická aktivita následující benefity: zvýšená výdrž, větší klidová ejekční frakce, nižší klidová tepová frekvence, zvýšená hustota kapilárních cév a oxidačních enzymů v kosterní svalovině.

U pacientů trpících některým kardiovaskulárním onemocněním fyzická aktivita zlepšuje symptomy daného onemocnění. V případě ischemické poruchy srdeční zlepšuje symptomy anginy pectoris a městnavého srdečního selhání. Zároveň snižuje závažnost námahou vyvolané ischemie myokardu.

Pravidelná fyzická aktivita snižuje systolický a diastolický tlak a také celkový podíl LDL (low-density lipoprotein) cholesterolu. Zároveň zvyšuje podíl HDL (high-density lipoprotein) cholesterolu (Miller et al., 1997).

### **Pacienti rezidenční léčby**

Existují jednoznačné empirické důkazy, že vyšší konzumace alkoholu vede k větší pravděpodobnosti výskytu některých kardiovaskulárních onemocnění. Některé mechanismy jsou popsány v kapitole výše. Vysoce rizikové užívání alkoholu může způsobovat onemocnění koronárních tepen, hypertenzi, ischemickou mozkovou příhodu, supraventrikulární arytmie (fibrilaci síní, flutter síní či supraventrikulární tachykardii) (Klatsky, 2015).

Ačkoliv studie naznačují, že nižší míra konzumace alkoholu může mít některé protektivní vlivy na kardiovaskulární systém, není tomu tak již u ostatních orgánových systému. Alkohol je prokazatelný karcinogen dutiny ústní, pharynxu, larynxu, jícnu, jater, střeva, konečníku, prsu a pravděpodobně i pankreatu a plic (Boffetta & Hashibe, 2006).

## **Diabetes mellitus 2. typu**

Thomas (2006) provedla review čtrnácti randomizovaných studií s dohromady 377 pacienty. V porovnání s kontrolou, fyzická aktivita u pacientů s onemocněním diabetes mellitus 2. typu signifikantně zlepšila glykémii a inzulínovou odpověď organismu, snížila množství viscerálního a podkožního tuku, trygliceridů a snížila množství glykovaného hemoglobinu. Všechny tyto změny se projeví v klinickém obraze pacientů a zlepšili kompenzaci onemocnění.

### **Pacienti rezidenční léčby**

Chronická pankreatitida je nejčastější onemocnění pankreatu způsobené nadměrnou konzumací alkoholu. Greenhouse (1996) pozoroval, že pacienti s diabetem a anamnézou vysoké konzumace alkoholu nejsou obézní, ani nemají genetické predispozice pro diabetes. Domnívá se tak, že alkohol může způsobovat non-insulin-dependentní diabetes, který se etiologický odlišuje od diabetu mellitus 2. typu.

Pro srovnání, v roce 2019 bylo v České republice diagnostikováno 762 akutních pankreatitid vyvolaných alkoholem a 459 chronických alkoholických pankreatitid (Mravčík et al., 2020).

## 2.6.3 Zdravotní benefity na psychické zdraví

### Mechanismus účinku

V následující kapitole jsou popsány některé mechanismy účinku, které vysvětlují pozitivní účinky fyzické aktivity na psychické zdraví. Do jisté míry stále není objasněn veškerý mechanismus těchto fyziologických reakcí. Je však pravděpodobné, že se v různé míře uplatňují všechny.

- **Hormeze**

Někteří autoři uvádí, že způsob, jakým organismus benefituje z fyzické aktivity, se dá vysvětlit teorií hormeze (hormesis theory). Hormeze je jev, při kterém škodlivá či toxická látka působí v organismu pozitivně, stimulačně či jinak benefičně, pokud je množství působící látky relativně malé (Deslandes et al., 2009; Ray et al., 2014).

Tato teorie byla aplikována na fyzickou aktivitu, přičemž ta má za následek tvorbu reaktivní formy kyslíku (Radak et al., 2005).

Protože reaktivní formy kyslíku jsou látky tělu nebezpečné, organismus indukuje tvorbu antioxidantů, enzymů opravujících poškozenou DNA a proteinů. To má za následek snížení výskytu onemocnění souvisejících s oxidačním stresem a reaktivními formami kyslíku (Deslandes et al., 2009).

Ukazuje se, že fyzická aktivita zmírňuje symptomy úzkosti a depresivních poruch. Zároveň snižuje pocit napětí, zmatenosti či hněvu a zvyšuje celkové „well being“ (Penedo & Dahn, 2005).

- **Hormonální reakce**

Fyzická aktivita způsobuje vyplavení velkého množství hormonů, se signifikantním nárůstem v krevní plazmě u dopaminu, adrenalinu, noradrenalinu a také bílkovin v podobě BDNF (brain-derived neurotrophic factor) (Winter et al., 2007).

Serotonin a acetylcholin jsou také hormony, které se ve větší míře vyplaví při fyzické aktivitě. Periferní katecholaminy jako je adrenalin a noradrenalin však nedokáží prostoupit hematoencefalickou bariérou a odpověď organismu je spíše systémová. Jeden z možných mechanismů zvýšení dopaminu je takový, že během fyzické aktivity se zvyšuje hladina vápníku v krevním séru. Aktivuje se systém vápník-kalmodulin, který má silnou vnitrobuněčnou signalizační aktivitu a vápník začne být transportován přes hematoencefalickou bariéru do mozku. Tím se zvýší syntéza dopaminu skrze systém kalmodulin dependentní systém (Deslandes et al., 2009).

Sparling (2003) poprvé definoval roli endokannabinoidního systému v analgetickém a anxiolytickém působení při fyzické aktivitě. Poukazuje na fakt, že endorfinová teorie tzv. „runners high“ je méně aktuální než endokannabinoidní. Jeho studie z roku 2003 poskytuje první důkaz o tom, že fyzická aktivita (cvičení) aktivuje endokannabinoidní systém který skrze neurohumorální působení vytváří analgezi. Mechanismus účinku funguje prostřednictvím zvýšení hladiny anandamidu v krevním séru během fyzické zátěže a působí analgeticky na periferní senzická vlákna. Anandamid způsobuje také výrazné antinocitivní a antihyperalergické účinky.

Stejnou myšlenku potvrzuje studie Sieberse (2021), který participantům v průběhu běhu podal naltrexone. Opioidní blokáda nezabránila rozvoji analgetickým účinkům a euforie, tzv. runner's high. Vše naznačuje, že dosažení tohoto stavu je nezávislé na opioidní kaskádě, ale souvisí s anandamidem a dalšími kanabinoidy (2-arachidonoglycerol) vyplavených do krevního séra v průběhu fyzické aktivity.

- **Neurotropní faktory**

Fyzická aktivita podporuje syntézu a vyplavování neurotropních faktorů, konkrétně BDNF a IGF (insulin-like growth factor). Animální modely ukazují, že BDNF je nezbytný pro fungování hippocampu, synaptickou plasticitu a hraje roli v modulaci deprese. IGF sehrává úlohu v neurogenezi. Fyzická aktivita také reguluje expresi VEGF (vascular endothelial growth factor), který podporuje angiogenezi a proliferaci endoteliálních buněk. Zároveň má neutrotrófní a neuroprotektivní účinky (Cotman et al., 2007; Landi et al., 2007).

## **Deprese**

Deprese je poměrně běžné psychické onemocnění, které podle odhadů WHO je ve světovém měřítku na prvním místě v příčině invalidity. Celosvětově ovlivňuje zhruba 300 milionů lidí (World Health Organization, 2017). Deprese je často komorbiditou dalších závažných somatických onemocnění, zejména kardiovaskulárních a mohou být rizikovým faktorem pro vznik obezity (Capuron et al., 2016; Correll et al., 2017).

Míra pozitivního vlivu fyzické aktivity na depresivní symptomy je srovnatelná s farmakoterapií antidepresivy (Dinas et al., 2011).

Některé studie ukazují, že je možné nástupu depresivní symptomatologie kompletně zabránit pravidelnou fyzickou aktivitou (Babyak et al., 2000).

### **Pacienti rezidenční léčby**

Již v 70. a 80. letech minulého století se zvyšoval zájem o zkoumání komorbidit, a to zejména spojení psychiatrického onemocnění s onemocněním způsobeném užíváním návykovou látkou, nejčastěji alkoholem (Merikangas & Gelernter, 1990; Woodruff et al., 1973).

Výsledky studie provedené Pavkovic et al. (2018) potvrdily statisticky významnou korelaci depresivních symptomů s rizikovým (škodlivým) užíváním alkoholu. Pravděpodobně existuje přímý vztah deprese a rizikového užívání alkoholu jako duální diagnózy. Zároveň poukazují na fakt, že zvýšené užívání alkoholu vede spíše k depresivním symptomům nežli naopak. Objevují se však pacienti, u nichž je to právě naopak, a to zejména kvůli genetickým predispozicím.

Uživatelé závislí na alkoholu jsou 3.7krát více náchylní k depresivní symptomatologii než pacienti bez závislosti na alkoholu. Samotné užívání prodlužuje průběh depresivních symptomů a přetrvávání v období abstinence je rizikový faktor pro její udržení. Pro pacienta je důležité obě onemocnění identifikovat a léčit současně. Fyzická aktivita v procesu léčby může hrát důležitou roli, protože psychické benefity z fyzické aktivity jsou porovnatelné s benefity, které pacient získává ze standartní formy psychoterapie (Pettinati & Dundon, 2011; Raglin, 1990).

### **2.6.4 Negativní vliv fyzické aktivity**

Pochopitelně jako všechno může mít fyzická aktivita i svá negativa. V oblasti adiktologie se často píše o závislosti na sportu. Pro diagnostiku jsou používána stejná diagnostická kritéria jako pro ostatní látkové a nelátkové závislosti. Někteří autoři připisují vznik závislosti na sportu jakožto úniku z reálného života pomocí změny vlastního psychického stavu (např. silného sportovního výkonu) (Krivoschekov & Lushnikov, 2011).

Pro sportovce, kteří často omezují svůj kalorický přísun potravy anebo nadměrně cvičí pro udržení nízké tělesné hmotnosti a procentuálního podílu tělesného tuku se vžilo označení poruchy Anorexia Athletica. Existuje stále více důkazů, že dlouhodobé omezování energetického příjmu i prostřednictvím cvičení vede k metabolickým a endokrinním poruchám. Zvláště rizikové jsou pak sporty, kde nízká tělesná hmotnost je primární výhodou (Sudi et al., 2004).

## **2.7 Provázání účinných faktorů terapeutických komunit dle Kooymana s fyzickou aktivitou**

Abychom mohli lépe porozumět tomu, proč je fyzická aktivita prospěšná u léčby návykových onemocnění, je třeba na ni nahlížet prismatickým úhlem účinných faktorů léčby. Jak bylo popsáno výše, Skálův či Apolinářský model léčby závislostí využívá do značné míry principy terapeutické komunity. Ač jsou přístupy v teoretických modelech léčby rozdílné (psychoanalýza, behaviorální terapie, gestalt, existencionální terapie), existují účinné faktory, které jsou společné a prolínají se všemi modely a často i překračují rámec psychoterapie.

Co je terapeutické v terapeutické komunitě? Takto začíná kapitola s velmi užitečným pohledem Kooymana (1992) na účinné faktory v terapeutické komunitě. Kooyman jich rozlišuje 15 a na konci kapitoly podotýká, že pro úspěšnost léčby je nezbytné, aby všech těchto 15 terapeutických principů bylo její součástí. Rozdělení dle Kooymana a následné propojení s fyzickou aktivitou jsme zvolili proto, že se netýká jen účinných faktorů psychoterapie, jako například účinné faktory dle Kratochvíla. Následující účinné faktory se týkají léčby jako takové, a proto do nich lze promítnout i rehabilitační (pohybové) intervence. Provázání jednotlivých účinných faktorů s fyzickou aktivitou bude popsáno komentářem autora této práce pod jednotlivými účinnými faktory.

### **I. Náhradní rodina**

Tento faktor doplňuje Kalina (2008, s. 153) o faktor „re-parentingu“, tedy jakousi bezpečnou možnost osobního rozvoje v bezpečném prostředí. Přijetí do skupiny, pocit sounáležitosti a podpory jsou všechny faktory, které může nabídnout komunita jako taková, ale i menší komunity vznikající v důsledku sportovních aktivit, jako jsou sportovní týmy.

### **II. Konzistentní filozofie**

Součástí léčby by měla být psychoedukace, aby všichni členové léčby dokázaly jednoduše pochopit a vysvětlit, co a proč se děje. S tím souvisí i zařazení fyzických aktivit, jakožto úzdravného prvku, který má vliv jak na psychické, tak i na fyzické aspekty života jedince.

### **III. Terapeutická struktura**

Jasná struktura je základ léčebného plánu terapeutické komunity. Fyzická aktivita ho často formuje a ohraničuje. Příkladem může být rozcvička, která den začíná a její úloha je aktivovat členy, aby si z daného dne odnesli co nejvíce.

### **IV. Rovnováha mezi demokracií, terapií a autonomií**

Kalina (2008, s. 157) popisuje tento faktor jako ten, který spíše drží personál. V případě fyzické aktivity je prominentní zejména při volbách aktivit či jejich struktur. Rozcvičku předcvičuje pacient, ale dozor nad ním může mít někdo z terapeutů. Rovnováhu mezi dozorem a pacientovým předcvičováním bychom v každém zařízení hledali jinde.

**V. Sociální učení skrze sociální interakce**

Pokud má být pacient staven co do největšího počtu rolí, pak jsou týmové sportovní aktivity skvělou modelovou situací skupiny lidí a nepočteného množství sociálních interakcí.

**VI. Učení prostřednictvím krize**

Vnímáme, že tento faktor je velmi zakomponovaný v tzv. zátěžových programech, které jsou standardní položkou v programu většiny rezidenčních léčebných zařízení, a to pochopitelně nejen terapeutických komunit.

**VII. Terapeutický vliv všech aktivit v komunitě**

Tento faktor je jakýmsi shrnutím jedinečné charakteristiky terapeutické komunity. Avšak jak dodává Kalina (2008, s. 158), nesmíme opomenout terapeutickou komunikaci a reflexi.

**VIII. Zodpovědnost za své vlastní chování**

Stejně jako ve společenství tvořící terapeutickou komunitu je prožívání zodpovědnosti za své vlastní chování intenzivnější, než když je člověk o samotě, manifestovat se může o to více ve společenství tvořící sportovní tým či zájmový posilovací kroužek.

**IX. Zvyšování sebevědomí vlastním přičiněním**

Stejně jako ve vězení (Todd, 1995) je vzpírání a kulturistika často vnímána jako pozitivní prostředek k budování sebevědomí, sebeúcty a pozitivního sebeobrazu.

**X. Zvnitřnění systému pozitivních hodnot**

Fyzické a psychické zdraví často nebývají na vysoko na žebříčku vnitřních hodnot a uživatelé návykových látek často preferují rychlé navození pocitů slasti. Sportovní, potažmo fyzické aktivity, mohou učit jedince zvyšovat frustrační toleranci, oddalování pocitu slasti a rovnání svého žebříčku hodnot.

**XI. Konfrontace**

Jak uvádí Kalina (2008, s. 160), tento faktor je pravděpodobněji nejobtížněji popsitelný a vysvětlitelný a obecně je v literatuře rozporuplný. Většina autorů se však shodne na tom, že dovednost umět konfrontovat a být konfrontován je pro život nezbytná. Fyzické aktivity mohou být jakýmsi katalyzátorem, které urychlují sociální interakce

vedoucí ke konfrontaci. Užitečné tedy mohou být kvantitou příležitostí a tím poskytnou větší příležitost se konfrontaci učit.

#### **XII. Pozitivní tlak vrstevníků**

Jak uvádí Kooyman (1992, s. 45), stejně jako tlak vrstevníků mohl být ten faktor, proč daný jedinec začal užívat návykové látky, pozitivní tlak vrstevníků může jedinci pomoc abstinovat od návykových látek a v rámci komunity rozvíjet pozitivní chování (které může být protektivním faktorem a může se jednat právě o jakoukoliv fyzickou aktivitu<sup>2</sup>)

#### **XIII. Učení porozumět a vyjádřit své emoce**

V terapeutické komunitě jsou jedinci podporováni a povzbuzováni k tomu, aby vyjadřovali své emoce. Fyzická aktivita a její skupinové formy jsou zejména o tom samém.

#### **XIV. Změna negativních postojů v životě k pozitivním**

Přechod v sebepojetí (nemám se rád, nezasloužím si žít k mám se rád a mám své místo na světě) je složitý intrapsychický proces, pro jehož katalyzaci slouží změna sebeobrazu. Fyzická aktivita je neodmyslitelná součást života, která může některým jedincům pomoci manifestovat zdravý sebeobraz a umožnit tak změnu v sebepojetí.

#### **XV. Zlepšení vztahů s původní rodinou**

Podle Kaliny (2008, s. 161) se týká poslední faktor práci se vztahy v rodině jedince a lze ho považovat za příklad tzv. „adaptivní spirály“. To znamená přechod od terapeutické práce v komunitě do interpersonálních vztahů v přirozeném prostředí klienta. Tento model lze aplikovat nejen na oblast vztahů (psychologickou oblast), ale i na oblast fyzického zdraví (fyzickou oblast).

Fyzickou aktivitu tedy můžeme chápat jako jakýsi katalyzátor interpersonálních vztahů a intrapsychických procesů jedince v léčbě, kdy může urychlovat léčebný proces mechanismy výše popsanými. Kooymanův výčet účinných faktorů pochopitelně není vyčerpávající a na faktory lze nahlížet z více pohledů, např. z pohledu sdílených psychoterapeutických účinných faktorů. Kalina (2008) ve své monografii popisuje faktory jako jsou pozitivní očekávání, Hawthornský efekt, existencionální faktory, tvarování chování a další.

Kooyman (1992, s. 62) zmiňuje ve své publikaci jako jednu z technik používanou v terapeutické komunitě fyzické cvičení (physical exercises). Denní fyzická cvičení se provádějí brzy ráno před snídaní v rozmezí od běhání po domě až po intenzivní aerobní

---

<sup>2</sup> Poznámka autora



cvičení na hudbu. Někdy zaujme místo aerobního cvičení místo dynamická meditace, jde o cvičení mysli a těla. Jedná se o meditace na hudbu, propojení účastníka s jeho emocemi pomocí sledování hudby pohyby celého těla. Tyto druhy meditací byly původně používány v Indii.

## **2.8 Obecná kritéria kvality rehabilitační péče v rezidenční léčbě**

Vzhledem ke kapitole 2.6 lze usuzovat, že rehabilitační, resp. léčebně rehabilitační složku, potažmo fyzickou aktivitu, je vhodné zařadit do kontextu léčebných zařízení. Následující text poukazuje, jak je rehabilitační péče ukotvena ve standardech odborné způsobilosti a koncepce adiktologické péče. Zároveň přibližuje pojetí kritérií rehabilitační péče ve světě a nastiňuje výsledky analýzy zajištění kvality zahraničních modelů. V dokumentu „koncepte sítě specializovaných adiktologických služeb v České republice“ jsou kritéria terapeutického procesu krátkodobé a střednědobé odvykací léčby stanoveny následovně (Miovský, 2013):

Základními nástroji terapeutického procesu postaveného na základech terapeutické komunity jsou psychoterapie skupinová, komunitní i individuální, farmakoterapie, edukace, sociální práce, rodinná (případně partnerská) terapie, rehabilitace směřem ke stabilizaci a zlepšení psychických, somatických a sociálních kapacit pacienta. Součástí péče je léčba psychiatrických a somatických komorbidit. Další využívané prostředky jsou například pracovní terapie, sport, zátěžové programy (s. 52).

Není tedy specifikována konkrétní hodinová dotace či konkrétní pohybové aktivity, avšak obecně by rehabilitační aktivity, které vedou ke zlepšení zdravotního stavu měly být zahrnuty. Sport a zátěžové programy jsou také zmíněny.

Poslední revize standardů odborné způsobilosti uvádí, že služba adiktologické rezidenční léčby (Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, 2021):

Vždy obsahuje postupy zaměřené na maximální možnou rehabilitaci a úzdravu klientů, zejména na obnovu jejich fyzického a psychického zdraví, stejně jako na zlepšení jejich sociální situace, včetně rodinných a jiných blízkých vztahů (s. 152–153).

Standardy pro obsah služby dále specifikují: „Služba provádí typické intervence zaměřené na rehabilitaci klientů“ (s. 163). „Rehabilitace slouží ke stabilizaci a zlepšení psychických, somatických a sociálních kapacit klienta a je nedílnou součástí terapeutických aktivit v léčebném programu“ (s. 163–164).

Jak zjistíme z uvedeného textu, ani standardy odborné způsobilosti adiktologických služeb nemají konkrétně specifikováno, v jakém rozsahu a jakým způsobem se pohybové aktivity mají ve rezidenční službě provádět. Pokud bychom měli specifikace shrnout, v rezidenční službě by se měli nacházet rehabilitační/pohybové aktivity, které slouží na zlepšení

fyzického a psychického zdraví pacienta. Jejich přesnou podobu a rozsah si zařízení volí a provozují podle vlastního uvážení.

Komplikaci ohledně specifík těchto aktivit ještě více umocňuje fakt, že ne všechny registrované zdravotní adiktologické služby splňují standardy odborné způsobilosti adiktologických služeb a často jim postačí registrace zdravotnického zařízení.

V roce 2018 proběhla analýza zahraničních modelů zajištění kvality adiktologických služeb, jejíž cílem bylo přinést ucelený přehled poznatků, ze kterých vyplynuly doporučení pro Českou republiku. Komparováno bylo pět zemí Evropské unie (Rakousko, Německo, Nizozemsko, Polsko a Velká Británie<sup>3</sup>). Hlavními výsledky byly doporučení v následujících oblastech: zařadit adiktologické služby do zdravotně-sociální sféry, což znamená registrovat zařízení v obou složkách a neoddělovat je, zvážit víceleté financování adiktologických služeb s případnou centralizací finančních prostředků, vytvořit zákonnou oporu pro financování a zavést akreditaci zdravotnických služeb, která by byla navzájem uznatelná s adiktologickou certifikací. Česká republika má jako jediné standardy odborné způsobilosti pro všechny druhy služeb (Lutseva & Valentová, 2018). Aktuálně je ale systém certifikace pozastaven a vzhledem k nekonkrétnosti specifikace rehabilitační péče tuto sféru dostatečně nepokrývá.

Zajímavý pohled na kritéria kvality rehabilitační péče poskytuje Eldar, (2000) i přes fakt, že jeho studie se zabývá rehabilitací v lékařském konceptu. Léčebná rehabilitace se liší od ostatních lékařských oborů tím, že není zaměřená na patologii, ale na disabilitu pacienta. Tím pádem se zaměřuje na zlepšení funkcí, resp. zlepšení kvality života oproti objektivnímu vymizení patologických symptomů. Kvalitu péče lze definovat jako stupeň, v němž péče odpovídá nejlepším výsledkům. Jinými slovy kvalita péče je míra mezi skutečně poskytnutou péčí a standardy stanovenými pro očekávanou péči dané disability či onemocnění.

Ze studie tedy vyplývá, že k poskytnutí kvalitní péče je třeba definovat, jak má taková péče vypadat a následně s ní porovnat péči poskytnutou. Protože však tato péče není konkrétně definovaná, nelze ji systematicky poskytovat.

## **3 Výzkumná část**

### **3.1 Výzkumný design**

Vzhledem ke charakteru komparace a konceptuálního vymezení jsme zvolili kvalitativní přístup výzkumu formou normativní evaluace. Podle Miovského (2006) je evaluace

---

<sup>3</sup> Velká Británie byla v době studie součástí Evropské unie.

procesem nejen hodnocení, ale také přisuzování významu, což koresponduje s výzkumným cílem. Oproti formativní evaluaci se rámec normativní evaluace může zabývat porovnáváním programů (rehabilitační péče) a odlišuje se zejména zacházením s daty při práci s výsledky a jejich formulací.

### **3.1.1 Výzkumný cíl**

Cíl předkládané práce je popsat, analyzovat a komparovat rehabilitační komponenty v rámci rezidenčních léčebných programů pro muže vycházejících z Apolinářského modelu.

### **3.1.2 Zdůvodnění výzkumného cíle**

Protože v České republice existuje sdílený model (Apolinářský) střednědobé lůžkové léčby závislostí, je třeba mapovat a evaluovat jeho složky, aby byla zachována jeho integrita, efektivita a kvalita. V současné době neexistují téměř žádná relevantní data či systematický výzkum<sup>4</sup> zabývající se pohybovými aktivitami na lůžkových odděleních střednědobé léčby závislostí.

### **3.1.3 Výzkumné otázky**

- A) Jaké jsou konceptuálně vymezeny programové komponenty rehabilitační péče na mužských odděleních pro léčbu závislostí založených na Apolinářském modelu? (parametry celé této komponenty, včetně rozsahu, dílčích částí, personálního zabezpečení, technického zabezpečení, provozních podmínek a pravidel atd.)
- B) Vychází rezidenční oddělení léčby z Apolinářského modelu?
- C) Jaká existuje míra individualizace (směrem k pacientům)?
- D) Jaká je variabilita mezi pohybovou rehabilitační péčí na jednotlivých mužských odděleních pro léčbu závislostí založených na Apolinářském modelu?
- E) Jaké jsou silné a slabé stránky jednotlivých programů?

---

<sup>4</sup> První soudobé práce zabývající se rehabilitační komponentou jsou diplomová práce „Analýza rehabilitační komponenty doléčovacího programu na bázi Apolinářského modelu léčby závislostí na návykových látkách“ (Ostrčilová, 2019) a „Evaluace modelu a konceptu rehabilitace v kontextu doléčovacího (ambulantního) programu vycházejícího z Apolinářského modelu léčby závislostí na Klinice Adiktologie“ (Adamíková, 2021)

F) Zapadají rehabilitační komponenty do kontextu účinných faktorů léčby?

### 3.1.4 Etická klausule

Předkládaná výzkumná práce byla schválena etickou komisí Národního monitorovacího střediska pro drogy a závislosti dne 20.12.2021 pod číslem jednacím EKNMS-12/2021.

**Informovaný souhlas** se získával ústní formou, a to v následující formuli:

Představení autora diplomové práce, účelu diplomové práce, popisu metody fixace dat a souhlas se zpracováním a uchováním zvukového záznamu po dobu vypracování diplomové práce s koncem 7/2022. Seznámení se s možností udělit nesouhlas s výzkumem až do publikování diplomové práce 7/2022, možností odmítnout odpovídat na otázky a vystoupení ze studie. Data jsou biometricky zabezpečena jako zvukový záznam a zároveň jsou přepisovány do dokumentu pod stejným zabezpečením. Po celou dobu studie se uchovává pouze název zařízení (který je následně anonymizován), nikoliv jméno či pozice respondenta. V momentě, kdy budou data fixována a obsahově zanalyzována, budou smazána.

### 3.1.5 Výzkumný soubor

Základní soubor tvoří rehabilitační složky rezidenční léčby. Výzkumný soubor pak tvoří rehabilitační složky rezidenční léčby mužského lůžkového oddělení Apolinářského modelu v České republice, tvořící součást komplexního modelu rezidenční léčby závislosti na alkoholu pro muže. Základní jednotkou je tedy samotný léčebný program a jeho rehabilitační pohybová komponenta složena z identifikovaného souboru dílčích pohybových aktivit. V případě, že oddělení nedisponuje samostatným mužským oddělením, byl do výzkumu zařazen program koedukovaného oddělení.

Výzkumný soubor byl vybrán metodou nepravděpodobnostního prostého záměrného (účelového) výběru programů<sup>5</sup>, protože zahrnujeme všechna zařízení, které mají společná kritéria střednědobé ústavní léčby závislostí, mužské oddělení (v případě absence čistě mužského oddělení je zahrnuto oddělení koedukované) a zároveň jsou ochotni se do výzkumu zapojit (Miovský, 2006).

- PN Červený Dvůr
- PN Brno
- LNN Nechanice
- PN Opava

---

<sup>5</sup> totální výběr – programy vybrány z certifikovaných služeb splňující kritéria „střednědobá ústavní léčba“

- PN Šternberk
- Vojenská nemocnice Olomouc
- PN v Dobřanech
- FN Plzeň – Lochotín
- PN Bohnice
- Apolinář
- PN Kosmonosy
- PN Horní Beřkovice
- PN Jihlava
- PN Jemnice (Pateb)
- PN Havlíčkův Brod
- PN Kroměříž

### 3.1.6 Operacionalizace rehabilitační komponenty

Pro tvorbu checklistu bylo potřeba operacionalizovat rehabilitační komponenty, které se obvykle provádí na rezidenčním mužském oddělení pro léčbu závislostí. Obtížnost tohoto úkolu komplikuje značná heterogenita pojmů z oblasti rehabilitace, resp. rehabilitace v pojetí adiktologie. Jak uvádíme v teoretické části, rehabilitační aktivity probíhající na odděleních pro léčbu závislostí jsou zejména léčebné (zdravotní), což je dáno z velké části i zdravotním charakterem těchto služeb. Na základě této konceptualizace jsme určili indikátory, tedy základní kritéria pro komparaci jednotlivých komponent pohybové rehabilitace.

Kritérium	Podrobnější popis
Název aktivity	Jaký má daná aktivita název v zařízení
Kvalitativní popis	Stručný kvalitativní popis typické podoby dané aktivity podaný informantem
Skladba dílčích částí	Popis, zda má aktivita více dílčích částí (např. rozcvička se skládá ze zahřátí a jednotlivých cviků)
Rozsah	Časová dotace aktivity, případně jejích dílčích částí (např. u rozcvičky zahřívání 5 minut, jednotlivé cviky 1 minuta, dohromady 15 minut)
Frekvence	Obvyklá frekvence dané aktivity (každý den, jednou za měsíc atp.)

<b>Indikace</b>	Kdo je pro danou aktivitu indikován a kdo kontraindikován
<b>Počátek implementace</b>	Od kdy je daná aktivita v programu rezidenční léčby
<b>Kontext</b>	Důvod zařazení do programu
<b>Časová a územní lokalizace</b>	V jakém časovém období obvykle aktivita probíhá a na jakém místě (např. když prší, tak je aktivita provozována ve vnitřních prostorách místo venkovního hřiště)
<b>Personální zajištění</b>	Kdo danou aktivitu zajišťuje a jaká je jeho kvalifikace
<b>Hmotné zajištění</b>	Jaké je potřeba vybavení pro danou aktivitu

*Tabulka 2: Operacionalizace rehabilitační komponenty*

### 3.1.7 Metody tvorby a analýzy dat

Data byla získána pomocí polostrukturovaného rozhovoru (checklistu) s pracovníkem, který má přehled o rehabilitačních aktivitách v daném zařízení a je ochotný je sdílet. Podle Miovského (2006) jsou relevantní jakákoliv data včetně audio záznamu, pokud jsou schopné přinést údaje, které lze využít v hodnocení (evaluaci). Pracovní pozice pracovníka není důležitá, jediné kritérium, které musí splňovat, je aktivní participace na rehabilitačních a pohybových aktivitách, případně komplexní znalosti těchto aktivit na daném oddělení.

Výhodou polostrukturovaného rozhovoru je kombinace výhod z plně strukturovaného a zároveň nestrukturovaného rozhovoru, což ho činí nejúčinnějším kvalitativním nástrojem pro sběr dat. Nevýhody můžeme shledat v riziku rozplynutí struktury a získávání informací, které nesouvisí s výzkumným problémem. Ukazuje se však, že doplňující otázky rozšiřující původní záměr získávání dat tuto nevýhodu převyšují (Miovský, 2006).

Před samotným provedením výzkumu jsme realizovali pilotní studii na Klinice adiktologie Všeobecné fakultní nemocnice s cílem prakticky ověřit nástroj sběru dat (checklist s polostrukturovaným rozhovorem) a případně aktualizovat otázky nebo strukturu checklistu. Po analýze jsme dospěli k závěru, že metoda sběru dat je funkční.

Rozhovory probíhaly v různých formách, nejčastěji však osobně, telefonicky a prostřednictvím online platforem (Skype, Zoom). Preferována byla vždy osobní

komunikace, ale ne vždy se kvůli epidemiologickým opatřením či kapacitních důvodů jednotlivých pracovníků podařila zajistit.

Každý informant byl seznámen s informovaným souhlasem. V případě zájmu o účast ve studii bylo prvotním krokem v rozhovoru pomocí diskuse pokusit vydefinovat, co je to rehabilitační péče či její složky (rozcvička, zátěžové cvičení, kinezioterapie, pohybové aktivity atp.). Tento krok je nezbytný vzhledem k tomu, že definice těchto pojmů není homogenní a je třeba oboustranně rozumět, čeho se výzkumný problém týká. Byla využívána metoda *inquiry*, tedy dotazování a upřesnění odpovědi informanta tak, aby co nejlépe plnila účel výzkumu.

Následně proběhl polostrukturovaný rozhovor, jehož struktura byla částečně řízena vytvořeným checklistem a několika otázkami (jádrum interview):

Zahrnuje léčebný plán Vaší rezidenční služby rehabilitační péči (léčbu pohybem, rozcvička, zátěžový test...)? (ano, ne – dál nepokračuje)

Kolik těchto rehabilitačních složek léčebný plán zahrnuje?

Jak byste tuto složku popsal?

Jak často se tato složka objevuje v programu?

Jaká je standartní doba trvání této složky?

Jaký je důvod zařazení této složky?

Opakovat u každé složky (rozcvička, individuální rehabilitace etc.)

Jak hodnotíte přínos/rizika této složky?

Vyskytuje se na oddělení nějaká forma individualizace? Pokud ano, jak vypadá?

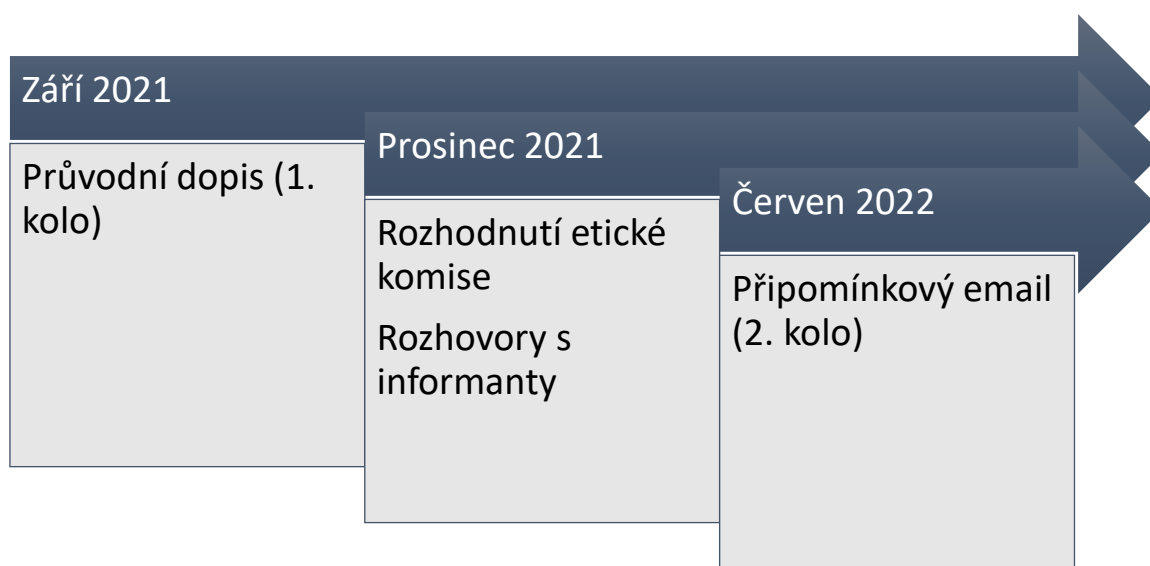
Získaná data byla fixována v podobě zvukového záznamu a zabezpečena na uložišti s biometrickým otiskem prstu. Následně byla přepsána do textového editoru a každému rozhovoru byl přidělen kód. Po dokončení analýzy byly všechny rozhovory smazány. Posledním krokem byla analýza přepsaných dat. Pro přehlednost je v práci přiložen vyplněný checklist každého zařízení, který popisuje všechny pohybové rehabilitační aktivity na oddělení. Následně je každý program doplněn o kvalitativní popis, který doplňuje celkový obraz zejména s vzhledem na pozitivní a negativní faktory. Dále jsou samostatně popsány aktivity v době osobního volna, protože vzhledem k variabilitě by značně zhoršovali přehlednost k checklistu.

### 3.1.8 Průběh náběru respondentů

Léčebné programy byly vybrány totálním výběrem, a tudíž bylo v zájmu výzkumu oslovit všechny. Vedoucí práce rozeslal každému primáři či přednostovy námi vybraných

programů v září roku 2021 průvodní dopis (příloha č.1), ve kterém popisuje důvod vzniku studie a současně žádá o zapojení kompetentních osob do výzkumu. To jsou ty osoby, které jsou ochotny sdílet popis rehabilitačních komponent na oddělení a zároveň se na nich ve větší míře podílejí. Jde tedy o zdravotní sestry, adiktology, lékaře, sanitáře, psychology atp.

Průvodní dopis byl klíčový z hlediska uvedení této studie do kontextu vědecké práce. Bylo v něm popsáno, proč studie vznikla, jakou má historii, na jaké předchozí studie navazuje a proč je užitečná pro jednotlivá zařízení. Zároveň se jednalo o prvotní poskytnutí souhlasu zařízení v účasti na studii. Řešitel pak informovaný souhlas poskytoval zúčastněným informantům a vedení daného léčebného programu o účasti informantů vědělo. Předěšlo se tím dvojité e-mailové komunikaci a vyřizování souhlasu s účastí vedením programu.



Tabulka 3: Časová osa výzkumu

Zařízení, která byla ochotna se projektu účastnit, byla následně kontaktována řešitelem projektu a s každým informantem byl individuálně domluven termín poskytnutí rozhovoru a jeho forma. Zařízením, které se v prvním kole neozvali, byl zaslán s odstupem 7 měsíců připomínkový email. Nábor tedy probíhal ve dvou kolech a rozhovory plynule navazovali na individuálně domluvené termíny s informanty. Celkově se do studie zapojilo 10 programů z 16 (dropout rate 37.5 %) a započaté rozhovory dokončili všichni informanti:

- ~~PN Červený Dvůr~~
- PN Brno (1. kolo)
- LNN Nechanice (1. kolo)
- ~~PN Opava~~
- PN Šternberk (1. kolo)
- Vojenská nemocnice Olomouc (2. kolo)
- PN v Dobřanech (1. kolo)



- FN Plzeň – Lochotín (1. kolo)
- ~~PN Bohnice~~
- Apolinář (1. kolo)
- PN Kosmonosy (2. kolo)
- ~~PN Horní Beřkovic~~
- PN Jihlava (1. kolo)
- ~~PN Jemnice (Pateb)~~
- PN Havlíčkův Brod (2. kolo)
- ~~PN Kroměříž~~

## 4 Výsledky výzkumu

### 4.1 Popis a evaluace pohybových aktivit na lůžkovém oddělení mužů Kliniky adiktologie (u Apolináře)

To, co činí Apolinářský či také Skálův model jedinečným, je spojení behaviorálních přístupů a přístupů léčby terapeutické komunity. Program je náročný a uplatňuje se zde bodový systém (token systém). Charakteristické pro Skálův model jsou sankce nejen pozitivní, ale i negativní. Takováto podoba léčebného programu byla v době jejího vzniku nejen Český, ale i světový unikát. Důraz na zodpovědnost pacientů sama o sobě unikátní také nebyla, ale zvnitřnění i kolektivní odpovědnosti ano. Prohřešek jednoho pacienta se mohl stát prohřeškem několika pacientů dohromady (světnice) či všech. Další významné charakteristiky tohoto modelu jsou práce s rodinou a důraz na posilování fyzické zdatnosti (Kalina et al., 2001).

Apolinářský model procházel, stejně jako ostatní zařízení, vývojem. Dalo by se říct, že nejprve se bodový systém zabýval spíše jednotlivcem a týkal se zejména pracovní terapie. Až postupem času začal bodový systém hodnotit interpersonální začleňování pacientů ve světnicích, následně i v celé komunitě. Pohybové aktivity tedy přibyly do bodovacího systému postupně. Apolinářský model tedy neoznačuje způsob chodu oddělení v době vzniku programu, ale model, který se objevil asi o 25 let později. Nikdy však nebyl rigidní, dogmatický a neustále se vyvíjí podle potřeb personálu (Mladá, 2012).

V současné podobě jsou pohybové aktivity velmi provázané s celým bodovým systémem, který je komplexní a body se dále dělí na menší podjednotky (půl body, čtvrt body, osmina body). V tabulce č. 3 a 4 je popis aktuální podoby pohybových aktivit.

Rozcvička, která je chápána jako základ pohybových aktivit má i svou druhou formu v podobě ¼ rozcvičky na odmazání trestných bodů. Zajímavostí je možnost využití tzv. „železného muže“, kdy místo rozběhání pacient absolvuje sprchu studenou vodou hadicí ve venkovních prostorách v délce trvání asi 2 minuty. Následně se připojí k ostatním na rozcvičku.

Aktivita „techniky“ je každý týden a druhy činností se střídají. Jde o arteterapeutické či teambuildingové aktivity, ale jednou za čtrnáct dní je vždy Nordic Walking (severská chůze). Připravené jsou čtyři trasy podle obtížnosti a žádná z nich nemá pod osm kilometrů. Důvodem zařazení aktivity severské chůze byla zejména bezpečnost a vhodnost pro pacienty s fyzickými a psychickými obtížemi. Jinými slovy bylo cílem zpřístupnit pohybovou aktivitu všem. Běh, ač původní a v podstatě neodlučitelný od Apolinářského modelu, je náročná a pro pacienty s horším zdravotním stavem nedosažitelná a neefektivní pohybová aktivita. Před první severskou chůzí probíhá zaškolení někým z personálu, kdo aktivitu zajišťuje a zároveň se jí účastní s cílem přiblížit správnou techniku chůze. Dříve byly k dispozici i brožurky s informacemi o správné technice.

Specifikou je i více dílčích částí jednotlivých aktivit. Sportovní odpoledne v pátek se skládá nejen ze samotných kolektivních her, ale také z úvodního zahřátí a patnáctiminutové rozcvičky. Nacházíme zde i jistou míru individualizace, kdy prvních čtrnáct dní, kdy jsou pacienti v „šetření“ hrají spíše méně náročné hry (pétanque).

K dispozici je hřiště, které je využíváno zejména pro nohejbal. Basketbal se vzhledem k aktuálnímu stavu hřiště provozovat nedá. Oblíbený je i pingpong. Plavání je méně frekventované a spíše jde o aktivitu „na vyblbnutí“ než o systematickou výuku plavání či zvyšování kondice.

Někteří pacienti v programu objeví dosud nepoznané aktivity (severská chůze), které jsou pro ně efektivní a začnou je provozovat i v osobním životě, protože je baví. Druhou stránkou je však i nechuť do aktivit, která odráží povinnost jejich absolvování. Tak se aktivity stávají neefektivní, protože je pacienti „flákají“, jen aby je splnili.

### **Osobní volno a volnočasové využití**

Možnost sportovního využití v době osobního volna. Je třeba dopředu nahlásit, jaký sport chce pacient či skupina pacientů provozovat. Nejčastěji jde o posilování či chůze s holemi. Běžkové aktivity jsou spíše výjimkou. Jedním z faktorů, který způsobuje menší zájem o běh a aerobní aktivity v prostorách oddělení může být geografická náročnost pozemku.

V případě zájmu o předcvičování lze požádat někoho z personálu, kdo má s pohybovými aktivitami zkušenostmi a provádí s pacienty systematický trénink. Tato aktivita je však zcela dobrovolná a vytváří se ad hoc, tj. není součástí programu.

Název aktivity	Rozcvička	Techniky (Nordic Walking)	Relaxace	Běh	„Náhradní kolečka“ (běh a chůze)
----------------	-----------	---------------------------	----------	-----	----------------------------------

<b>Kvalitativní popis typické podoby dané aktivity</b>	Důležitá součást začátku každého dne, pohybové aktivity ve formě protahování a uvolňování svalových skupin.	Aerobní aktivita sloužící ke zvýšení fyzické zdatnosti se zaměřením na vhodnost pohybu pro každého pacienta.	Nácvik a následné praktikování relaxačních metod: Schulzův autogenní trénink a Jacobsonova progresivní svalová relaxace.	Aerobní aktivita sloužící ke zvýšení fyzické zdatnosti.	Aktivita pro pacienty, kteří měli propustku a potřebují aktivitu nahradit.
<b>Skladba dílčích částí</b>	Individuální protažení, každý pacient vybere jeden cvik a ten předcvičuje ostatním.	Chůze s holemi na předem naplánovaných trasách.	Autogenní trénink podle Schultze. (Většinou se pracuje jen s tíhou kvůli náročnosti)	Jednotlivá kola kolem zahrady. Na následné protažení není čas.	Stejně viz „běh“
<b>Rozsah (aktivity i jejich komponent)</b>	Celková doba: 15 minut  Jednotlivý cvik: 1,5 minuty.	Před desátou sraz na zahradě, všichni, kdo jsou v léčbě déle než tři týdny (jdou pod dozorem s někým z týmu). Správná technika chůze je vyučována před procházkou. 1,5 hodiny. Po návratu statický strečink.	3x týdně v pondělí řízená od terapeutického týmu, ve středu pacienty a ve čtvrtek je dobrovolná (bonifikována +1/8 bodu),  20 minut – autogenní trénink nebo Jacobson (Jacobson si dělají sami, protože je to jednodušší, tým střídá).	Cca 350m kolečko, sestra nevidí při výběhu dolu. Pacienti nemusí běžet vůbec.	Stejně viz „běh“
<b>Frekvence (obvykle)</b>	1x denně	1x za 14 dní	3x týdně	2x týdně – odpoledne v pondělí a ve čtvrtek (čtvrtek je delší - 45 minut).	V pondělí 15:30-16:00
<b>Indikace</b>	Každý pacient, který nemá pohybové omezení.	Naprosto bez omezení (na oddělení se nedostane imobilní pacient).	Naprosto bez omezení. Kontraindikace pro epileptické diagnózy (jen progresivní)	Každý pacient, s pohybovým omezením místo běhu chodí (indikace lékaře). Jinak možnost	Stejně viz „běh“

			relaxace nebo musí vynechat)	indiánského běhu.	
<b>Od kdy je v programu</b>	Od vzniku programu, jedna z prvních rehabilitačních aktivit.	Od roku 2017.	Od vzniku programu, jedna z prvních rehabilitačních aktivit.	Od vzniku programu. Doc. Skála, běhal více i s pacienty.	x <sup>6</sup>
<b>Důvod zařazení do programu (kontext)</b>	Důležitá pro rozhýbání a rozproudění krve, nastartování dne. Podpora zdravého životního stylu.	Běh za dob docenta Skály byl dost náročný a cílem bylo zpřístupnit pohybovou aktivitu všem pacientům.	Schopni pracovat s klidem, celkové zklidnění myšlenek (zejména pro pacienti s poruchou užívání amfetaminů).	Zvyšování tělesné kondice, aerobního prahu (zvláště u kuřáků). Celková fyzická rehabilitace.	Stejně viz „běh“
<b>Časová a územní lokalizace</b>	7:00, první aktivita. Přes letní období před budovou, v zimě v hlavní terapeutické místnosti.	Čtyři osvědčené trasy kolem kliniky. 1. Na Petřín 2. podél Vltavy do Braníka 3. rychlostně vytrvalostní Vyšehradské hradby 4. Grébovka  Všechny trasy jsou minimálně 8 km dlouhé.	Velká terapeutická místnost.	Apolinářská zahrada. V pondělí 25 minut. Za každé dvě kola 1/8, minimálně dvě.	Stejně viz „běh“
<b>Kdo zajišťuje/personál (kvalifikace)</b>	Adiktolog či sestra.	Vedoucí psycholog, adiktolog, staniční sestra, psycholog.	Psychologové a adiktolog. Staniční sestra (výcvik v KBT).	Sestra – dozor, která s nimi neběhá.	Stejně viz „běh“

<sup>6</sup>X – na otázku nelze odpovědět z důvodu nedostatku informací nebo by odpověď neměla význam z hlediska odpovědi na výzkumné otázky

<b>Podmínky zajištěn (vybavení/zázemí)</b>	Potřeba jsou karimatky pro každého pacienta.	Cca 25 párů holí k dispozici na oddělení, svoje boty a oblečení.	Každý má karimatku, Jacobsonova progresivní relaxace spíše v sedě. Někdy se pouští hudba.	Boty, když hodně prší tak je běh zrušený a místo toho je jiná pohybová aktivita v budově (ale tato aktivita není následně bonifikována).	Stejně viz „běh“
--	--	--	---	--	------------------

Tabulka 4: Popis aktivit Kliniky adiktologie 1

<b>Název aktivity</b>	<b>Páteční sportovní odpoledne</b>	<b>Čtvrťáková rozcvička – „rozcvička za trest“</b>	<b>Aktivity v době pracovní terapie</b>
<b>Kvalitativní popis typické podoby dané aktivity</b>	Největší prostor pro sport, který je povinný v programu.	Rozcvička pro všechny, kdo nasbírají čtvrt minusového bodu.	Různé druhy aktivit v době pracovní terapie.  Možnost využít 1 h v posilovně během pracovní terapie. (Trénink rozcvička, švihadlo, crossfit „21-15-9“, závěrečný strečink.)
<b>Skladba dílčích částí</b>	Začíná se vždy zahřátím, úvodní rozcvičkou (15 minut), pak se rozdělí do jednotlivých disciplín, který si se sportovním referentem domluví.	Každý cvik, spíše silového zaměření (kliky apod.)	Delší pracovní blok.
<b>Rozsah (aktivity i jejich komponent)</b>	Zahřátí, rozcvička, jednotlivé týmové hry (2 hodiny).	19:15-19:30 (15 minut).	Pracovní blok trvá 3 hodiny. Cvičení v tělocvičně 1 h, a je součástí pracovní terapie.
<b>Frekvence (obvykle)</b>	1x týdně v pátek	5x týdně	2x týdně 3 hodiny (6 hod/týden) Možnost i o víkendu za bodovou bonifikaci.  Tělocvična alespoň jednou za léčbu.

Název aktivity	Páteční sportovní odpoledne	Čtvrťáková rozcvička – „rozcvička za trest“	Aktivity v době pracovní terapie
<b>Indikace</b>	Každý pacient, který nemá pohybové omezení. První dva týdny spíše méně náročné hry jako pétanque, poté všechny.	Pacienti s mínusovým čtvrt bodem.	Naprostě bez omezení.  (na oddělení se nedostane imobilní pacient)  Tělocvična – kdo má zájem, alespoň jednou za léčbu.
<b>Od kdy je v programu</b>	x	x	x
<b>Důvod zařazení do programu (kontext)</b>	Rozvoj zdravého životního stylu.	Možnost napravit bodové skóre.	Rozvoj zdravého životního stylu a trávení času. Rozvoj pracovních návyků.
<b>Časová a územní lokalizace</b>	7:00, první aktivita. Přes letní období před budovou, v zimě v hlavní terapeutické místnosti.	Viz „rozcvička“	Podle dané aktivity. Většinou práce na zahradě kolem budovy.  Cvičení probíhá v tělocvičně.
<b>Kdo zajišťuje/personál (kvalifikace)</b>	Adiktolog či sestra.	Viz „rozcvička“	Pracovní referent rozděluje úkoly pracovní terapie.  Cvičení v tělocvičně psycholog, pro kterého je cvičení koníček.
<b>Podmínky zajištění (vybavení/zázemí)</b>	Každá týmová hra má jiné specifikace. Vybavení je k dispozici.	Viz „rozcvička“	Pracovní náčiní k dispozici.  Základní vybavení tělocvičny (věci na silový trojboj atp.).

Tabulka 5: Popis aktivit Kliniky adiktologie 2

## 4.2 Popis a evaluace pohybových aktivit programu 2

V programu číslo 2 nalezneme obvyklou rozcvičku, zátěžovou aktivitu, jógu a relaxaci. Jde o čistě mužské oddělení. Rozcvička byla zakomponována do programu jako přímý odkaz učení Jaroslava Skály, protože primářka oddělení byla jeho žákyní. Jóga je často vedena někým z personálu, kdo se tomuto cvičení přímo věnuje a často je absolventem odborného vzdělávání (odborných kurzů). Přímě v programu není povinná žádná silně aerobní aktivita, jako je např. běh. Jedinou výjimkou je zátěžový program s názvem terénní terapie, kdy pacienti absolvují vytrvalostní chůzi. Tato aktivita se vykonává místo psychoterapeutických skupin a během chůze žádná psychoterapie neprobíhá.

## Osobní volno a volnočasové využití

Pro využití volného času je k dispozici pingpongový stůl jak ve vnitřních, tak venkovních prostorách. Nově je k dispozici boxovací pytel. Největší slabina je v absenci posilovny, avšak pacienti si vytvořili provizorium v podobě lavice s činkami a tyčemi. Pacienti o posilovnu projevují silný zájem a v zájmu personálu je prosazení vybudování posilovny či alespoň pořízení sportovního náčiní.

V areálu zařízení se nachází hřiště na nohejbal, tenis a fotbal. Zapůjčení tenisových raket a sítě je možné domluvit se správcem, míče jsou k dispozici na oddělení. Občas se uspořádá patientský fotbalový turnaj.

V případě, že je na oddělení k dispozici psycholog – muž, tak se v letních měsících navštěvuje koupaliště či místní lomy. V řece je vytvořená hráz a možnost pro otužování mají všichni pacienti.

V pátek odpoledne je možnost účastnit se dobrovolného cvičení – Feldenkraisovy metody.

V některých zařízeních rezidenční léčby se využívá Feldenkraisova metoda či Alexandrova technika. Obě tyto metody, resp. techniky jsou určeny k vytvoření zvýšeného povědomí o pohybech jedince. Cílem aplikace těchto metod je, aby jedinec byl funkčnější a uvědomělejší ve svých pohybech během každodenních činností. Oba tyto přístupy mají mnoho podobností a paralel, i když má každá z nich odlišnou historii. Povědomí o pohybu jedinci napomáhá k větší plynulosti v pohybech a ve výsledku tak může pomoci s různými typy bolesti, svalových dysbalancích, poruchami pohybu a dalšími obtížemi (Jain et al., 2004).

Studie naznačují, že Feldenkraisova metoda pomáhá zlepšit rovnováhu u starších jedinců, zvyšuje komfort a snižuje vnímanou námahu pohybu. Jedinci také popisují lepší mobilitu a snížení bolesti. Zároveň se však ukazuje, že metoda funguje spíše na učícím paradigmatu než na mechanismech založených na nemoci a cílené intervenci (D & S, 1999; Hillier & Worley, 2015).

Název aktivity	Rozcvička	Jóga/relaxace	Nepovinná jóga	Terénní terapie
Kvalitativní popis typické podoby dané aktivity	Krátká pohybová aktivita pro nastartování dne.	Protahovací či uvolňující cvičení ke zlepšení protáhnutí – na jógu jdou přes celý areál (další aktivita).	Protahovací či uvolňující cvičení ke zlepšení protáhnutí.	Celodenní výlet v přírodě.

Název aktivity	Rozcvička	Jóga/relaxace	Nepovinná jóga	Terénní terapie
<b>Skladba dílčích částí</b>	Dřepy, jednotlivé cviky předcvičování. Od hlavy až k patě. Kdo chce může přidat kliky. Potom běží, kdo má kontraindikaci od lékaře jen chodí, ale většina pacientů danou vzdálenost neuběhne, tak je požadováno alespoň dojít. Vzdálenost běhu/chůze zhruba 500 metrů.	Když je hodně pacientů (malý prostor), snaha o více statické cvičení, jinak se více pohybují. Profesionální předcvičování podle složení skupiny a aktuální nálady. Rozcvičení, vlastní cvičení (jóga, posilování, relaxace, pacienti si připraví své cviky) a na závěr protažení. V souvislosti s novým vybavením (míče) budou zařazeny nové cviky.	Cviky na procvičení a protažení zádočných svalů. Dechová cvičení.	Pouze chůze
<b>Rozsah (aktivity i jejich komponent)</b>	6:45-7:00 (kdo chce běhá do 7:15, což skoro nikdo nevyužívá) 15 minut.	Cca 7 minut chůze, pak 30 minut, pak zpět 7 minut.	45 minut.	Zhruba 23 km, cca 7 hodin.
<b>Frekvence (obvykle)</b>	Od pondělí do pátku.	1x za týden pro skupinu (4x za měsíc).	1x týdně pátek 45 minut jóga/relaxace.	Zhruba 5x ročně.
<b>Indikace</b>	Všichni, kromě závažného somatického stavu (dna, zlomenina – musí říct lékař).	Povinné, omluven jen ten, kdo nedojde na místo cvičení (noha v sádře). Když pacienta bolí záda, účastní se aktivity, ale necvičí v plném rozsahu.	Pro ty, kdo mají zájem. Zápis je povinný, kdo se nezapíše, jde na arteterapii.	Všichni, kromě pacientů vyloučených lékařem.
<b>Od kdy je v programu</b>	x	Minimálně 30 let.	x	x
<b>Důvod zařazení do programu (kontext)</b>	Odkaz Jaroslava Skály.	x	x	Odkaz Jaroslava Skály.
<b>Časová a územní lokalizace</b>	Venku před oddělením. V případě deště nebo mrazu cvičí v jídelně (hodně omezené). Výjimečně rozcvička zahrnuje uklízení oddělení.	Vevnitř v podlouhlé tělocvičně (místo pro to určené).	Vevnitř v podlouhlé tělocvičně (místo pro to určené).	Přílehlá příroda.



Název aktivity	Rozcvička	Jóga/relaxace	Nepovinná jóga	Terénní terapie
<b>Kdo zajišťuje/personál (kvalifikace)</b>	Pacienti sami (vede zvolený sportovní referent, předcvičuje). Cvičení dozoruje sestra a hlídá, aby bylo cvičení efektivní.	Zdravotní sestra se spoustou pohybových kurzů.	Zdravotní sestra se spoustou pohybových kurzů.	Psychologové a adiktolog.
<b>Podmínky zajištění (vybavení/zázemí)</b>	Oblečení, sportovní boty (důležité).	Karimatky, místnost (podlouhlá tělocvična s kobercem, ribstole, hudba, gumy, míčky).	Karimatky, místnost (podlouhlá tělocvična s kobercem, ribstole, hudba, gumy, míčky).	Obuv a vhodné oblečení.

Tabulka 6: Popis aktivit programu č. 2

### 4.3 Popis a evaluace pohybových aktivit programu 3

Mužské oddělení programu číslo tři dbá na zodpovědnost svých pacientů. Pohybové aktivity jsou z velké části v jejich rukou a pacienti dostávají prostor a možnost volby. To znamená, že se podílí na výběru aktivit a často předcvičují. Dohled ze strany personálu na pohybové aktivity je menší a je na každém pacientovi, jestli je využije ve svůj prospěch.

Bodovací systém byl v roce 2000 změněn, protože se ukazovalo, že systém je nastaven manipulativně a pokud někdo nedodržel program celý týden, mohl si o víkendu trestné body jednoduše odmazat. Zavedli tedy systém žlutých a červených karet podobně jako ve fotbale, kde dvě červené karty znamenají vyloučení z léčby.

Zároveň na přelomu tisíciletí vznikl celkově nový koncept programu, který zahrnoval „léčebný tělocvik“. Personálně ho zajišťovali dvě rehabilitační pracovnice a s pacienty se mohli zaměřovat například na bolavá záda. Po 4 letech ukončili pracovnice pracovní vztah a došlo k návratu ke „klasickému tělocviku“.

#### Osobní volno a volnočasové využití

Denně mají pacienti zhruba 4 hodiny volného času, o víkendu 8. Nové hrací hřiště s umělou trávou bylo vybudováno před pěti lety a pacienti na něj ve volném času chodí ad libitum. Stejně tak mohou využívat rotoped, šipky, pingpongový stůl a workout zóny. V areálu se nachází také nové hřiště na pétanque a betonový minigolf, který je i přes své stáří několik desítek let stále funkční. V poslední době chodí pacienti často běhat což si personál vysvětluje obecně zvyšujícím se zájmem o běh a zdravý životní styl v současné době.

Na oddělení se osvědčil sobotní program, kdy pacienti mohou po dvou týdnech léčby opustit od 13-17 hod areál a jít za kulturou nebo za sportem. Schvalování odchodu probíhá na komunitě a závisí na zodpovědnosti pacientů. Často navštěvují bowling, v létě koupaliště a někteří posilovnu. Personál hodnotí tuto aktivitu kladně, zejména proto, že pacienti ji nezneužívají k jiným činnostem.

Název aktivity	Rozcvička	Jóga	Posilovna	Míčové hry
<b>Kvalitativní popis typické podoby dané aktivity</b>	Krátká aktivita pro nastartování dne.	Alternativa k rozcvičce.	Polo profesionální návštěva posilovny.	Míčové hry v tělocvičně, nejčastěji nohejbal a volejbal. Venku pacienti často hrají vybíjenou a přehazovanou.
<b>Skladba dílčích částí</b>	Běh 400–500 metrů, následné protažení.	Protahovací cvičení.	Pacienti, co chodí pravidelně, si cvičení řídí sami. Ti, kteří jsou ve cvičení noví, mají k dispozici dohled na zahřívací a protahovací cviky.	Pokud je bratr dá rozběhat, rozcvičit a pak se začne hrát. Pacienti hlasují posilovna vs míčové hry a aktivita je zvolena na základě většiny. Většinou se cvičí v posilovně, protože přes léto hrají míčové hry.
<b>Rozsah (aktivity i jejích komponent)</b>	15 minut od pondělí do pátku.	15 minut od pondělí do pátku.	1,5 hod	1 hod
<b>Frekvence (obvykle)</b>	5x týdně každý všední den.	5x týdně každý všední den.	1x týdně v pondělí.	1x týdně ve středu.
<b>Indikace</b>	Povinná pro všechny (kontraindikace je medikace diazepamem pro léčbu odvykacího stavu a zdravotní indispozice).	Povinná pro všechny (kontraindikace je medikace diazepamem pro léčbu odvykacího stavu a zdravotní indispozice).	Dobrovolná. Cca ¼ chodí dobrovolně.	Dobrovolná.

Název aktivity	Rozcvička	Jóga	Posilovna	Míčové hry
<b>Od kdy je v programu</b>	Od 90. let, dříve byly běhy delší, s postupným stárnutím pacientů jsou rozcvičky méně intenzivní.	x	Cca 20-25 let	Cca 20-25 let
<b>Důvod zařazení do programu (kontext)</b>	Vychází ze Skálovské koncepce apolinářského modelu léčby závislostí.	Přelom tisíciletí – tvorba nového programu. Dříve pacienti pracovali v potravinářských provozech (uzeniny, řeznictví, mlékárna) či jako zedníci nebo v areálu léčebny. Konec v 90. letech a nová koncepce pohybových aktivit.	Přelom tisíciletí – tvorba nového programu. Dříve pacienti pracovali v potravinářských provozech (uzeniny, řeznictví, mlékárna) či jako zedníci nebo v areálu léčebny. Konec v 90. letech a nová koncepce pohybových aktivit.	Přelom tisíciletí – tvorba nového programu. Dříve pacienti pracovali v potravinářských provozech (uzeniny, řeznictví, mlékárna) či jako zedníci nebo v areálu léčebny. Konec v 90. letech a nová koncepce pohybových aktivit.
<b>Časová a územní lokalizace</b>	V létě venku, v zimě (více jak -5 stupňů celsia nebo je tma) vevnitř. Běhá se pouze venku. Vnitřní místnost má rozlohu cca 7x10 metrů a jde o společenskou místnost, kde je ping-pongový stůl, rotoped atp.	Velká relaxační místnost.	V profesionálně vybavené posilovně.	Tělocvična plně vybavená. V létě pacienti chodí na hřiště.
<b>Kdo zajišťuje/personál (kvalifikace)</b>	Vždy vede pacient, dozor vždy přítomný (staniční bratr nebo terapeuti/sanitář).	Terapeut na službě.	Sestřička nebo sanitář (odborně proškolení), v případě potřeby zástupu staniční bratr.	Staniční bratr/psychoterapeuti dle pracovní doby. V případě vytížení sanitářka.
<b>Podmínky zajištěn (vybavení/zázemí)</b>	Na běh „sokolská rozcvička“ bez pomůcek.	Karimatky.	Profi vybavení – ribstole, míče, balanční míče, činky, karimatky, stepper, rotopedy (vše k dispozici).	Tělocvična, míče na všechny druhy her.

Tabulka 7: Popis aktivit programu č.3

## 4.4 Popis a evaluace pohybových aktivit programu 4

Koedukované oddělení programu číslo 4 je silně ovlivněno zdravotnickou charakteristikou zařízení zejména v oblasti indikace lékaře. Veškeré aktivity musí mít pacienti naordinované v dekurzu a sami o sobě si nemohou jít kupříkladu zaběhat. Pro jakoukoliv pohybovou aktivitu je třeba posouzení lékaře. Oddělení má zavedený bodovací systém a zároveň silné prvky terapeutické komunity. Součástí léčby jsou pracovní terapie, arteterapie, keramická dílna, psychoterapie a sportovní aktivity. Terénní terapie, sportovní terapie a rozvíčka jsou v programu od jeho založení, pouze běh v osobním volnu byl zařazen v roce 2018 pro zvyšující se zájem pacientů o běhání. Přílišné změny ve struktuře programu se neobjevují. Rozvíčka je předcvičována pacienty a je silně variabilní podle předcvičujícího. Zároveň je nejméně oblíbená, protože je povinná a pacienti na ní musí vstávat.

### Osobní volno a volnočasové využití

V těsné blízkosti areálu se nachází hřiště a uvnitř areálu posilovna. Mimo areál mohou jen na propustku, po areálu se mohou procházet. Osobní volno je přes pracovní den asi 2 hodiny denně, víkend je téměř celý den volný s výjimkou odpracování trestných bodů. Programové změny jsou poměrně obtížně prosaditelné a systém je nastaven rigidně.

Název aktivity	Terénní terapie	Sportovní terapie	Rozvíčka	Běh/osobní volno
<b>Kvalitativní popis typické podoby dané aktivity</b>	Kratší a delší kondiční procházka s případnou návštěvou cukrárny či kavárny. Chodí celá komunita.	Sportovní aktivita zvolená pacienty pro rozvoj fyzických a sociálních aspektů.	Aktivita sloužící k nastartování dne.	Aktivita pro zvyšování aerobního prahu.
<b>Skladba dílčích částí</b>	Jen chůze.	Jen sportovní aktivita.	Záleží na pacientech. Někteří předcvičují aerobní cvičení (aerobik) nebo protahují v klidném tempu.	Běh dokola kolem areálu zařízení.
<b>Rozsah (aktivity i jejích komponent)</b>	Krátká 0,5 hodiny, dlouhá 1,5 hodiny.	1,5 hodiny	Jednotlivé cviky dle předcvičujícího pacienta.	Ad libitum u pacientů.

Název aktivity	Terénní terapie	Sportovní terapie	Rozcvička	Běh/osobní volno
<b>Frekvence (obvykle)</b>	3x týdně, 2x jde celá komunita, o víkendu jde jeden oddíl v sobotu a druhý v neděli.	2x týdně ve všední dny. 1,5 hodiny	Každý všední den, 10 minut.	V osobním volnu, průměrně 2 h ve všední dny a o víkendu téměř celý den (s výjimkou odpracování trestných bodů)
<b>Indikace</b>	Povinné pro všechny kromě pacientů kontraindikovaných lékařem.	Povinné.	Povinné, od lékaře může být udělena výjimka.	Povinné. Vše musí mít naordinované v dekurzu, sami o sobě si pacienti nemohou jít zaběhat po areálu. Mimo areál nemohou, když nemají propustku. Když pacient chce běhat, musí ho vyšetřit lékař a ten posoudí, jestli pacientův zdravotní stav pohybovou aktivitu umožňuje – následně v dekurzu „pacient má povolen běh po areálu“.
<b>Od kdy je v programu</b>	1996	1996	1996	Cca 2018
<b>Důvod zařazení do programu (kontext)</b>	x	x	x	Poptávka od pacientů na běh.

Název aktivity	Terénní terapie	Sportovní terapie	Rozcvička	Běh/osobní volno
<b>Časová a územní lokalizace</b>	Okolí areálu zařízení, případně přilehlé lesy při delší	Uvnitř deskové hry a posilovna. Pacienti si sami určí, jak budou sportovat. Většinou vytvoří skupinky a hrají volejbal, cvičí v posilovně, hrají stolní deskové hry (zejména starší pacienti s omezenou pohyblivostí) či uspořádají ping-pongový turnaj. Nejčastěji hrají volejbal a cvičí v posilovně.	Za hezkého počasí venku, jinak vevnitř na patrech na chodbě.	Kolem areálu.
<b>Kdo zajišťuje/personál (kvalifikace)</b>	Sanitář, někdy sestřička (o víkendu)	Sanitáři, sestřičky – dohled.	Kontrola spíše sporadická, pokud je cvičení velmi neefektivní, požaduje se zlepšení předcvičování.	Bez dohledu.
<b>Podmínky zajištěn (vybavení/zázemí)</b>	Když nastupují do léčby, obdrží seznam věcí, co musí mít s sebou. Sportovní oblečení a obuv.	Hřiště za léčebnou. V případě posilovny je cvičební náčiní k dispozici v posilovně. Sportovní oblečení.	Cvičení probíhá ve stoje bez použití podložek a jakýchkoliv dalších pomůcek.	Obuv.

Tabulka 8: Popis aktivit programu č.4

## 4.5 Popis a evaluace pohybových aktivit programu 5

Koedukované oddělení programu číslo 5 má bodový systém s jednou zvláštností, a to jsou dvojbody. Ženy tvoří asi jednu třetinu pacientů. Program obsahuje standardní komponenty v podobě rozcvičky, zátěžového testu ve formě aerobního výšlapu a posilovacích cviků, relaxaci, a ne vždy běžnou taneční pohybovou terapií. Možným vysvětlením je velký zájem primáře o sportovní aktivity a odkaz na Skálovský model. Pracovní terapie je mimo výčet aktivit v checklistu také formou pohybové rehabilitace a je fyzicky náročná (přesazování rostlin, úpravy záhonů a keřů v areálu, ořezávání stromů, vykopávání brambor apod.). Dalo by se říct, že pohyb je všudypřítomný. O víkendu je

možnost účastnit se pracovní terapie dobrovolně pro získání bodů, v pracovní dny je povinná.

### Osobní volno a volnočasové využití

Téměř každé odpoledne mezi druhou a pátou odpoledne mají pacienti možnost věnovat se chůzi, běhu či posilování v tělocvičně. Ta není aktuálně dostatečně vybavena, některé stroje nefungují, ale pacienti posilují s vlastní vahou a činky jsou k dispozici. V poslední době došlo k zákazu některých pomůcek, např. medicimbalu. Pingpongový stůl je k dispozici ve venkovních i vnitřních prostorách areálu. Hřiště jsou aktuálně k dispozici jen pro pacienty z uzavřených oddělení, tudíž tam pacienti z otevřeného oddělení nemohou. Personál má v plánu do budoucna zařadit více aktivit do programu.

Název aktivity	Rozvíčka	Prověřka fyzické zdatnosti	Taneční pohybová terapie	Výšlap	Relaxace
Kvalitativní popis typické podoby dané aktivity	Krátké cvičení pro nastartování dne, rozproudění, lehké kardio, posilování a strečink.	Rozvoj zdravého životního stylu – tělo i mysl se musí probrat a dát do formy. Sledování fyzické úzdravy – výsledky se zapisují do sešitu a počty toho co zvládnul. Pacienti ve dvou skupinách, v pondělí jedny cviky a ve čtvrtek další.	Sociální aktivita, možnost vyjádření se jinak, zlepšení vztahu ve skupině. Více zapojí emoce. Rozvoj komunikačních neverbálních schopností.	Sociálně aktivizační aktivita, zvyšování fyzické kondice.	Aktivita naučit se zvládat zátěžové situace, umět se uvolnit. Problémy s identifikací vlastní emocí, kompenzaci alexytymických projevů.

Název aktivity	Rozcvička	Prověrka fyzické zdatnosti	Taneční pohybová terapie	Výšlap	Relaxace
<b>Skladba dílčích částí</b>	Jednotlivé cviky, které si pacienti mohou vymyslet dle libosti, ale sestřička koriguje, aby byla intenzita cvičení adekvátní (dostávají za cvičení body). Panáci, protahování, výskoky, výpady a dřepy.	Posilování – sklapovačky, kliky, dřepy, angličák, výpady... (6 aktivity, těžší věci)	3-5 aktivit. Volný výrazový tanec, nastavování se do pozic a vyjadřují emoce, situaci, co nejde říct slovem. Uvolňování, pohybové hry (kdo si sedne na židli první). Předněst tancem něco druhému.	Chůze 8 až 10 km na hezké místo zastávka v cukrárně, kavárně.	Pacientům je nejprve představeno, jestli a jak by jim mohla relaxace pomoci. Poté svalová progresivní relaxace, autogenní trénink či imaginativní techniky. Aktivita končí sdílením emocí, jaké pro pacienty relaxování bylo
<b>Rozsah (aktivity i jejích komponent)</b>	5–10 minut.	15 minut.	10:00 - 11:20, hodinu dvacet	5–6 hodin	V pondělí 1 hodinu a ve čtvrtek 40 minut.
<b>Frekvence (obvykle)</b>	5x týdně ve všední dny.	15:15-15:30 v pondělí a ve čtvrtek	1x za 14 dní v pátek. Opět se střídají dvě skupiny.	1x za měsíc ve čtvrtek, když není moc jiných terapií.	2x týdně
<b>Indikace</b>	Dobrovolná, každý den 6:30 za jeden bod. Chodí jen ti pacienti, co jsou schopni.	Povinné, bez bodu. Pacient nemusí, když je v režimu mimo sport – lékařské potvrzení.	Povinné, nedostávají za to bod. Chodí všichni, kromě výjimek, lidé bez sportu bez zdravotních důvodů.	Povinné, nedostávají za to bod. Chodí všichni, kromě výjimek, lidé bez sportu bez zdravotních důvodů.	Povinné, nedostávají za to bod. Chodí všichni, kromě výjimek, lidé bez sportu bez zdravotních důvodů. (nemocný, kašlal by)
<b>Od kdy je v programu</b>	x	x	Cca 3 roky.	x	x



Název aktivity	Rozcvička	Prověrka fyzické zdatnosti	Taneční pohybová terapie	Výšlap	Relaxace
<b>Důvod zařazení do programu (kontext)</b>	Primář velký zastánce sportu, vychází ze Skálovského systému.	Primář velký zastánce sportu, vychází ze Skálovského systému.	Pracovníci chtěli program více rozvinout, aby bylo zahrnuto co nejvíce pohybových aktivit.	Vedení zařízení považuje zátěžové programy jako základní součást rozvoje kondice a fyzického zdraví.	Naučit se zvládací techniky pro lidi s potížemi užíváním NL, naučit se uklidnit a uvolnit.
<b>Časová a územní lokalizace</b>	Venku v areálu za každého počasí. Vevnitř pouze, když je více jak -5 stupňů celsia anebo když hodně prší. Uvnitř se cvičí v tělocvičně.	V tělocvičně.	V tělocvičně.	Po celý rok. Venkovní trasa.	Terapeutická místnost.
<b>Kdo zajišťuje/personál (kvalifikace)</b>	Sestřička. Předcvičují sportovní referenti.	Sestřička.	Studenti z projektu SPOLU (psychologové budoucí, projekt NÚDZ).	Pan primář + má aktuálně časovou možnost.	Studenti z projektu SPOLU (psychologové budoucí, projekt NÚDZ).
<b>Podmínky zajištění (vybavení/zázemí)</b>	Obuv a sportovní oblečení.	V tělocvičně. Pouze cvičení s vlastní vahou, karimatky.	V tělocvičně. Reprodukční s možností pustit hudbu.	Sportovní obuv.	Karimatky, deka a polštář. Mají i profesionální nahrávky relaxace od MUDr. Nešpora, takže preferují studenty. Většinou se čte. Podkres reproduktor s možností pustit hudbu.

Tabulka 9: Popis aktivit programu č.5

## 4.6 Popis a evaluace pohybových aktivit programu 6

Koedukované oddělení bez bodovacího systému s jedním obdobím, kdy bodovací systém byl zaveden. V současné době je systém nastaven spíše na odměny, než na tresty, protože se ukázalo, že v době epidemie Covidu-19 takový systém postrádal smysl. Z původního modelu zůstala rozcvička, která je delší, než je u ostatních programů zvykem. To je dáno i zahrnutím více dílčích částí v podobě chůze před a po samotných cvicích. Rozcvička je tak de facto jedinou povinnou pohybovou aktivitou. V minulosti byla k dispozici profesionální pracovnice, která mohla pomoci například s cviky na záda v případě bolesti zad. V momentě odchodu pracovnice se aktivita přetransformovala do více aerobní aktivity. Běh i posilování jsou dobrovolné, avšak v případě závazku, který se hlásí týden dopředu, je účast povinná. Závazek tedy nikoliv. Součástí rehabilitačního pracovníka či fyzioterapeuta v týmu by byla vítána, protože pacienti si často stěžují na různé bolesti. V případě vážných zdravotních problémů ale není problém domluvit speciální rehabilitační program tak, aby nezasahoval do programu léčby na oddělení. Nicméně pokud se o takových zdravotních problémech ví dopředu, jsou pacienti vedeni k tomu, aby je vyřešili ještě před nástupem na oddělení a nevyužívali tak prostor pro léčbu závislosti na léčbu fyzických obtíží.

### Osobní volno a volnočasové využití

Stejně jako v jiných zařízeních i zde pozorují v poslední době stále se zvyšující zájem o běh. Je to tedy zcela dobrovolná aktivita s podmínkou závazku (viz výše). Pacienti, co se na běh hlásí, mají často ke sportu blíž a nevyhovuje jim ranní aerobní aktivita. Je pro ně subjektivně příliš lehká a vzhledem k aktuální změně životního stylu, kterou prochází, mají zájem dělat aktivity navíc. Další dobrovolnou aktivitou je posilování. Obě tyto aktivity jsou zcela v rukou pacientů a probíhají bez dohledu personálu. Ping pong je aktivitou, která je také zcela v osobním volnu pacientů a v jejich kompetenci. Občasně si pacienti spolu domluví tenis nebo plavání v místním rybníku či na koupaliště. V případě, že je pacient, který má více zkušeností v některé oblasti (např. posilování, bojový sport), předcvičuje v na základě zájmu ostatních.

Název aktivity	Aerobní aktivita (rozcvička)	Běh	Posilovna
Kvalitativní popis typické podoby dané aktivity	Krátké cvičení pro nastartování dne.	Zcela dobrovolná aerobní aktivita, která je však při potvrzení účasti závazná.	Zcela dobrovolná účast v posilovně.
Skladba dílčích částí	Svižnější chůze + cviky (každý podle svého). Ne vždy se protahuje.	Záleží na nich, prokládané chůzí či plný běh.	Jednotlivé cviky či aerobní aktivita na rotopedu.

Název aktivity	Aerobní aktivita (rozcvička)	Běh	Posilovna
<b>Rozsah (aktivity i jejich komponent)</b>	40-45 minut. Svižnější chůze na místo a následné jednotlivé cviky protahování. Občas jen chůze bez cviků při zvolení alternativní trasy pro zachování pestrosti.	30 minut.	Dle pacientů.
<b>Frekvence (obvykle)</b>	Každý všední den.	Ještě před rozcvičkou. Všední dny, musí si přivstat. Od 6:30 do 7:00	Ve volném času, kterého je poměrně dost v odpolední části programu
<b>Indikace</b>	Lze nahradit parciální účastí (pomalá chůze, vynechání cviků) Necvičících pacientů je málo.	Dobrovolná, závazek na týden. V pátek se hlásí na celý týden dopředu.	Důraz na vedení pacientů ke cvičení, jejich zdravotní stav to vyžaduje více. Individuálně se dá domluvit, že si vezme cvičení za úkol a sleduje se, jak úkol plní.
<b>Od kdy je v programu</b>	V téhle podobě od 2017, před tím jiné. První polovina 90. let založeno oddělení. Dříve chodila profesionálka z oddělení rehabilitace, brala si je často do tělocvičny.	Je o to poslední dobou větší zájem, ale je to tu déle, než lékař (neví od kdy)	Od začátku v programu.
<b>Důvod zařazení do programu (kontext)</b>	Aktuálně pojmenované jako aerobní aktivita, před tím s profesionálním sportovcem více cílené např. na problémy se zády atp.	Informant u zařazení do programu nebyl.	Zlepšení fyzické i psychické kondice.
<b>Časová a územní lokalizace</b>	V areálu nemocnice.	V areálu. Aktuálně rozkpané okolí, takže náročnější podmínky.	Osobní volno, tělocvična na oddělení.
<b>Kdo zajišťuje/personál (kvalifikace)</b>	Personál/pacienti – jak kdy. Předcvičování aktuálně sestřičky, dříve i vedoucí lékař.	Bez dohledu, pacienti zcela samy.	Bez dohledu, pacienti zcela samy. Občas některý pacient má zkušenost a dělá sparring partnera.
<b>Podmínky zajištění (vybavení/zázemí)</b>	Vlastní sportovní obuv.	Vlastní sportovní obuv.	Silové stroje, rotoped na aerobní aktivitu. Gymnastické míče, podložky.

Tabulka 10: Popis aktivit programu č.6

## 4.7 Popis a evaluace pohybových aktivit programu 7

Koedukované oddělení programu číslo 7 je založeno na komunitní bázi s bodovým systémem. Součástí programu je rozcvička, která ve svém kontextu zapadá do Skálovského modelu. Sportovní aktivita „tělocvična“ a další pohybové aktivity jsou povinné, součástí programu a bodované. K dispozici jsou v areálu dvě antukové hřiště, jedno na nohejbal a druhé na volejbal. Obecně jsou preferovány nekontaktní sportovní hry (badminton, pétanque, kubb<sup>7</sup>). Specifikum oddělení a zařízení je „vycházka“, což je terapeutická skupina realizovaná venku v přírodě s psychologem. Je to tedy psychoterapeutická skupina prováděná za chůze.

### Osobní volno a volnočasové využití

Pacienti mají možnost využít ve svém volném čase kondiční stezku v areálu zařízení. Mohou zvolit chůzi, běh či nordic walking. Ideální je mít vlastní hole k dispozici, dají se však individuálně zapůjčit. K dispozici jsou 3 okruhy rozdělené podle délky (1 km, 800 m a 500 m) a všichni pacienti dostanou informace o vhodné tepové frekvenci při cvičení pro ideální průběh fyzické aktivity. Často hlásí, kolik daný den nachodili a stanovují si dlouhodobější cíle. Aktivita je na oddělení oblíbená. Posilovna bývala dlouhou dobu k dispozici, ale z bezpečnostních důvodů byl její provoz v minulém roce zastaven. Bývala hojně využívána.

Název aktivity	Rozcvička	Tělocvična	Pohybové aktivity	Vycházka
Kvalitativní popis typické podoby dané aktivity	Režimová aktivita, aktivizační záležitost, kompenzační a protahovací cviky, probuzení, nastartování dne.	Volnočasová aktivita, přizpůsobená na míru pacientů. Důraz na aktivní trávení daného času. Využití benefitu zvolené pohybové aktivity, zlepšení kondice.	Volnočasová aktivita, přizpůsobená na míru pacientů. Důraz na aktivní trávení daného času. Využití benefitu zvolené pohybové aktivity, zlepšení kondice.	Terapeutická skupina, která je realizována venku v přírodě s psychologem.

---

<sup>7</sup> Švédská společenská hra pro dvě družstva o 1-6 hráčích s cílem shodit nepřítelovi kubby tvořené dřevěnými obdélníky a krále

Název aktivity	Rozcvička	Tělocvična	Pohybové aktivity	Vycházka
<b>Skladba částí</b>	Variabilní v závislosti na předcvičujícím.	Aktivité předchází rozcvička, pokud je aktivita náročnější. Nekontaktní sportovní hry (přehazovaná, volejbal, pétanque, kubb – švédská hra, frisbee)	Stolní tenis, badminton, pétanque, kubb (nejoblíbenější).	Procházka mimo areál zařízení.
<b>Rozsah (aktivity i jejích komponent)</b>	10 minut.	Dříve hlavně skupinové cvičení (cílené na určitou svalovou oblast)	Pouze hry, žádné protahování, rozehrívání.	Cca 3 hodiny.
<b>Frekvence (obvykle)</b>	Každý den	V pondělí a ve čtvrtek. 2x týdně. 8:30-9:45	Úterý odpoledne	1x za měsíc cca, nepravidelně.
<b>Indikace</b>	Všichni, pokud dovolí somatický stav	Pokud někdo nemůže, střelba na branku například. Povinné, součást programu a bodování. Podmínka je strávit cvičení aktivně a smysluplně.	Všichni, pokud dovolí somatický stav. Součást léčby.	Cca ½ polovina. Buď skupina A nebo B.
<b>Od kdy je v programu</b>	Déle než 10 let	x	x	x
<b>Důvod zařazení do programu (kontext)</b>	Režimová léčba, s odkazem na Jaroslava Skálu.	x	x	x
<b>Časová a územní lokalizace</b>	Převážně venku vedle areálu, když je špatné počasí tak v místnosti určené pro pohybové aktivity.	Tělocvična – speciální místnost/venku – 2x antuka	Venku nebo vevnitř, dle počasí.	Na úpatí pohoří, vyhlídkové místo.
<b>Kdo zajišťuje/personál (kvalifikace)</b>	Pacient předcvičuje pod dozorem personálu (většinou sestra).	Terapeut.	Bez dozoru, pro všechny, povinné.	Psycholog – je to alternativa terapeutické skupiny.

Název aktivity	Rozcvička	Tělocvična	Pohybové aktivity	Vycházka
Podmínky zajištěn (vybavení/zázemí)	Venkovní obutí.	Sportovní náčiní, gymbally, žíněnky.	Sportovní náčiní, gymbally, žíněnky.	Venkovní oblečení adekvátní počasí + obuv.

Tabulka 11: Popis aktivit programu č.7

## 4.8 Popis a evaluace pohybových aktivit programu 8

Oddělení programu číslo 8 je charakterizováno prvky terapeutické, komunitní a režimové léčby, avšak přímo z Apolinářského modelu nevychází. Charakteristika koedukovaného programu je z větší části formována historií oddělení a původního záměru vybudování záchytné stanice, která je dodnes součástí oddělení spolu s detoxifikační jednotkou. Bodový systém se zde neobjevuje, s čímž souvisí absence kolektivní zodpovědnosti. Pravidla a režim jsou však platná a v případě porušení či překročení hranic pacient opouští léčbu. Pohybové aktivity nebyli po určitou dobu vůbec součástí léčby. První aktivitou zařazenou do programu byla rozcvička z důvodu požadavku pacientů. Chvíli poté se do programu zařadila drama terapie, která vykazuje známky sociální a léčebné rehabilitace. Ačkoliv rozcvička není povinná, pacienti jí často absolvují i o víkendu z vlastní iniciativy.

Pacienti měli v minulosti zařazeno do programu cvičení – gymnastiku, pod vedením kolegyň, které postupně ukončili pracovní poměr. Aktivita byla velmi oblíbená. Jednalo se i o zařazení jógy do programu, ale z personálních a finančních důvodů tak nebylo a ani gymnastika nebyla obnovena.

### Osobní volno a volnočasové využití

Samotný charakter budovy, ve kterém se oddělení nachází, je limitujícím faktorem z hlediska provozování pohybových aktivit. Stavební úpravy nejsou povoleny a vnitřní prostory jsou nevyhovující. Proto musí např. rozcvička probíhat na chodbě.

Pracovníci oddělení si potřebu pohybových aktivit uvědomovali od začátku, a proto je pro pacienty k dispozici rotoped, ribstole, závěsná hrazda, boxovací pytel a ping pongový stůl. Terapeutický program končí ve dvě hodiny a o víkendu v jednu hodinu, proto je možnost volnočasového využití pohybových aktivit vysoká. Mimo zmíněné cvičební pomůcky jsou k dispozici i míče, ale ty jsou nejméně využívány. Personál nabízí vysvětlení v podobě absence hřiště, které má oddělení několik let přislíbené.

V areálu je k dispozici hřiště na pétanque a nejoblíbenější aktivitou je kubb. Zájem o tuto hru vždy zvýší turnaj mezi zařízeními, který pacienty strhne svojí atmosférou a následně se o aktivitu vášnivě zajímají.

Název aktivity	Rozcvička	Drama terapie
<b>Kvalitativní popis typické podoby dané aktivity</b>	Pohybová aktivita na rozhýbání a nastartování dne.	Technika sloužící k sociálnímu učení, abreakci, zvýšení kreativity, a bytí sám se sebou. (Nejedná se o terapeutické psychodrama)
<b>Skladba dílčích částí</b>	Variabilní v závislosti na předcvičujícím (strukturované x volné)	Zahřívací technika, hlavní technika, závěr a debriefing.
<b>Rozsah (aktivity i jejich komponent)</b>	10-15 minut	1,5 hodiny (dílčí části v závislosti na aktivitě)
<b>Frekvence (obvykle)</b>	Každý všední den.	1x týdně.
<b>Indikace</b>	Povinné pro všechny, kromě vážných zdravotních problémů (zlomená noha).	Povinné pro všechny.
<b>Od kdy je v programu</b>	Cca 2010.	Více než 10 let.
<b>Důvod zařazení do programu (kontext)</b>	Pacienti si jí vyžádali, nebyla součástí programu.	Osloveni pedagogickou fakultou – chtěl pro studenty praxi a výzkumné projekty.
<b>Časová a územní lokalizace</b>	Uvnitř areálu bez dedikované místnosti.	Buď v denní místnosti a v případě hezkého ve venkovních prostorách.
<b>Kdo zajišťuje/personál (kvalifikace)</b>	Pacient předcvičuje ostatním. Po týdnu se mění. Vzhledem ke kompaktním prostorám personál vždy vidí na pacienty.	Studenti pedagogické fakulty.
<b>Podmínky zajištění (vybavení/zázemí)</b>	Civilní oblečení. Karimatky možné půjčit, pokud předcvičující vyžaduje.	Tužka a papír.

Tabulka 12: Popis aktivit programu č.8

## 4.9 Popis a evaluace pohybových aktivit programu 9

Oddělení popsané v této kapitole silně ovlivnil Apolinářský model rezidenčního léčby závislostí. Program procházel v průběhu času menšími úpravami, největší změna nastala ve změně mužského oddělení na koedukované. Bodový systém není tak komplexní, jako u Apolináře, ale je to systém, který udržuje určitý řád a pořádek. Jinými slovy formuje prostředí, kde je možné provádět další terapeutické aktivity. Systém je koncipován tak, že jednu složku tvoří motivační systém a druhou tzv. upozorňovací. Celý systém však na oddělení není základ, na kterém by léčba stavěla. Jistou odlišnost nacházíme v absenci

běhu, od kterého opustili z důvodu přílišné náročnosti a špatné efektivity výsledků. To souvisí s průměrným věkem pacientů a jejich zdravotním stavem.

Ve vztahu k pohybovým aktivitám se zde uplatňuje silná „Apolinářská“ tradice. Během léčby probíhá monitorování efektu zlepšení fyzické a psychické kondice v důsledku pohybových aktivit, které pomáhají pacientům zvládat různé obtíže v odvykání a přispívají k celkovému sebevědomí. Pohybovým aktivitám přikládají velkou váhu a Apolinářský model označují za důležitý a inspirativní. Fyzická aktivita je konceptuálně integrovaná jako součást léčby, podobně jako medikace či psychoterapie. Součástí anamnestického vyšetření je i mapování fyzických aktivit a její možné souvislosti s návykovými problémy. To zahrnuje edukaci ohledně návykových látek v těle pacientů (endorfiny atp.), ovlivňování psychického a fyzického zdraví, nácvik pohybových aktivit s partnerem či rodinou, informace o možnostech zakomponování těchto aktivit do nového životního stylu pacientů, plánování možností rehabilitace a diskusi.

Mimo aktivit vypsanych v tabulce č. 12 je na oddělení dobrovolná možnost účastnit se autogenního tréninku. Povinnou formu opustili, protože ne každému tato relaxační metoda vyhovuje.

### Osobní volno a volnočasové využití

Možnosti využití volného času k pohybovým aktivitám jsou každý den. Do jisté míry však záleží, v jakém stupni léčby se pacient nachází. Mezi programem moc času není, ale součástí jsou dvě velké pauzy trvající zhruba hodinu a půl. Ve všední den jsou to tedy zhruba tři hodiny volného času, podobně jako v sobotu, a v neděli je prostoru ještě více. K dispozici je nohejbalové hřiště, pétanque a tělocvična se základním vybavením jako jsou ribstole, žíněnky, nástroje na protažení zad a další. Využití volného času pohybovými aktivitami silně podporují.

Název aktivity	Rozcvička	Terapeutická chůze	Terénní programy	Sportovní aktivity
Kvalitativní popis typické podoby dané aktivity	Rituál pro začátek dne.	Bezpečná rehabilitační aktivita s postupně se zvyšující zátěží.	Pochůzkový výlet do okolí oddělení, turistická akce.	Hraní kolektivních či individuálních sportovních her. Nohejbal, pétanque, ping pong, tělocvična.
Skladba dílčích částí	Lehký poklus – kolečko a poté cviky.	Před chůzí krátké procvičení, chůze se zvyšováním tempa.	Jen chůze.	Jednotlivé kolektivní hry.
Rozsah (aktivity i jejich komponent)	20 minut.	40-45 minut.	Půldenní 3 hodiny a celodenní 6 hodin.	1,5 hodiny.



Název aktivity	Rozvíčka	Terapeutická chůze	Terénní programy	Sportovní aktivity
<b>Frekvence (obvykle)</b>	Každý všední den.	Každý den kromě neděle.	1x za týden půldenní a 1x za týden celodenní	2x týdně
<b>Indikace</b>	Všichni kromě kontraindikace lékaře ze závažných zdravotních důvodů (i abstinenční potíže na začátku léčby). Podle jejich schopností zařazeni vždy.	Všichni kromě kontraindikace lékaře ze závažných zdravotních důvodů.	Všichni kromě kontraindikace lékaře ze závažných zdravotních důvodů.	Všichni kromě kontraindikace lékaře ze závažných zdravotních důvodů.
<b>Od kdy je v programu</b>	Od začátku programu.	Terapeutická chůze tak, jak je zakomponovaná (součást programu) asi 5-10 let, postupné rozvíjení. Dříve byla ne tolik integrovaná.	x	x
<b>Důvod zařazení do programu (kontext)</b>	Benefity fyzické aktivity, nastartování dne. Východisko je i tradice.	Rozvíjení rehabilitační péče v souvislosti s vývojem oddělení.	Zvyšování fyzické kondice, prožití společných zážitků, pozitivní vliv na psychiku pacientů.	Inspirace ostatními zařízeními, zejména Apolinář.
<b>Časová a územní lokalizace</b>	Venku v parku. Při výrazně špatném počasí na chodbě (omezená podoba).	V areálu oddělení či v přilehlé oboře a lese.	Příroda v okolí oddělení. V případě celodenního programu doprava vlakem do vzdálenějších míst.	Venkovní hřiště, ping pongový stůl, tělocvična.
<b>Kdo zajišťuje/personál (kvalifikace)</b>	Vedou jí členové spolusprávy. Dohlíží terapeut nebo sestra.	Při chůzi se střídá personál oddělení (adiktolog, sestra, psycholog, lékař). Zajišťuje spoluspráva (pacienti).	Při chůzi se střídá personál oddělení (adiktolog, sestra, psycholog, lékař).	Sportovní referent zajišťuje aktivitu
<b>Podmínky zajištění (vybavení/zázemí)</b>	Sportovní oblečení a obuv.	Kvalitní obuv.	Kvalitní obuv a sportovní oblečení.	Náčiní pro jednotlivé hry k dispozici na oddělení.

Tabulka 13: Popis aktivit programu č.9

## 4.10 Popis a evaluace pohybových aktivit programu 10

Vazba na Apolinářský model se manifestuje i v případě koedukovaného oddělení programu č. 10, a to zejména způsobem přemýšlení o pohybových aktivitách a bodovým systémem. Ten však nezůstal v původní podobě a je silně modifikovaný. Větší část zodpovědnosti je v rukách pacientů, kteří aktivity zajišťují a vykonávají rozhodnutí, kde a co se bude odehrávat (viz aktivita program s personálem). Mohou si například zvolit vycházku místo kolektivního sportu, pokud je počasí přívetivé, nebo se naopak rozhodnout zůstat vevnitř a realizovat jinou aktivitu. Ideální scénář nastává ve chvíli, kdy personál do volby nemusí zasahovat a pacienti se dokáží sami domluvit, jak daná aktivita bude vypadat. Většina aktivit je povinná součástí programu, ale relaxace se stala před třemi lety nepovinnou. Důvodem bylo rušení relaxace pacienty, kteří o ni neměli zájem.

### Osobní volno a volnočasové využití

Využití volného času je v režii pacientů a volnočasové aktivity nepodléhají dohledu personálu. Až do setmění se mohou pacienti pohybovat na venkovní zahradě a mohou využívat hřiště. K dispozici jsou všechna náčiní potřebná k aktivitám uvedené ve sloupci „program s personálem“. Na oddělení je také tělocvična, kde se nachází jeden posilovací stroj, činky a lavice. Častý způsob využití je v podobě kruhového tréninku nebo individuálního posilování. Během všedního dne jsou mezi programem pauzy, ale jsou spíše kratšího charakteru. V sobotu je možné na tyto aktivity využít asi dvě hodiny, v neděli pak čtyři.

Název aktivity	Rozcvička	Jóga	Program s personálem	Relaxace
<b>Kvalitativní popis typické podoby dané aktivity</b>	Krátká aktivizační aktivita na začátku dne.	Aktivita sloužící ke zvýšení fyzické aktivity a ke zlepšení dýchání a relaxaci.	Většinou kolektivní sportovní aktivita určená ke smysluplnému trávení společného času.	Relaxační aktivita určená ke zklidnění a zlepšení psychického a fyzického zdraví.
<b>Skladba dílčích částí</b>	V rámci toho je možnost běhu či chůze (na konci). Jednotlivé cviky.	Skladba jednotlivých cviků podle audia a videa. Následuje relaxační část.	Nohejbal, pétanque, kuželky, pingpong, badminton, hřiště, vycházka.	Imaginace, autogenní trénink, Schulzův. Vždy jen jedna technika.
<b>Rozsah (aktivity i jejích komponent)</b>	10 minut.	Kolem 1 hodiny v závislosti na tom, kdo předcvičuje.	1 hodina a 5 minut.	15 minut.

Název aktivity	Rozcvička	Jóga	Program s personálem	Relaxace
<b>Frekvence (obvykle)</b>	Každý všední den.	1x týdně.	Každý všední den, v sobotu odpoledne.	Každý den.
<b>Indikace</b>	Všichni kromě kontraindikace lékaře. (rozcvička podle stavu, parciální účast také možná).	Dobrovolné, bonifikované.	Povinné pro pacienty na uzavřeném, dobrovolné pro otevřené oddělení.	Dobrovolná, bonifikovaná. (dříve povinná)
<b>Od kdy je v programu</b>	Od začátku programu.	Asi rok.	Od začátku programu	Od začátku programu. Poslední 3 roky dobrovolná účast.
<b>Důvod zařazení do programu (kontext)</b>	Východisko bio-psycho-socio-spirituálního modelu, zvyšování kondice. Inspirace Skálovským přístupem.	Poptávka od pacientů.	Smysluplné trávení času, komunitní fungování, spolupráce, pohyb.	Potřeba zlepšení zacházení se stresovými podněty u pacientů závislých na návykových látkách.
<b>Časová a územní lokalizace</b>	Do -5 venku, jinak vevnitř. Sami pacienti si určují, jestli jsou podmínky na venkovní lokalizaci adekvátní (po domluvě s personálem).	Relaxační místnost (aby byl k dispozici internet). Pokud někdo umí předvíčkovat, jsou venku.	Na venkovním hřišti. Pétanque lze i vevnitř při nepřízní počasí, příp. společenské hry. Vycházka v okolí.	V relaxační místnosti.
<b>Kdo zajišťuje/personál (kvalifikace)</b>	Předvíčuje pacient. Dohled sestřička, ale nezasahuje do průběhu.	Pacient.	Pacienti, někdy se personál aktivně účastní, ale nedohlíží.	Terapeut a v případě zájmu pacienti.
<b>Podmínky zajištění (vybavení/zázemí)</b>	Přiměřené oblečení a obuv.	Karimatky, vhodné oblečení, přístup k internetu.	Sportovní náčiní k dispozici k zapůjčení.	Karimatky nebo křesílka k dispozici na oddělení. Reproductor s hudbou.

Tabulka 14: Popis aktivit programu č.10

## 4.11 Komparace pohybových aktivit programů oddělení pro léčbu závislosti

Následující tabulka č. 15 poskytuje kvantitativní přehled povinných pohybových aktivit a průměrnou týdenní a měsíční hodinovou dotaci.

Číslo programu	Počet povinných aktivit	Hodinová týdenní dotace (průměr)	Hodinová měsíční dotace (průměr)	Nejčastější zajištění (průměr)	Volnočasové využití (volný čas všední den/víkend v hodinách)
1	7	14,8	59	Personál	Ano (x/x)
2	3	2,9	11,6	Personál	Ano (x/x)
3	2	2,5	10	Personál/pacienti	Ano (4/8)
4	3	6,3	25,2	Personál	Ano (2/8)
5	4	4,3	17,3	Personál	Ano (3/x)
6	1	3,8	15	Personál/pacienti	Ano (x/x)
7	4	5,4	22	Personál	Ano (x/x)
8	2	2,8	5,5	Pacienti/studenti	Ano (6/7)
9	4	18	73	Personál/pacienti	Ano (3/6)
10	2	6,3	25	Pacienti	Ano (2/4)

*Tabulka 15: Přehled povinných pohybových aktivit*

Výpočet průměrné hodinové dotace všech povinných pohybových aktivit je orientační a vychází pouze z poskytnutých dat informantů. Využití volnočasových aktivit je také orientační, protože tato oblast je nejvíce variabilní napříč zařízeními. Kvantifikovatelný údaj není k dispozici ze všech zařízení, a proto je u každého programu uveden kvalitativní popis viz tabulky č. 4-14. K dispozici není ani odhad volného času možného k využití volnočasových aktivit u všech programů, ale pouze u těch, u kterých se podařilo orientačně odhadnout hodinovou dotaci na základě výpovědi informanta. Nejde tedy o reálně využitou dobu, ale o možný časový prostor k volnočasovému využití. Podpora využití náčiní či technické vybavení je personálem poskytnuta. Často je poskytována i motivace a za účast na dobrovolných aktivitách jsou pacienti nezřídka bonifikováni. Účast pacientů na těchto aktivitách je obecně velká, zájem se v poslední době zvyšuje o běh a posilování. Konkrétní zapojení pacientů je však nad limitem této práce.

Z tabulky je zřejmé, že průměrná doba strávená povinnými pohybovými aktivitami je velmi variabilní, stejně jako počet povinných aktivit. Nejčastěji se na zajištění aktivit podílí

personál, případně kombinace personálu s pacienty. Pacienti, kteří mají aktivity na starosti, jsou často sportovní referenti oddělení nebo mají podobnou funkci přidělenou stanoveným režimem.

V tabulce č. 16 jsou zobrazeny průměrné hodnoty rozsahu, frekvence a indikace pohybových aktivit.

<b>Pohybová aktivita</b>	<b>Počet programů provozujících aktivitu</b>	<b>Rozsah (průměr v minutách)</b>	<b>Frekvence týdenní (průměr)</b>	<b>Indikace (průměr)</b>
<b>Rozcvička</b>	100 %	11 (modus 15)	5 (modus 5)	Povinná
<b>Chůze</b>	60 %	190	2	Povinná
<b>Běh</b>	30 %	60 (modus 30)	5 (modus 7)	Dobrovolná
<b>Aktivity v době pracovní terapie</b>	20 %	75	2 (modus 2)	Povinná
<b>Jóga</b>	30 %	35	2 (modus 1)	Dobrovolná
<b>Taneční pohybová terapie</b>	10 %	80	1	Povinná
<b>Drama terapie</b>	10 %	90	1	Povinná
<b>Zátěžová aktivita</b>	30 %	85	1 (modus 0,5)	Povinná
<b>Relaxační cvičení</b>	40 %	30	3	Povinná/dobrovolná
<b>Kolektivní sport</b>	60 %	80 (modus 90)	1 (modus 1)	Povinná

Pohybová aktivita	Počet programů provozujících aktivitu	Rozsah (průměr v minutách)	Frekvence týdenní (průměr)	Indikace (průměr)
Posilování	30 %	75	1	Dobrovolná

Tabulka 16: Přehled průměrných hodnot pohybových aktivit

Je zjevné, že procentuální zastoupení pohybových aktivit mimo rozcvičku je ve většině případů menší než poloviční. Variabilita zahrnutí aktivit v programu je výrazně větší než interní variabilita jednotlivých aktivit. V tabulce č. 16 je zobrazen modus v případě, že to u aktivity dávalo smysl. Volnočasové aktivity nejsou zahrnuty a jejich popis je u každého programu zvlášť. Nejvíce frekventovaná aktivita je po rozcvičce chůze společně se kolektivním sportem (60 % programů).

## 5 Interpretace výzkumných otázek

- I. **Jaké jsou konceptuálně vymezeny programové komponenty rehabilitační péče na mužských odděleních pro léčbu závislostí založených na Apolinářském modelu? (parametry celé této komponenty, včetně rozsahu, dílčích částí, personálního zabezpečení, technického zabezpečení, provozních podmínek a pravidel atd.)**

Podrobný popis všech komponent je uveden v tabulkách č. 4-14. Na základě těchto dat je vytvořena tabulka č. 15, která popisuje koncept základních charakteristik jednotlivých konceptů rehabilitační péče, které se objevují napříč provozy léčebných oddělení v České republice.

### Rozcvička

Napříč provozy vykazuje nejmenší variabilitu a je nejčastěji chápána jako důležitá součást dne, která formuje režim pro pacienty. Skládá se z jednotlivých cviků a v některých případech je doplněna o lehkou aerobní aktivitu na zahřátí. Standardní doba trvání je 10-15 minut a nejčastěji je povinná a každý den. Většinou cviky předcvičují pacienti s dozorem personálu a součástí programu je od počátku. Provozuje se jak venku, tak vevnitř, většinou v závislosti na počasí a nároky na technické zabezpečení jsou minimální. Většinou stačí sportovní oblečení a obuv, případně karimatky.

### Chůze

Je značně variabilní komponenta zejména z hlediska její formy. Některé oddělení ji mají silně integrovanou do programu a konceptuálně uchopenou (Nordic Walking, terapeutická

chůze), jiné oddělení provozují chůzi jen samostatně bez širšího konceptu. Rozsah se pohybuje v rozmezí několikrát týdně až několikrát za měsíc. Podle konceptuálního směřování je variabilní také rozsah, který variuje od zlomků hodin do několik hodin, případně celodenního výletu. Obdobně jako u rozcvičky je zapotřebí mít vhodnou obuv a oblečení, v případě Nordic Walkingu i hole, které jsou často k dispozici na oddělení.

## **Běh**

Vyskytuje se obecně v menší míře, než v původním Apolinářském modelu a často uváděným důvodem je přílišná náročnost aktivity vzhledem k zdravotnímu stavu pacientů a s tím související neefektivita. Jedná se o silně aerobní aktivitu, která slouží ke zvýšení fyzické zdatnosti. V případě zařazení aktivity na oddělení jsou časté úlevy pro pacienty, kteří běhání nevládají. Mohou aktivitu nahradit indiánským během, případně chůzí, která je stále více populární. Běh se stává na většině oddělení dobrovolnou aktivitou. Požadavek na zařazení do programu přinášejí pacienti a ze strany personálu není prosazován.

## **Náhradní aktivita**

Vzhledem k bodovému systému bylo třeba implementovat do programu náhradní aktivitu pro pacienty, kteří se z nějakého důvodu nemohou účastnit pohybových aktivit a následně by o body přišli. Jde o případy, kdy má pacient například propustku, na kterou má nárok, ale chybí na část programu, kde jsou bodované aktivity. V případě Apolináře je náhradní aktivita běh a chůze a má svůj specifický čas.

## **Aktivity v době pracovní terapie**

Zařazení pohybových aktivit během pracovní terapie je celkem běžné napříč provozy. Je důležité však striktně odlišit pracovní terapii v pojetí léčebného programu a ergoterapii. Pracovní terapie je název, který se na oddělení používá pro aktivity sloužící k nauce jednoduchých pracovních úkolů, práce v dílně, okopávání záhonů, stříhání keřů, zednické práce apod. Sama pracovní terapie často působí jako léčebná intervence (v pojetí rehabilitace) a pacienti mají za úkol vykonávat mnohdy fyzicky náročnou práci. V případě některých provozů je přímo v rámci pracovní terapie nabízeno cvičení v tělocvičně či hraní kolektivních sportovních her. Ergoterapie je oproti tomuto pojetí pracovní terapie profesí a samostatným oborem, který usiluje o co největší míru soběstačnosti pacienta v každodenním životě s maximálním důrazem na individualitu a jedinečnost.

## **Jóga**

Aktivita, která se v provozech objevuje později než rozcvička, ale často je součástí i několik desítek let. U této aktivity se velmi často vyskytovalo odborné vedení, ale vzhledem k finančním a personálním důvodům tak ve výsledku opět předcvičují pacienti. Základem pro tuto aktivitu je protahování, uvolnění a práce s dechem. Vzhledem k tomu, že jógové

cvičení má minimální požadavky na informovanost ohledně technik, není neobvyklé, že je pacientům pouštěn audiovizuální záznam se cvičením. Občas je problémem technické zajištění místnosti, protože dedikovanou místnost tato aktivita nemá a prostory jsou malé. Z technického zajištění jsou potřeba karimatky, případně reproduktor a přístup k internetu k zajištění audiovizuálního záznamu.

### **Taneční pohybová terapie**

Sociálně aktivizační aktivita v podobě volného výrazového tance je v našem výzkumu unikátní. Význam přikládá rozvoji neverbální komunikace a socializace. Důvodem zařazení do programu je vývoj a snaha o neustálé vylepšování programu, a to třeba i nestandardními technikami v rámci Apolinářského modelu. K technickému zajištění většinou stačí vhodná obuv, židle a reproduktor. Aktivita je provozovaná v prostorách venkovní terasy a je povinná, nikoliv však bonifikovaná v rámci bodovacího systému.

### **Drama terapie**

Sociálně a léčebně rehabilitační aktivita v podobě drama terapie je také unikátní. Její hlavní role je ve zvyšování kreativity, abreakce a sociálnímu učení. Probíhá jednou týdně jeden a půl hodiny a v programu je jednu dekádu. Zařazena byla nestandardním způsobem, a to oslovením pedagogickou fakultou k zajištění praxe pro studenty. Aktivita byla vhodně implementována a je povinnou součástí programu. Podmínky zajištění v podstatě nejsou, kromě vhodné místnosti či venkovních prostorů je pro některé techniky třeba tužka a papír.

### **Zátěžová aktivita<sup>8</sup>**

Je provozy vnímána jako základní součást zvyšování fyzické kondice a rozvoje fyzického zdraví. V případě této aktivity, podobně jako u rozcvičky, je silný odkaz Jaroslava Skály a jeho modelu, který se stal inspirací pro zařazení a ponechání této aktivity. Komponenta je variabilní napříč provozy, nejčastěji jde o nějakou formu turistického výšlapu, nejčastěji chůzí nebo na kole. Aktivita je půldenní až celodenní, většinou jednou za měsíc a povinná. Stejně jako u různých forem chůze není výjimkou zpestření v podobě zastávky v cukrárně nebo kavárně. Důraz je kladen na vhodnou obuv.

### **Relaxační cvičení**

---

<sup>8</sup> Některé aktivity jsou na pomezí konceptuálního vymezení a vzájemně se prolínají. Příkladem může být chůze, terénní terapie a zátěžová aktivita. Dvacetkilometrový výlet je jednak chůzí, ale pro některé pacienty může splňovat kritéria zátěžové aktivity, i když je v daném zařízení taková aktivita provozovaná samostatně.



Potřeba pro aktivitu, která pacienty zklidní a naučí je dovednostem, které jsou pro zklidnění potřeba se objevuje napříč provozy. Zdůrazňována je tato potřeba u pacientů s potížemi s užíváním amfetaminových drog, neboť jsou obvykle ve zvýšeném psychomotorickém tempu. Aktivita nabízí techniky ke kompenzaci alexytmických symptomů, práci s dechem či svalové relaxaci. Velmi často jsou používány tři základní techniky. (1) Jacobsonova progresivní relaxace, (2) Schultzův autogenní tréninky a (3) techniky imaginace. Realizaci zajišťují pacienti prostřednictvím reprodukováných audio nahrávek, případně řídí imaginace někdo z personálu a v některých provozech dobrovolnicky působící studenti psychologie.

### **Kolektivní sport**

Tento koncept se objevuje pod mnoha názvy (sportovní terapie, míčové hry, sportovní odpoledne a další), ale forma je provozům společná. Jde nejčastěji o kolektivní sportovní hry, které je možné na oddělení provozovat. Technické zajištění je různé, ale ve většině případů má oddělení hřiště (antukové, travnaté) nebo vnitřní prostory vybavené pro provoz sportovních aktivit. Výčet aktivit je obsáhlý a jde o klasické hry jako je fotbal, nohejbal, volejbal, kriket, pingpong, pétanque, tenis, kubb a další. Náročnost aktivit se může stupňovat, kdy první týdny léčby se hrají méně náročné varianty her jako je pétanque a postupně se náročnost zvyšuje. Téměř vždy je kolektivní sport součástí programu od jeho založení a aktivita má významný sociální přesah. Některé provozy mají své vlastní turnaje v jednotlivých hrách a turnaje jsou občas realizovány i mezi provozy. Míče, síť a veškeré náčiní je vždy k dispozici na odděleních a pro pacienty tak nepředstavuje žádný problém v realizaci aktivit.

### **Posilování**

Posilování jako samostatná aktivita není příliš častá, většinou se objevuje jako součást kolektivního sportování či jako alternativa ke sportovním hrám jak dobrovolně, tak povinně. Největší účast probíhá v době osobního volna. V případě zařazení do programu je vedena někým z personálu, nejčastěji pracovníkem, kterého posilování zajímá, věnuje se mu a má znalosti, které pacientům předává nebo předcvičuje. Skladba dílčích částí odpovídá samotným cvikům, kruhovému tréninku a ojedinele i cvičením, které je individuální pro pacienta (např. cviky na posilování zádočných vzpřimovacích svalů v případě bolesti při stoji). V tomto případě je aktivita charakterem spíše zdravotní cvičení. Důvodem zařazení je zlepšování fyzické i psychické kondice pacientů. Častým vybavením je rotoped, ribstole, lavice a činky. Náčiní je volně k dispozici pro vlastní potřebu. Dedikovanou místnost, posilovnu, nemají všechny oddělení. Limitací může být zákaz stavebních úprav z důvodu lokalizace oddělení v historickém objektu a nedostatek prostoru.

### **Pohybová aktivita v osobním volnu**

Volnočasové využití a aktivity v osobním volnu jsou nejvíce variabilní pohybovou rehabilitační komponentou. Každé oddělení má odlišnou programovou strukturu, která se odráží i na množství volného času nejen ve všední dny, ale o to více během víkendu. Obecně se dá říct, že ve volném čase mohou pacienti využít hřiště, pingpongový stůl, posilovnu nebo zvolit chůzi a běh v areálu zařízení. Všechny aktivity bývají nestrukturované, většinou bez dohledu personálu a v čistě v režii pacientů (až na výjimky). Limitujícím faktorem zdravotnických zařízení je systém propustek a zdravotnické administrativy, kdy je nutné pro povolení běhu vyřídit potřebnou dokumentaci v dekurzu. Poptávka od pacientů na strukturované vedení či specifické intervence jako je zdravotní cvičení existuje, ale zařízení nejsou schopni realizace z finančních a kapacitních důvodů.

## **II. Vychází rezidenční oddělení léčby z Apolinářského modelu?**

Až na jedno zařízení, které explicitně uvedlo, že přímo z Apolinářského modelu léčby nevychází, je tento model východiskem pro všechny provozy. Nicméně i toto zařízení je charakterizováno terapeutickými a režimovými prvky, které jsou pro Apolinářský model typické. V programu rozcvička nebyla vůbec zařazená a objevila se až po tom, co si ji pacienti vyžádali. Není povinná, ale protože byla požadována ze stran pacientů, účast je velká, a to i o víkendu. Další a současně poslední rehabilitační aktivita je drama terapie. Odklon od Apolinářského modelu je tedy zdůrazněn absencí pohybových aktivit. Důvodů je několik, ale hlavním je původní koncepce vybudování záchytné stanice, která se později rozšířila o detoxifikační jednotku a oddělení pro léčbu závislostí.

Bodovací systémy jsou všudypřítomné, i když jsou průběžně modifikovány a od Apolinářského modelu se odlišují. To však není na škodu, neboť nejlepší bodovací systém je ten, který je správně přizpůsoben nejen pacientům, ale i personálu. Modifikace spočívají v absenci bodů menších, než je jeden celek (půl bod, čtvrt bod), v jiném uchopení bodů (žluté a červené) či například dvojbody. Účel systému je ale vždy stejný.

Pohybové aktivity jsou jednoznačně inspirovány tradicí „Apolináře“ a důvod zařazení do programu koresponduje napříč provozy. Zlepšení fyzické a psychické kondice, léčebná a sociální rehabilitace a chápání těchto dvou atribut jako neoddelitelných v kontextu teoretické kapitoly této práce.

Některé oddělení jsou v něčem „za“ Apolinářem, například monitoringem zlepšování či zhoršování v průběhu léčby, mapování pohybových aktivit v anamnéze pacienta a hledání souvislostí s obtížemi se závislostí, nácvik aktivit s životním partnerem nebo rodinou, aby návrat zpět do běžného denního života byl co nejhladší.

## **III. Jaká existuje míra individualizace (směrem k pacientům)?**

Obecné trendy individualizace se vyskytují napříč zařízeními v podobě přizpůsobování struktury aktivit v průběhu času. Jde spíše o větší konceptuální změny jako je zařazení nové

aktivity. Pro pohybové aktivity jsou indikováni ti pacienti, kteří nemají závažné zdravotní problémy. Individualizace konkrétních komponent je založena na systému redukování náročnosti dané aktivity. V případě, že pacient neuběhne požadovanou vzdálenost, musí běh střídat s chůzí nebo alespoň daný úsek chůzí dokončit. Přímá individualizace na základě specifických potřeb pacienta je spíše výjimečná. V případě, že má některý z pacientů zdravotní obtíže, jsou zpravidla řešeny mimo oddělení. To je umožněno zejména lokalizací oddělení v nemocničních zařízeních, takže další lékařská péče je snadno dostupná. Panuje však shoda, že pacient by měl do zařízení přicházet zdravotně stabilizovaný a své dlouhodobé zdravotní obtíže (bolesti zad, vymknutý kotník) řešit již před nástupem, aby se mohl plně soustředit na léčebný program. Důvodem může pravděpodobně být i absence rehabilitačních pracovníků a tím pádem neschopnost zajistit takovou péči na oddělení.

#### **IV. Jaká je variabilita jednotlivých komponent pohybové rehabilitační péče na jednotlivých mužských odděleních pro léčbu závislostí založených na Apolinářském modelu?**

Mimo jedno oddělení vycházejí všechny provozy z Apolinářského modelu, ale zároveň vykazují silnou variabilitu. Společné všem provozům je aktivita v podobě rozcvičky, ale další aktivity jsou variabilní jak v obsahu, tak ve výskytu. Rozdíly jsou rozsahu, frekvenci, personálním zajištěním, technickým zajištěním a v časové a územní lokalizaci. Jednoznačnou koncepci či konceptuální vymezení mají jasně definované dvě zařízení. V čem se navzájem příliš neliší je důvod zařazení aktivit do programu, který je téměř vždy důsledkem potřeby zvyšování fyzické kondice, fyzického a psychického zdraví, nastolení režimu a řádu, resp. struktury dne, prostor pro smysluplné trávení času a potřeba naučit pacienty, jak zacházet se stresovými podněty. Ve většině případů je zmiňovaná inspirace Docentem Skálou a zachování jisté tradice léčby, která se v České republice posledních několik desítek let vyvíjela.

#### **V. Jaké jsou silné a slabé stránky jednotlivých programů?**

V následující tabulce č. 14 jsou shrnuty silné a slabé stránky rehabilitačních komponent napříč všemi provozy. Nutno podotknout, že ne všechny silné a slabé stránky se objevují u každého zařízení, ale jedná se spíše o souhrnnou zprávu s výběrem jednotlivých specifik za všechny provozy současně.

<b>Silné stránky</b>	<b>Slabé stránky</b>
Zahrnutí rehabilitačních aktivit v programu	Absence rehabilitačních pracovníků
Důvody pro zařazení pohybových aktivit vychází z popsaného teoretického ukotvení	Malá míra individualizace

Silné stránky	Slabé stránky
Možnost volnočasového využití hřiště a náčiní k posilování	Absence metodického dohledu
Zařazení méně obvyklých aktivit jako je drama terapie či výrazový tanec	Nedostatečná konceptualizace rehabilitačních aktivit v rámci bio-psycho-socio-spirituálního modelu
Podmínky pro realizaci aktivit zajišťuje oddělení (náčiní, vybavení)	Nedostatečné vybavení využívaných prostorů posiloven (tělocvičen)
Některým aerobním aktivitám předchází zahřátí a po ukončení následuje strečink	Absence hřiště v některých provozech nebo jeho nevyhovující stav
Přiměřené stupňování fyzické zátěže pro pacienty v různých stádiích léčby	Přílišná rigidita programu v čase a pomalá aktualizace na základě vyvíjejících se potřeb pacientů
Integrace aktivit do bodovacího systému	Absence integrované rehabilitační péče (pacienti jsou odesíláni na jiné oddělení a přichází o část léčby) a aktivit v podobě zdravotních cvičení

*Tabulka 17: Silné a slabé stránky programů*

V obecné rovině by se dalo říct, že slabé stránky oddělení jsou způsobeny nedostatkem finančních a s tím souvisejících personálních kapacit. Ať už jde o absenci rehabilitačních pracovníků, nevyhovující stav vybavení či zázemí, malou míru individualizace nebo absenci metodiky. Většina aktivit vychází ze Skálovského modelu, ale dále se nepřizpůsobuje potřebám pacientům, nebo jen výjimečně. Rigidita programu není zapříčiněna nezájmem personálu, který se mnohdy snaží najít cestu, jak aktivity zajistit. Další omezení vyplývají ze zdravotnického charakteru zařízení a spočívají v administrativní náročnosti. Původní záměr systematizace se zdá být překonán a administrativa je spíše na obtíž a není ku prospěchu pacientů. Příkladem může být situace, kdy má pacient zájem o běh, je v plné fyzické kondici, ale i přes to mu musí být do dekurzu zapsáno povolení. Realizace aktivity se tedy může opozdit i o několik dní.

Silné stránky všech programů jsou jednoznačně ve sdíleném pohledu na důležitost rehabilitačních komponent pro úzdravu pacienta. Téměř všechny aktivity jsou zařazeny do programu z důvodu teoretického ukotvení toho, jak fyzická aktivita působí nejen na fyzické, ale i psychické zdraví pacientů. Velký význam je přikládán docentu Skálovi, jakožto průkopníkovy systému léčby a jeho propojení pohybových aktivit s programem. Silnou stránkou je také vzbuzování zájmu o pohybové aktivity u pacientů, čehož je dosahováno i pořádáním různých sportovních turnajů nejen na oddělení, ale také napříč provozy. Personál je často erudovaný v léčebných intervencích a často se na realizaci sám podílí nebo přináší nové aktivity do programu. Příkladem může být Nordic Walking, který je

personálem konceptuálně uchopen. Aktivita nespočívá jen v samotné chůzi, ale také v edukaci ohledně toho, jak má správná chůze vypadat a také ve zvolení optimálně náročné trasy s přihlédnutím ke zdravotnímu stavu pacientů.

## **VI. Zapadají rehabilitační komponenty do kontextu účinných faktorů léčby?**

Pokud bychom měli shrnout účinné faktory léčby a jejich provázání s pohybovou aktivitou, zjistíme, že v podstatě každá pohybová aktivita má terapeutický potenciál. Ten je umocněn, pokud se u aktivity objeví cíl a zároveň metodické vedení. Z rozhovorů vyplynulo, že kontext zařazení do programu a zároveň i původní Apolinářský model odráží účinné faktory léčby a zařazení pohybových aktivit není bezúčelné. To, co však některé současné provozy postrádají, je systematická práce nejen s metodikou pohybových aktivit, ale zejména se samotnými pacienty. Jinými slovy, historické zařazení pohybových aktivit je v souladu s teoretickými znalostmi a účinnými faktory, ale aktivity postrádají systematický vývoj, který by byl adekvátní vývoji na poli rehabilitace jako samostatnému vědnímu oboru. Absence integrované rehabilitační péče snižuje efektivitu léčby. Ač jsou účinné faktory léčby na poli adiktologie uchopeny, to samé se nedá říct o rehabilitaci v adiktologii. Pohybové aktivity na oddělení jsou spíše nácvikem nejen fyzických, ale i psychických a sociálních návyků, a proto není možné v jednotlivých provozech hovořit o rehabilitaci jako o samostatném oboru v důsledku absence odborného metodického vedení stran personálu.

## **6 Diskuse**

Cílem předkládané práce bylo popsat, analyzovat a komparovat rehabilitační komponenty v jednotlivých provozech mužských rezidenčních oddělení vycházejících z Apolinářského modelu. V době psaní práce neexistoval žádný výzkum, který by se systematicky zabýval pohybovými rehabilitačními aktivitami napříč jednotlivými odděleními pro léčbu závislostí v České republice. Zároveň tento soubor nikdy neprošel evaluací. Dílčím cílem bylo popsat, jak tyto aktivity na odděleních vypadají a jak se mezi sebou navzájem odlišují. Konečným cílem bylo popsat, jak se odlišují od původní podoby Apolinářského modelu.

Popis jednotlivých aktivit je předložen v tabulkách č. 3–13 a podrobnější popis konceptualizace pak v první výzkumné otázce. Kvantitativně měřitelné údaje jsou vyobrazeny v tabulkách č. 15 a č. 16. Výsledky naznačují i značnou komplikovanost kvantitativního měření pohybových aktivit. Způsob, jakým se jednotlivé provozy odlišují od původního Apolinářského modelu, je popsán ve druhé výzkumné otázce. Variabilita aktivit jednotlivých programů je zodpovězena ve čtvrté výzkumné otázce. Validita výzkumu může být objektivně posouzena zhodnocením polostrukturovaného rozhovoru a jednotlivých odpovědí v checklistu. Je pravděpodobné, že pokud by v průběhu času nedošlo ke změně struktury programu, odpovědi by byly konzistentní a výzkum by byl reliabilní. K objektivnímu potvrzení by bylo potřeba výzkum provést jiným hodnotitelem. Charakter reprezentativnosti se u kvalitativního výzkumu zaměřuje na reprezentativnost výzkumného

problému oproti reprezentativnosti zkoumané populace. Získané poznatky tak nejsou všeobecně zobecnitelné na veškeré programy pro léčbu závislosti.

Z oslovených šestnácti programů se výzkumu zúčastnilo deset. Máme za to, že bychom dokázali lépe vystihnout silné a slabé stránky programů v případě větší míry návratnosti. Neúčast ve výzkumu může být způsobena neochotou sdílet aspekty léčebného programu, ale stejně tak i velkým časovým vytížením. Zároveň by větší výzkumný vzorek mohl poukázat na fakt, že závěr této práce není obecně uplatnitelný na všechna oddělení pro léčbu závislosti. Je možné, že navzdory získaným datům existuje provoz, kde je rehabilitační péče teoreticky ukotvena a implementována do programu, případně má odborné vedení ze strany rehabilitačních či jiných odborníků.

S jedinou výjimkou vychází všechny programy z Apolinářského modelu, a proto jsme předpokládali, že míra variability nebude příliš vysoká. I přes to se ukázalo, že skladba jednotlivých aktivit je silně variabilní stejně jako jejich obsah. Některé programy mají zakomponováno osm pohybových aktivit, jiné dvě. Jednotlivé aktivity se odlišují v rozsahu, frekvenci, technickým zajištěním a personálním zajištěním. Společné rysy najdeme u aktivit nejčastěji v důvodu zařazení do programu a indikaci pro pacienty. Kontext zařazení pohybových aktivit do programu odpovídá současným vědeckým poznatkům, které popisují pozitivní efekty na fyzické a psychické zdraví nejen u všeobecné populace, ale také u psychiatricky nemocných pacientů. Hlavním rozdílem je míra zakomponování konceptu rehabilitace, která souvisí zejména s erudicí personálu.

Nejčastější aktivitou, která je zakomponovaná do všech programů je rozcvička. Její interní variabilita není příliš vysoká a v zásadě se odlišuje pouze tím, jaký má dozor stran personálu. Společnou aktivitou větší poloviny programů už je jen kolektivní sport a chůze. Uchopení kolektivního sportu je podobné, nejčastěji jde o míčové hry s jasným cílem. Požadavek na zakomponování chůze se začal objevovat v posledních pár letech a jednoznačně je to krok správným směrem. Chůze má obrovské množství pozitivních účinků, pro její provoz není potřeba technické vybavení. Je relativně bezpečná pro všechny pacienty a dá se provozovat i bez odborného vedení. Toto vedení se i přes to v některých provozech objevuje. U Nordic Walkingu probíhá nácvik správné chůze a v minulosti byly k dispozici i letáčky s informacemi o správném provedení. Zařízení, které Nordic Walking provozují, vykazují vyšší míru kontextuálního uchopení a přikládají pohybovým aktivitám větší váhu. Často mají rozvinutější koncept pohybové rehabilitace.

Je škoda, že výrazový tanec a drama terapie není zakomponována do více programů. Důvodem se zdá být nedostatečné personální zabezpečení ve smyslu erudice. Tyto aktivity se do programu dostali většinou externě na základě podnětu přicházejícího zvenčí. Jak se však ukazuje, jsou personálem i pacienty vnímány pozitivně a zpestřují škálu pohybových aktivit.

Jako nejslabší místo pohybových aktivit vnímáme absenci jasně vymezeného rehabilitačního konceptu pohybových aktivit, který nepostrádají jen samotná oddělení, ale celý obor adiktologie. Rehabilitace je oborem, který nemá v adiktologii jasně vymezené cíle a paradigmaty týkající se rehabilitačních aktivit nejsou definovaná. Důležitost vymezení rehabilitace je důležitá, protože adiktologie může být chápána jako jeden z oborů rehabilitace. S tím souvisí i absence odborných rehabilitačních pracovníků, které by mohli zastupovat fyzioterapeuti, rehabilitační lékaři a ergoterapeuti. S těmito výsledky korespondují absolventské práce Adamíkové (2021) a Ostrčilové (2019), ačkoliv mapovali pouze doléčovací (ambulantní, resp. i lůžkový) program vycházející z Apolinářského modelu na Klinice adiktologie. Jistá odlišnost se však objevuje, a to konkrétně v motivaci k pohybovým aktivitám a zlepšování fyzické kondice. Oproti výsledkům Ostrčilové (2019), které ukazují na absenci motivace u pacientů jsme se v průběhu analýzy dat setkali s tím, že v jednom programu byla rozcvička zakomponovaná do programu na základě žádosti pacientů. Současně se ve více provozech objevoval vzrůstající trend o běh, který byl zachycen prostřednictvím zvýšení žádosti o povolení k běhu v dekurzech.

Na základě normativní evaluace proto navrhuje následné doporučení: (1) zvážení pozice odborného rehabilitačního pracovníka na oddělení pro léčbu závislostí, (2) definování cílů a metodiky rehabilitační práce v adiktologii, (3) implementace konceptu rehabilitační péče jednotlivými odděleními, (4) zajištění vyšší míry individualizace pro pacienty, (5) s tím související vyšší alokaci finančních prostředků na rehabilitační péči v adiktologii.

Jsme si vědomi složitosti implikace těchto výsledků do praxe a proto doporučujeme, aby se další výzkum rehabilitační péče v adiktologii ubíral i směrem realizace, tj. jak by se konkrétně měla rehabilitační péče vyvíjet z hlediska koncepce, ale také z hlediska financování a odborného zajištění. To je nezbytným krokem a mostem pro převedení teorie do praxe a bez další systematické práce také nereálným cílem. Důležitost tohoto tématu spočívá ve zkvalitnění a zefektivnění péče pro pacienty, jak je odůvodněno v teoretické části práce.

## **7 Závěr**

Diplomová práce se zabývala komparací a konceptuálním vymezením jednotlivých pohybových rehabilitačních aktivit na mužských a koedukovaných odděleních pro léčbu závislostí založených na Apolinářském modelu. V teoretické části byl představen model rezidenční léčby návykových onemocnění a Apolinářský model. Další kapitoly jsou věnovány rehabilitaci a významu pohybu a jeho účincích na fyzické a psychické zdraví.

V praktické části byly formou normativní evaluace jednotlivé programy porovnány a z výsledků evaluace byly navrhnuté obecné doporučení pro zkvalitnění péče. V příložených checklistech byly konceptuálně vymezeny a popsány jednotlivé aktivity, které jsou součástí léčebných programů na odděleních.

Variabilita aktivit napříč provozy je značná a aktivity se odlišují ve výskytu, frekvenci, technickém či personálním zajištění. Míra individualizace je obecně nízká a pro aktivity jsou indikováni všichni pacienti, kteří nemají závažné zdravotní obtíže. Společná aktivita všem provozům je pouze rozcvička. Některá zařízení do programu zahrnují unikátní aktivity, jako je drama terapie a výrazový tanec. Důvod zařazení aktivit do programu je většinou společný a většina aktivit je do programu zařazena s odkazem na původní Apolinářský model. Jistou výjimkou je běh, který je z historického hlediska silně spjat s Apolinářským modelem, ale v současné době se na odděleních nevyskytuje příliš často. Volnočasové aktivity jsou ve většině případů zcela bez odborného vedení či dohledu, který by ale nemusel plnit funkci kontroly, jak je zvykem u povinných komponent. Možnost přítomnosti odborného personálu při volnočasovém využití by mohla být využita k rozvoji a nácviku správného provedení jednotlivých aktivit.

Absence jasně vymezeného rehabilitačního konceptu společně s absencí odborných rehabilitačních pracovníků je největší slabinou jednotlivých oddělení. Rehabilitace je stejně jako adiktologie multidisciplinární obor. Proto je navrhováno doporučení vyplývající z provedené normativní analýzy v podobě zajištění odborného rehabilitačního pracovníka a vypracování konceptu rehabilitační péče. Z rozhovorů vyplynulo, že problém nevychází ze strany jednotlivých oddělení, ale z alokace potřebných prostředků určených výhradně pro rehabilitační péči. S tím souvisí i problém s personálním a technickým zajištěním těchto pozic.

Z výsledků je zřejmé, že z implementace konceptu rehabilitační péče a zajištění odborných rehabilitačních pracovníků by benefitoval nejen personál, ale zejména pacienti. Cíle práce se na základě výše uvedených tvrzení v kapitole diskuse povedlo naplnit a výzkumné otázky byly zodpovězeny.

## 8 Seznam použité literatury

Adamíková, Ž. (2021). *Evaluace modelu a konceptu rehabilitace v kontextu doléčovacího (ambulantního) programu vycházejícího z Apolinářského modelu léčby závislosti na Klinice Adiktologie.*

Babyak, M., Blumenthal, J. A., Herman, S., Khatri, P., Doraiswamy, M., Moore, K., Edward Craighead, W., Baldewicz, T. T., & Ranga Krishnan, K. (2000). Exercise Treatment for Major Depression: Maintenance of Ther... : Psychosomatic Medicine. *Psychosomatic Medicine*, 62(5), 633–638.

Boffetta, P., & Hashibe, M. (2006). Alcohol and cancer. *The Lancet Oncology*, 7(2), 149–156. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(06\)70577-0](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(06)70577-0)

Capuron, L., Lasselín, J., & Castanon, N. (2016). Role of Adiposity-Driven Inflammation in Depressive Morbidity. *Neuropsychopharmacology* 2017 42:1, 42(1), 115–128. <https://doi.org/10.1038/npp.2016.123>



- Carroll, K. M. (1997). Integrating psychotherapy and pharmacotherapy to improve drug abuse outcomes. *Addictive Behaviors*, 22(2), 233–245. [https://doi.org/10.1016/S0306-4603\(96\)00038-X](https://doi.org/10.1016/S0306-4603(96)00038-X)
- Caspersen, C., Powell, K., & Gregory, C. (1985). Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Rep.* 1985;Mar-Apr100(2):126-31. *US National Library of Medicine*, 100 (2)(2), 126–131. [/pubmed/articles/PMC1424733/?report=abstract](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1424733/)
- Chapman, J., Korman, N., Suetani, S., & Rosenbaum, S. (2018). *The role of exercise and physical therapy staff in mental health and addiction services*. State of Queensland (Metro South Health). [https://www.researchgate.net/publication/335319897\\_The\\_role\\_of\\_exercise\\_and\\_physical\\_therapy\\_staff\\_in\\_mental\\_health\\_and\\_addiction\\_services](https://www.researchgate.net/publication/335319897_The_role_of_exercise_and_physical_therapy_staff_in_mental_health_and_addiction_services)
- Correll, C. U., Solmi, M., Veronese, N., Bortolato, B., Rosson, S., Santonastaso, P., Thapa-Chhetri, N., Fornaro, M., Gallicchio, D., Collantoni, E., Pigato, G., Favaro, A., Monaco, F., Kohler, C., Vancampfort, D., Ward, P. B., Gaughran, F., Carvalho, A. F., & Stubbs, B. (2017). Prevalence, incidence and mortality from cardiovascular disease in patients with pooled and specific severe mental illness: a large-scale meta-analysis of 3,211,768 patients and 113,383,368 controls. *World Psychiatry*, 16(2), 163–180. <https://doi.org/10.1002/wps.20420>
- Cotman, C. W., Berchtold, N. C., & Christie, L. A. (2007). Exercise builds brain health: key roles of growth factor cascades and inflammation. In *Trends in Neurosciences* (Vol. 30, Issue 9, pp. 464–472). *Trends Neurosci.* <https://doi.org/10.1016/j.tins.2007.06.011>
- D, B., & S, S. (1999). The Feldenkrais method in the treatment of chronic pain. *American Journal of Pain Management*, 9(1), 22–27. <http://www.intechopen.com/books/alternative-medicine/antifungal-activity-of-propolis-oral-clinical-studies-in-humans>
- Deegan, P. E. (1988). Recovery: The lived experience of rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11(4), 11–19. <https://doi.org/10.1037/h0099565>
- Deslandes, A., Moraes, H., Ferreira, C., Veiga, H., Silveira, H., Mouta, R., Pompeu, F. A. M. S., Coutinho, E. S. F., & Laks, J. (2009). Exercise and mental health: Many reasons to move. In *Neuropsychobiology* (Vol. 59, Issue 4, pp. 191–198). <https://doi.org/10.1159/000223730>
- Dinas, P. C., Koutedakis, Y., & Flouris, A. D. (2011). Effects of exercise and physical activity on depression. *Irish Journal of Medical Science*, 180(2), 319–325. <https://doi.org/10.1007/S11845-010-0633-9/FIGURES/1>
- Dvořáček, J. (2003). Střednědobá ústavní léčba. In K. Kalina (Ed.), *Drogy a drogové závislosti* 2.
- Eldar, R. (2000). A conceptual proposal for the study of the quality of rehabilitation care. *Disability and Rehabilitation*, 22(4), 163–169.

<https://doi.org/10.1080/096382800296854>

- Faldyna, Z., & Zedková, I. (2006). Terapie alkoholového odvykacího syndromu. *Psychiatrie pro Praxi*, 7(1), 23–24. <http://addiction-medicine.org>.
- Faulkner, G. E. J., & Taylor, A. H. (2005). Exercise, Health and Mental Health Emerging relationships. In *Exercise, Health and Mental Health Emerging Relationships*. <https://doi.org/10.4324/9780203415016>
- Gjuričová, Š., & Kubička, J. (2009). *Rodinná terapie*. Grada Publishing as.
- Greenhouse, L., & Lardinois, C. K. (1996). Alcohol-associated diabetes mellitus. A review of the impact of alcohol consumption on carbohydrate metabolism. *Archives of Family Medicine*, 5(4), 229–233. <https://doi.org/10.1001/ARCHFAMI.5.4.229>
- Gual, A., He, Y., Torup, L., van den Brink, W., & Mann, K. (2013). A randomised, double-blind, placebo-controlled, efficacy study of nalmefene, as-needed use, in patients with alcohol dependence. *European Neuropsychopharmacology*, 23(11), 1432–1442. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2013.02.006>
- Hajný, M. (2013). Psychologické, vývojové a rodinné faktory vzniku a udržování závislost. In *Klinická adiktologie* (Kamil Kali). Grada.
- Hess, L. (2013). *Nalmefen – Aktuality – Články – Remedia – farmakoterapeutický časopis*. 4/2013. <http://www.remédia.cz/Clanky/Aktuality/Nalmefen/6-E-1xl.magarticle.aspx>
- Hettema, J., Steele, J., & Miller, W. R. (2005). Motivational interviewing. In *Annual Review of Clinical Psychology* (Vol. 1, pp. 91–111). <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.143833>
- Hillier, S., & Worley, A. (2015). The effectiveness of the Feldenkrais method: A systematic review of the evidence. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2015. <https://doi.org/10.1155/2015/752160>
- Jain, S., Janssen, K., & DeCelle, S. (2004). Alexander technique and Feldenkrais method: A critical overview. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America*, 15(4), 811–825. <https://doi.org/10.1016/j.pmr.2004.04.005>
- Kalina, K. (2008a). *Terapeutická komunita*. Grada Publishing as.
- Kalina, K. (2008b). *Základy klinické adiktologie*. Grada Publishing as.
- Kalina, K., Dvořák, D., Frouzová, M., Hajný, M., Minařík, J., Milovský, M., & Nešpor, K. (2001). *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. Úřad vlády České republiky.
- Klatsky, A. L. (2015). Alcohol and cardiovascular diseases: Where do we stand today? *Journal of Internal Medicine*, 278(3), 238–250. <https://doi.org/10.1111/joim.12390>
- Kooyman, M. (1992). *The therapeutic community for addicts. Intimacy, parent involvement,*

and treatment success. Swets and Zeitlinger.

- Krivoschekov, S. G., & Lushnikov, O. N. (2011). Psychophysiology of sports addictions (exercise addiction). *Human Physiology*, 37(4), 509–513. <https://doi.org/10.1134/S0362119711030030>
- Landi, F., Capoluongo, E., Russo, A., Onder, G., Cesari, M., Lulli, P., Minucci, A., Pahor, M., Zuppi, C., & Bernabei, R. (2007). Free insulin-like growth factor-I and cognitive function in older persons living in community. *Growth Hormone and IGF Research*, 17(1), 58–66. <https://doi.org/10.1016/j.ghir.2006.11.001>
- Leon, G. De, Melnick, G., Kressel, D., & Jainchill, N. (1994). Circumstances, motivation, readiness, and suitability (the CMRS scales): Predicting retention in therapeutic community treatment. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 20(4), 495–515. <https://doi.org/10.3109/00952999409109186>
- Lososová, A., Svěcená, K., & Mioviský, M. (2020). Zkušenosti zaměstnavatelů s uplatněním profese adiktologa. *Adiktol. Prevent. Léčeb. Praxi*, 3(1), 22–30.
- Lutseva, G., & Valentová, M. (2018). *Komparativní analýza zahraničních modelů zajištění kvality adiktologických služeb*. Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky.
- Mason, B. J., & Higley, A. E. (2013). Acamprosate for Alcohol Dependence. In *Interventions For Addiction* (Issue 9, pp. 385–389). John Wiley & Sons, Ltd. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-398338-1.00040-3>
- McLellan, A. T., Hagan, T. A., Levine, M., Meyers, K., Gould, F., Bencivengo, M., Durell, J., & Jaffe, J. (1999). Does clinical case management improve outpatient addiction treatment. *Drug and Alcohol Dependence*, 55(1–2), 91–103. [https://doi.org/10.1016/S0376-8716\(98\)00183-5](https://doi.org/10.1016/S0376-8716(98)00183-5)
- Mee-Lee, D., Shulman, G. D., Fishman, M., Gastfriend, D. R., & Griffith, J. H. (2001). *ASAM patient placement criteria for the treatment of substance-related disorders, second edition revised (ASAM-PPC 2R)*. American Society of Addiction Medicine. [https://books.google.com/books/about/ASAM\\_Patient\\_Placement\\_Criteria\\_for\\_the.html?hl=cs&id=Lh2nPQAACAAJ](https://books.google.com/books/about/ASAM_Patient_Placement_Criteria_for_the.html?hl=cs&id=Lh2nPQAACAAJ)
- Merikangas, K. R., & Gelernter, C. S. (1990). Comorbidity for Alcoholism and Depression. *Psychiatric Clinics of North America*, 13(4), 613–632. [https://doi.org/10.1016/S0193-953X\(18\)30339-3](https://doi.org/10.1016/S0193-953X(18)30339-3)
- Miller, T. D., Balady, G. J., & Fletcher, G. F. (1997). Exercise and its role in the prevention and rehabilitation of cardiovascular disease. *Annals of Behavioral Medicine*, 19(3), 220–229. <https://doi.org/10.1007/BF02892287>
- Ministerstvo zdravotnictví České republiky. (n.d.). *Vzdělávací program akreditovaného kvalifikačního kurzu pracovní terapeut*.

- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Grada Publishing.
- Miovský, M. (2013). *Koncepce sítě specializovaných adiktologických služeb v České republice*.
- Mladá, K. (2012). *Současná podoba bodovacích systémů na vybraných specializovaných oddělení pro léčbu závislostí v psychiatrických léčebnách a nemocnicích v ČR*.
- Mohan, L., Shankar, P. R., Raut, P., & Gyawali, S. (2010). Pharmacotherapy of alcohol dependence. In *Journal of Clinical and Diagnostic Research* (Vol. 4, Issue 4, pp. 2947–2955). Springer. <https://doi.org/10.2165/00023210-200418080-00002>
- Morandi, S., Silva, B., Golay, P., & Bonsack, C. (2017). Intensive Case Management for Addiction to promote engagement with care of people with severe mental and substance use disorders: An observational study. *Substance Abuse: Treatment, Prevention, and Policy*, 12(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s13011-017-0111-8>
- Morris, L., Stander, J., Ebrahim, W., Eksteen, S., Meaden, O. A., Ras, A., & Wessels, A. (2018). Effect of exercise versus cognitive behavioural therapy or no intervention on anxiety, depression, fitness and quality of life in adults with previous methamphetamine dependency: A systematic review. *Addiction Science and Clinical Practice*, 13(1). <https://doi.org/10.1186/s13722-018-0106-4>
- Mravčík, V., Chomynová, P., Grohmannová, K., Janíková, B., Černíková, T., Rous, Z., Cibulka, J., Fidesová, H., & Vopravil, J. (2020). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2019 [Annual Report on Drug Situation in the Czech Republic in 2019]* (V. Mravčík (ed.)). Úřad vlády České republiky.
- Ostrčilová, K. (2019). *Analýza rehabilitační komponenty doléčovacího programu na bázi Apolinářského modelu léčby závislostí na návykových látkách*.
- Pavkovic, B., Zaric, M., Markovic, M., Klacar, M., Huljic, A., & Caricic, A. (2018). Double screening for dual disorder, alcoholism and depression. *Psychiatry Research*, 270, 483–489. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.10.013>
- Penedo, F. J., & Dahn, J. R. (2005). Exercise and well-being: a review of mental and physical health. *Current Opinion in Psychiatry*, 18(2), 189–193.
- Pettinati, B. H. M., & Dundon, W. D. (2011). Comorbid Depression and Alcohol Dependence: New Approaches to Dual Therapy Challenges and Progress. *Psychiatric Times*, 28(6), 1–8. <https://go.gale.com/ps/i.do?id=GALE%7CA264271198&sid=googleScholar&v=2.1&it=r&linkaccess=abs&issn=08932905&p=AONE&sw=w&userGroupName=anon~c6b8cb86>
- Poli, A., Marangoni, F., Avogaro, A., Barba, G., Bellentani, S., Bucci, M., Cambieri, R., Catapano, A. L., Costanzo, S., Cricelli, C., de Gaetano, G., Di Castelnuovo, A., Faggiano, P., Fattiroli, F., Fontana, L., Forlani, G., Frattini, S., Giacco, R., La Vecchia, C., ... Visioli,

- F. (2013). Moderate alcohol use and health: A consensus document. In *Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases* (Vol. 23, Issue 6, pp. 487–504). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/j.numecd.2013.02.007>
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51*(3), 390–395. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.51.3.390>
- Radak, Z., Chung, H. Y., & Goto, S. (2005). Exercise and hormesis: Oxidative stress-related adaptation for successful aging. In *Biogerontology* (Vol. 6, Issue 1, pp. 71–75). Biogerontology. <https://doi.org/10.1007/s10522-004-7386-7>
- Raglin, J. S. (1990). Exercise and Mental Health: Beneficial and Detrimental Effects. *Sports Medicine, 9*(6), 323–329. <https://doi.org/10.2165/00007256-199009060-00001>
- Ralph, R. O. (2011). Recovery. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation, 4*(3), 480–517. <https://doi.org/10.1080/10973430008408634>
- Ray, S. D., Farris, F. F., & Hartmann, A. C. (2014). Hormesis. In *Encyclopedia of Toxicology: Third Edition* (pp. 944–948). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-386454-3.00398-5>
- Reif, S., George, P., Braude, L., Dougherty, R. H., Daniels, A. S., Ghose, S. S., & Delphin-Rittmon, M. E. (2014). Residential treatment for individuals with substance use disorders: Assessing the evidence. *Psychiatric Services, 65*(3), 301–312. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201300242>
- Richterová Těmínová, M. (2008). Střednědobá ústavní léčba. In K. Kalina (Ed.), *Základy klinické adiktologie* (p. 382). Grada Publishing as.
- Richterová Těmínová, M., Adameček, D., & Kalina, K. (2003). Terapeutická komunita jako metoda a systém. In K. Kalina (Ed.), *Drogy a drogové závislosti 2*.
- Rollnick, S., & Miller, W. R. (1995). What is Motivational Interviewing? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 23*(4), 325–334. <https://doi.org/10.1017/S135246580001643X>
- Saitz, R., Larson, M. J., Labelle, C., Richardson, J., & Samet, J. H. (2008). The Case for Chronic Disease Management for Addiction. *Journal of Addiction Medicine, 2*(2), 55. <https://doi.org/10.1097/ADM.0B013E318166AF74>
- Šejvl, J. (2020). *Vznik a vývoj prvních zařízení s léčebnými programy pro pacienty závislé na alkoholu v Českých zemích, na Moravě a Slezsku: analýza historického a institucionálního rámce a kontextu vzniku, vývoje a zániku těchto programů do roku 1945*. Univerzita Karlova.
- Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky. (2021). *Standardy odborné způsobilosti adiktologických služeb*.
- Shaw, K., Gennat, H., O'Rourke, P., & Del Mar, C. (2006). Exercise for overweight or obesity.

*Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4.  
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD003817.pub3>

Siebers, M., Biedermann, S. V., Bindila, L., Lutz, B., & Fuss, J. (2021). Exercise-induced euphoria and anxiolysis do not depend on endogenous opioids in humans. *Psychoneuroendocrinology*, 126, 105173. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2021.105173>

Sládková, P. (2021). *Sociální a pracovní rehabilitace*. Karolinum.

Sparling, P. B., Giuffrida, A., Piomelli, D., Roskopf, L., & Dietrich, A. (2003). Exercise activates the endocannabinoid system. *NeuroReport*, 14(17), 256–277. <https://doi.org/10.1097/00001756-200312020-00015>

Špatenková, N. (2017). *Krise a krizová intervence*. Grada.

Stanley, S. H. (2020). Improving the physical health of the mentally ill: recent advances. *Current Opinion in Psychiatry*, 33(5), 451–459. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000627>

Sudi, K., Öttl, K., Payerl, D., Baumgartl, P., Tauschmann, K., & Müller, W. (2004). Anorexia athletica. *Nutrition*, 20(7–8), 657–661. <https://doi.org/10.1016/J.NUT.2004.04.019>

Svěcená, K., Rodová, Z., Sládková, P., & Rogalewicz, V. (2022). Je součástí adiktologie i péče o tělo? *AT Konference 2022*.

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

Thomas, D., Elliott, E. J., & Naughton, G. A. (2006). Exercise for type 2 diabetes mellitus. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2017(12). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002968.pub2>

Todd, T. (1995). Muscle Behind Bars: Should Convicts be Prohibited From Weight Training? *Keepers' Voice*, 16(1), 23–26. <https://www.ojp.gov/ncjrs/virtual-library/abstracts/muscle-behind-bars-should-convicts-be-prohibited-weight-training>

Traversy, G., & Chaput, J. P. (2015). Alcohol Consumption and Obesity: An Update. In *Current obesity reports* (Vol. 4, Issue 1, pp. 122–130). Springer. <https://doi.org/10.1007/s13679-014-0129-4>

ÚZIS ČR. (n.d.). *Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví - ÚZIS ČR*. Retrieved July 2, 2022, from <https://www.uzis.cz/index.php?pg=registry-sber-dat-klasifikace--mezinarodni-klasifikace-funkcnich-schopnosti>

Wang, D., Wang, Y., Wang, Y., Li, R., & Zhou, C. (2014). Impact of physical exercise on substance use disorders: A meta-analysis. *PLoS ONE*, 9(10), e110728. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0110728>

Winter, B., Breitenstein, C., Mooren, F. C., Voelker, K., Fobker, M., Lechtermann, A.,

Krueger, K., Fromme, A., Korsukewitz, C., Floel, A., & Knecht, S. (2007). High impact running improves learning. *Neurobiology of Learning and Memory*, 87(4), 597–609. <https://doi.org/10.1016/j.nlm.2006.11.003>

Woodruff, R. A., Guze, S. B., Clayton, P. J., & Carr, D. (1973). Alcoholism and Depression. *Archives of General Psychiatry*, 28(1), 97–100. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1973.01750310075011>

World Health Organization. (2017). Depression and other common mental disorders: global health estimates. In *World Health Organization* (pp. 1–24). World Health Organization. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254610/1/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf?ua=1>

World Health Organization. (2022). *Rehabilitation*. [https://www.who.int/health-topics/rehabilitation#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/rehabilitation#tab=tab_1)

Yeomans, M. R. (2010). Alcohol, appetite and energy balance: Is alcohol intake a risk factor for obesity? *Physiology and Behavior*, 100(1), 82–89. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2010.01.012>

Zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povolání.

## 9 Přílohy

### 9.1 Seznam tabulek

Tabulka 1: CMRS .....	14
Tabulka 2: Operacionalizace rehabilitační komponenty .....	38
Tabulka 3: Časová osa výzkumu.....	40
Tabulka 4: Popis aktivit Kliniky adiktologie 1.....	45
Tabulka 5: Popis aktivit Kliniky adiktologie 2.....	46
Tabulka 6: Popis aktivit programu č. 2.....	49
Tabulka 7: Popis aktivit programu č.3 .....	51
Tabulka 8: Popis aktivit programu č.4 .....	54
Tabulka 9: Popis aktivit programu č.5 .....	57
Tabulka 10: Popis aktivit programu č.6 .....	59
Tabulka 11: Popis aktivit programu č.7 .....	62

Tabulka 12: Popis aktivit programu č.8 .....	63
Tabulka 13: Popis aktivit programu č.9 .....	65
Tabulka 14: Popis aktivit programu č.10 .....	67
Tabulka 15: Přehled povinných pohybových aktivit .....	68
Tabulka 16: Přehled průměrných hodnot pohybových aktivit .....	70
Tabulka 17: Silné a slabé stránky programů .....	76

## **9.2 Seznam zkratk**

BDNF – brain-derived neurotrophic factor

FN – fakultní nemocnice

IGF – insulin-like growth factor

HDL – high-density lipoprotein

LDL – low-density lipoprotein

LNN – léčebna návykových nemocí

MKF – Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví

PN – psychiatrická nemocnice

VEGF – vascular endothelial growth factor

## **9.3 Seznam příloh**

Příloha č. 1 – průvodní dopis



## Příloha č. 1 – průvodní dopis

Vážená paní primářko, vážený pane primáři,

obracím se na Vás s osobní prosbou/žádostí o součinnost a zapojení do malé pilotní studie, realizované naším studentem adiktologie panem Ladislavem Děkánym. Již několik roků se společně s Petrem Popovem snažíme o jakýsi restart zájmu o náš více či méně sdílený léčebný model na lůžkách a mapujeme, co se s tím od začátku dělo a děje. Domníváme se, že ten dluh zde je veliký a že při tolika pacientech ročně je vlastně až trestuhodné, že nemáme žádná relevantní data a systematický výzkumný zájem o tento model. Dvakrát jsme s Petrem iniciovali velký systémový projekt přes TAČR a AZV a sluchu jsme nenašli – ačkoli pojišťovny i další okolo mají neustále různé dotazy a někdy spíše řeči, abychom doložili to či ono. Vlastně první a poslední skutečně klinicky i vědecky hodnotný zásadní přínos měl Luděk Kubička.

Protože s tím spokojení nejsme, spustili jsme díky našim aktivnějším studentům prostě série maličkových studií. Začali jsme historickými tématy – pokud by vás to kohokoli zajímalo, dejte prosím vědět, rád články pošlu, je to nesmírně zajímavé, kde poprvé a jak se náš model na našem území objevil a jak se vyvíjel a díky průkopnické práci Jardy Šejvly (letos opět část vyvezl na AT konferenci) jsou tyto první výstupy. Máme za sebou první práce v oblasti mapování rehabilitačních postupů v našem oboru a tuto linii nyní chceme propracovat. V budoucnu plánujeme ještě mapování nutriční podpory a komponenty našich programů.

Právě rehabilitační komponenta nás zaujala. Po analýzy zde u nás, navázal pan Děkány na předchozí dvě diplomky a vytvořil jednoduchý check-list, jehož prostřednictvím je možné tuto komponentu našich programů zmapovat a porovnat. Tedy jak variuje mezi našimi programy, jak vypadá fakticky (např. kdo a jak ji zajišťuje a v jakém rozsahu), jak různě tomu říkáme atd.

Naše prosba/žádost spočívá v tom, zda byste pana Děkányho pustili na schůzku s někým z Vašeho týmu, kdo by mu dokázal dát informace k pohybovým aktivitám v programu (jakýmkoli – více či méně organizovaným a více či méně povinným – mapujeme to jako celek). A to je vše. Samozřejmě byste dostali výsledek do rukou. Možná třeba i začátek pro nějakou naši budoucí debatu/reflexi – pokud byste o něco takového stáli.

Děkuji za Váš čas a omlouvám se za delší mail, ale kontext se mi jeví zde zásadní a nechtěl jsem, aby to vypadalo jako nějaká prkotina vytvořená na koleně – je tomu naopak.

Srdečně za nás oba s Petrem  
Michal Miovský